

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

LUCIANA HELENA MENDES GOMES

MÉDICO INTERCAMBISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
OLHAR DO USUÁRIO

RECIFE

2016

LUCIANA HELENA MENDES GOMES

MÉDICO INTERCAMBISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
OLHAR DO USUÁRIO

Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Dra. Tereza Maciel Lyra

Recife

2016

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

G633m Gomes, Luciana Helena Mendes.

Médico intercambista na Estratégia de Saúde da Família: olhar do usuário/ Luciana Helena Mendes Gomes. — Recife: [s. n.], 2016.
30 p.: il.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Tereza Maciel Lyra.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Médicos. 3. Comportamento do Consumidor. I. Lyra, Tereza Maciel. II. Título.

CDU 614.39

LUCIANA HELENA MENDES GOMES

MÉDICO INTERCAMBISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
OLHAR DO USUÁRIO.

Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em : 10/08/2016

BANCA EXAMINADORA

Dra. Tereza Maciel Lyra
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial à minha mãe, Ana, pelo amor dedicado, apoio incondicional e exemplo de vida.

Ao meu companheiro no amor e na vida, Fernando, pelo incentivo de sempre e compreensão das ausências em prol da formação profissional.

Aos professores do NESC, em especial a Domício Sá e Islândia Carvalho, pela dedicação a residência como professores e exemplo de luta na defesa do SUS.

À minha orientadora Tereza Maciel Lyra, por ter aceitado o desafio de me orientar.

Aos colegas da residência que tanto me inspiraram durante os dois anos de convivência.

GOMES, Luciana Helena Mendes. **Médico Intercambista na Estratégia de Saúde da Família: Olhar do Usuário**. 2016. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

RESUMO

A equipe mínima para atuar na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Porém, sempre existiu dificuldade em atrair e fixar o profissional médico na equipe. Como alternativa para diminuir as iniquidades na área da saúde, tanto em relação ao número insuficiente de profissionais médicos quanto à distribuição desigual nas regiões do país, o Governo Federal em 2013 criou o Programa Mais Médicos e dentro das suas diretrizes incluía uma chamada pública de profissionais médicos que em última instância permitia a inscrição de intercambistas. Com o objetivo de descobrir qual a percepção do usuário sobre a presença desse programa na ESF, foi realizado um estudo de abordagem qualitativa através de entrevistas semiestruturadas com usuários da ESF do município do Paulista. Para o usuário, o importante é a presença do médico na ESF, independente da sua nacionalidade ou formação, pois centraliza as práticas da equipe no seu atendimento. O usuário apresenta certa dificuldade na comunicação oral com o médico, entretanto, não considera isso como um empecilho para o cuidado.

Palavras Chaves: Estratégia de Saúde da Família. Médicos. Usuário.

GOMES, Luciana Helena Mendes. **Exchange Student doctor in the Family Health Strategy: Look of User.** 2016. Monograph (Multidisciplinary Residence in Public Health) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

ABSTRACT

The minimum staff to work in the Family Health Strategy (FHS) is a medical professional, a nurse, a technician or nursing assistant and community health workers (CHW). However, there has always been difficult to attract and retain medical professionals in the medical team. As an alternative to reduce inequities in health, both in relation to the insufficient number of medical professionals as the unequal distribution in parts of the country, the federal government in 2013 created the Programa Mais Médicos, within their guidelines included a public call medical professionals who ultimately allowed the registration of exchange student. In order to discover the user's perception about presence of an exchange student in the FHS, was realized a qualitative study using semi-structured interviews with FHS s' users of Paulista city. For the user, the important thing is the medical professional's presence in the FHS, regardless of their nationality or education, because centralizes the team practices in your care. The user presents some difficulty in oral communication with the medical professional, however, does not consider this as a barrier to care.

Descriptors: Health Strategy for the Family. Doctors. User.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Esf	Equipe de Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
DAB	Departamento de Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
IE	Instituição de Ensino
RAS	Redes Atenção a Saúde
AB	Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
SGTES	Secretaria de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
RMR	Região Metropolitana do Recife
MP	Medida Provisória

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	12
2.1 Geral	12
2.2 Específicos	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 A Estratégia de Saúde da Família	13
3.2 Programa Mais Médicos	15
4 CAMINHOS METODOLÓGICOS	16
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	18
5.1 Caracterização dos participantes	18
5.2 Categorias provenientes da análise de conteúdo	18
5.2.1 Presença do médico, independente da nacionalidade	18
5.2.2 Mudanças apontadas	19
5.2.3 Percepção sobre as práticas individuais do médico intercambista	20
5.2.4 A língua dificulta, mas não é empecilho para o cuidado	21
6 COMENTÁRIOS FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	27
APÊNDICE B - TCLE	28
ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA	30

1 INTRODUÇÃO

No atual cenário do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil a Estratégia de Saúde da Família (ESF), elaborada desde 1994 com o nome Programa de Saúde da Família (PSF), tem a proposta de superar o modelo hospitalocêntrico tradicional com a reorganização do processo de trabalho, mudança nas práticas assistenciais, financiamento das ações de saúde e integração com os demais níveis assistenciais do SUS. Não seria nada estranho afirmar que a ESF é uma das maiores estratégias das políticas públicas de atenção à saúde do Brasil, atingiu um total de 38.478 equipes em abril de 2015, equivalente a uma cobertura de 61,32% da população brasileira de acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2015; NEY; RODRIGUES, 2012).

A equipe mínima para atuar na ESF é um médico generalista ou especialista na área de atuação, um enfermeiro generalista ou especialista na área de atuação, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) e pode ser acrescida de uma equipe multiprofissional de saúde bucal. A composição total da equipe mínima é um pré-requisito básico pra que o MS financie a implantação e mantenha o recurso de custeio mensal da ESF, ou seja, a sua consolidação também depende da habilidade de atrair e fixar o profissional de saúde (BRASIL, 2011).

Porém, a expansão no território brasileiro da ESF desde a sua criação, não conseguiu garantir paralelamente a fixação dos profissionais de saúde nas equipes, principalmente o profissional médico. A dificuldade em atrair e fixar esse profissional nas unidades de saúde, principalmente em regiões distantes da capital, em parte, acontece pela histórica falta de regulação da profissão médica pelo estado em relação às especialidades e locais de criação vagas nas Instituições de Ensino (IE), a valorização da especialidade em alta complexidade, a necessidade da dedicação de 40 horas semanais na AB e a regulação do mercado de trabalho (RODRIGUES et al., 2013).

Apesar de alguns esforços por parte do Estado, como mudança na diretriz curricular do curso de medicina e a flexibilização da carga horária do profissional médico na ESF, o cenário brasileiro ainda é de distribuição desigual desse profissional no território, como por exemplo, as Regiões Norte e Nordeste com uma média de profissional médico por mil habitantes menor do que a média nacional de 1,95. O problema é que em diversos municípios, principalmente do interior das regiões do país, o médico da ESF é o único profissional da categoria que atende e trata a população, em geral, uma população marcadamente carente (CONSELHO

REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011; NEY; RODRIGUES, 2012).

Esse profissional além de possuir algumas práticas de saúde específicas, como: diagnóstico, prescrição de medicamentos e solicitação de exames, também é o principal responsável por encaminhar os usuários para outras instancias de Rede de Atenção a Saúde (RAS). Ou seja, a ausência ou a rotatividade desse profissional compromete a coordenação da atenção, a resolutividade da Atenção Básica (AB) e a integralidade do cuidado (SANTOS et al., 2010).

Como alternativa para diminuir as iniquidades na área da saúde, compreendida como desigualdades que podem ser amenizadas com políticas e ações públicas, tanto em relação ao número insuficiente de profissionais médicos no Brasil que é de 1,95 para cada mil habitantes, onde o ideal seria pelo menos 2,7, e a distribuição desigual de médicos nas regiões do país o Governo Federal em julho de 2013 criou o Programa Mais Médicos (PMM). Inicialmente através de uma Medida Provisória e uma Portaria Interministerial, ambas publicadas no mesmo dia, culminando posteriormente na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (MORAIS et al., 2014).

O programa tem por finalidade dar subsídios para formações de recursos humanos direcionados para o SUS, principalmente em regiões prioritárias para o Ministério da Saúde (MS), através do incentivo a criação de Instituições de Ensino (IE) com vagas de medicina nessas áreas. Além de fornecer investimento para infra-estrutura de unidades de saúde e hospitais, e, considerando a falta de médicos nas unidades da AB um problema de caráter emergencial, realiza chamadas públicas de médicos para atuarem na atenção básica. Considerando, caso necessário, a possibilidade de incorporação de médicos de outras nacionalidades formados em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da Medicina no exterior, intercambistas (BRASIL, 2013; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2015).

Desde a sua publicação várias organizações expressaram sua opinião sobre a tomada de decisão do Governo do Brasil, principalmente a classe médica, discutindo com ênfase especial a importação de médicos estrangeiros para compor o quadro de saúde do SUS. Alguns consideram que a medida é uma solução precária de compra legal de serviços médicos, onde o SUS será prejudicado pela ausência de competência necessária para atender a população brasileira (SCHANAIDER, 2014). Porém, com todo esse período conturbado de adaptação e de posições divergentes é preciso que ocorra uma avaliação criteriosa da situação,

dando oportunidade de expressão para todos os seguimentos que compõem o Sistema Único de Saúde, sejam eles, gestores, trabalhadores ou usuários.

Para Gomes, Oliveira e Sá (2011) dentre todos os envolvidos na construção do SUS, ainda se precisa dar ênfase a voz do usuário. Pois é ele quem mais luta e contribui para a o fortalecimento do SUS e também é quem mais sente diretamente todas as decisões que se tomam em prol ou não do sistema de saúde.

Este estudo tem por finalidade descrever qual a percepção dos usuários da estratégia de saúde da família sobre a presença do médico intercambista na Estratégia de Saúde da Família, considerando apenas os intercambistas cooperados, origem e formação no exterior.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Compreender qual o olhar dos usuários adstritos no território da Estratégia de Saúde da Família sobre a presença de um médico intercambista nas unidades de saúde da família do Paulista, município da região metropolitana do Recife.

2.2 Específicos

- a) Identificar se houve mudança nas práticas de saúde da Unidade de Saúde da Família com a chegada do médico intercambista;
- b) Compreender como se dá a comunicação entre médico e usuário, levando em conta a diferença de linguagem;
- a) Descrever qual a opinião dos usuários sobre a prática de saúde individual do médico intercambista.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O marco teórico deste trabalho foi constituído com abordagens sobre a Estratégia de Saúde da Família e o Programa Mais Médicos

3.1 A Estratégia de Saúde da Família

O Brasil é o único país do mundo que possui mais de 100 milhões de habitantes e tem um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito. Tem a Atenção Básica (AB) como uma das maiores políticas de saúde do país na tentativa de garantir os direitos a saúde adquiridos na Constituição. É a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde e deve ser: base, resolutiva, coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de saúde (BRASIL, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família é a principal via de expansão, qualificação e consolidação da Atenção básica. Os trabalhadores da sua equipe mínima composta por médicos, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde tem um papel singular na saúde, pois permite a inclusão de uma parcela significativa da população brasileira através de um elevado grau de capilaridade em comparação a outros serviços de saúde (GALAVOTE et al., 2011).

Pensando na perspectiva da proposta da ESF de ser uma reorientação do modelo de atenção à saúde e considera o cuidado como o objetivo central do sistema de saúde, conseqüentemente demanda um novo olhar para as diferentes dimensões do ser humano, exige uma mudança nas práticas de saúde levando-se em consideração as necessidades locais da população. Figura um importante desafio para os profissionais de saúde que atuam diretamente na equipe, em especial para localidades onde a ESF é o único elo entre a população e o Sistema Único de Saúde (ARCE; SOUZA, 2013).

Entretanto, identifica-se uma significativa discussão sobre a dificuldade em se fixar e manter profissionais médicos nos serviços do Sistema Único de Saúde (NEY; RODRIGUES, 2012). A questão dos recursos humanos sempre necessita da atenção dos gestores, pois é primordial para o funcionamento regular e adequado da rede de saúde.

O que se sabe é que o país tem uma média de aproximadamente menos de 2 profissionais para cada mil habitantes o que põe o Brasil em um posição numérica inferior a outros países como França e Argentina com 3,4 e 3,2 médicos/1000 habitantes respectivamente. Como também, uma distribuição desigual desses profissionais pelo país,

quando se realiza um recorte no interior do país e nas regiões Norte e Nordeste a relação numérica médico-paciente fica bem abaixo da média nacional com apenas 0,99 e 1,19 respectivamente (ABATE, 2015; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011; SCHANAIDER, 2014).

Fazendo parte da rede de atenção a saúde, Estratégia de Saúde da Família tem dificuldades de fixação do profissional médico tanto nos grandes centros urbanos, quanto nas áreas rurais. Preocupam-se em tentar entender o problema que se concentra sobre a ESF impedindo-a de ter uma equipe mínima completa em diversas localidades do país. Entre as explicações citadas pelos profissionais médicos está a estrutura precária das unidades, ausência de insumos mínimos necessários para trabalhar, a carga de trabalho de 40 horas semanais, número excessivo de pessoas adstritas, remuneração inadequada, dificuldade de diálogo com especialistas e ausência de perfil para AB (NEY; RODRIGUES, 2012).

Segundo Ney e Rodrigues (2012) toda essa situação possui uma nítida relação com o acúmulo da fragilidade regulatória nacional tanto em relação à formação de médicos especialistas na área de medicina da família quanto o próprio exercício da atividade. Percebe-se a quando se observa que apenas três décadas depois, em 1977, da criação dos primeiros Programas de Residência Médicas (PRM) os mesmos foi regulamentados e foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) através do Decreto nº 80.821. Mas só com o Decreto nº 7.562, que além de modificar a composição da CNRM e definir suas funções de regular, supervisionar e avaliar, as instituições que ofertam residência médica e de seus respectivos programas, deixou expresso que a regulação das instituições e dos PRMs tem por obrigação considerar a necessidade de médicos especialistas indicada pelo perfil sócio-epidemiológico da população, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS (ALESSIO; SOUSA, 2016; BRASIL, 2011).

O Brasil fez um caminho distinto e tardio em relação a outros países, como Austrália, França e Reino Unido que priorizam a atenção básica nos seus sistemas públicos de saúde e através de políticas regulam o número de médicos no país e suas especialidades. Esse déficit regulatório recai de forma negativa sobre a gestão do sistema e a qualidade da assistência, pois permite a mercantilização da saúde e estimula os profissionais a procurar especialidades com maior prestígio e ganhos financeiros e conseqüentemente se concentram nos grandes centros urbanos (NEY; RODRIGUES, 2012).

3.2 Programa Mais Médicos

Com a criação em 2003 da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) o Ministério da Saúde começou a propor políticas no sentido de melhorar a questão dos recursos humanos no e para o Sistema Único de Saúde, principalmente em relação ao profissional médico e também facilitou uma melhor comunicação com outros ministérios, em especial o da Educação.

Pesquisa realizada em 2011, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), mostrou que mais de 58% da população brasileira considera a falta de médico como o principal problema do SUS. Pensando em agrupar algumas e repensar outras alternativas já estabelecidas para melhorar a dificuldade de adesão e fixação de alguns profissionais de saúde, em especial o médico, como também responderem a algumas frentes nacionais que discutiam sobre a falta desse profissional nas Unidades de Saúde pelo país, os Ministérios da Saúde, Educação, Planejamento, Orçamento e Gestão enviou para a Presidência da República uma Medida Provisória que instituiu o Programa Mais Médico com o discurso de número insuficiente de vagas nos cursos de graduação de medicina e escassez de médicos em inúmeras regiões do país (MORAIS et al., 2014).

A criação se deu a partir do mês de julho de 2013 com a Medida provisória (MP nº 621, de 8 de julho de 2013) e a Portaria Interministerial (Saúde e Educação) publicadas no mesmo dia. Posteriormente a MP foi convertida em lei (Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013). Em linhas gerais tem o objetivo de minimizar a ausência de profissionais médicos em regiões prioritárias para o SUS; fortalecer a atenção básica; aprimorar a formação médica com ênfase na saúde pública; facilitar a regulação Estatal sobre a profissão médica e promover uma integração com outros países, que também possuem um sistema público de saúde, através de médicos intercambistas (RODRIGUES, 2013).

A adesão inicial foi de mais de 4000 municípios, desses 1878 eram considerados prioritários. Considerando os recursos disponíveis e iniquidades existentes entre os municípios a SGTES atendeu em partes as solicitações. Então, no mês de novembro de 2013 já estavam em atividade 3.664 médicos em 1.098 municípios e 19 distritos Sanitários Indígenas, do total de médicos 819 eram brasileiros e 2.845 médicos intercambistas (BRASIL, 2013).

4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado em quatro Unidades de Saúde da Família do município do Paulista/Pernambuco. O município pertence à Região Metropolitana do Recife (RMR) e possui um total de 300.466 habitantes. Sua área total é de 97,312 Km² e para organizar ações e serviços de saúde ele é dividido em quatro territórios. Neles estão distribuídas as 41 Equipes de Saúde da Família em 32 Unidades de Saúde da Família (USF). Desse total, 16 possuem médicos intercambistas de outra nacionalidade. Através de sorteio, foi selecionada uma unidade de cada território, são elas: USF Jardim Paulista Baixo I (Território I), USF Mirueira (Território II), USF Maranguape I A (Território III) e USF São Pedro (Território IV) (IBGE, 2010). Os participantes foram convidados a responder a entrevista em áreas reservadas na própria unidade de saúde. O presente estudo tem como público-alvo usuários das unidades de saúde selecionadas. Obedeceram aos critérios de inclusão os usuários maiores de 18 anos, adstrito pela unidade de saúde há pelo menos 3 anos e que já tenham sido atendidos pelo médico intercambista cooperado.

Como instrumento, foi adotada uma entrevista semiestruturada (Apendice A), gravada através de equipamento de áudio, que buscou a opinião do participante sobre a presença de um médico intercambista, percepção sobre as práticas da unidade de saúde antes e depois da chegada do médico, como também, as práticas do mesmo e a comunicação oral entre usuário – paciente. Utilizou-se como questão norteadora a seguinte indagação: qual a percepção dos usuários da estratégia de saúde da família sobre a presença médico intercambista na Estratégia de Saúde da Família? Foram consideradas como variáveis: sexo, idade, escolaridade, tempo de que usuário é acompanhado pela ESF e número de vezes que foi atendido pelo médico. A partir do critério de saturação das respostas, atingiu-se um total de 22 entrevistas, das quais 2 foram excluídas por fuga ao tema, restando um total de 20 entrevistas analisadas em profundidade. Os usuários estão representados no trabalho por ordem de entrevista.

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Saúde do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (Anexo A), sob protocolo CAAE – 50949715.0.0000.5190. Antes do seu início, o voluntário foi convidado a participar e esclarecido sobre o teor da investigação e sua participação condicionada à aceitação dos termos da pesquisa e assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) (Apêndice B).

A coleta foi feita pela pesquisadora, que se deslocou da sua residência para as unidades de saúde por meio de transporte coletivo. As entrevistas foram feitas em 4 dias, ou seja, 1 dia

em cada unidade de saúde com uma permanência de 4 a 5 horas em cada. Obteve alguns recursos devido ao fato de está na unidade de saúde e pelo receio, mesmo que explicado anteriormente sobre o sigilo da pesquisa, de que alguma forma a equipe da ESF soubesse do teor das respostas. As entrevistas duraram uma média 5 minutos cada e a transcrição das mesmas foi feita de forma manual, ocorreu em torno de 8 horas distribuídas em 3 dias, devido a importância de se atentar a cada detalhe, culminando em um total de 9 páginas.

A análise dos dados baseou-se na metodologia de análise de conteúdo de Bardin, que é um conjunto de técnicas que visam à organização e a descrição objetiva e sistemática do conteúdo da comunicação. Após a transcrição do conteúdo gravado, que foi ouvido e transformado em linguagem oral detalhadamente, o material foi organizado em três fases: 1) pré-análise (leitura inicial de todo conteúdo e seleção dos documentos que estão em acordo com a proposta temática); 2) exploração do material (leitura profunda, codificação dos temas e composição das categorias) e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (atribuição de significado e validade aos dados) (BARDIN, 2011).

Para organização e melhor compreensão dos resultados e discussões, dividiu-se a análise dos resultados em duas etapas: caracterização dos participantes e categorias provenientes da análise de conteúdo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Caracterização dos participantes

Os participantes deste trabalho estão caracterizados de acordo com a unidade de saúde adstrita, sexo, idade, escolaridade, anos de atendimento na unidade e número de vezes que foi atendido pelo médico intercambista. Dos 20 entrevistados, 3 foram da USF Maranguape I, 6 da USF Jardim Paulista I, 6 da USF São Pedro e 5 da USF Mirueira. Em relação ao sexo 90% (dezoito) dos entrevistados eram mulheres. A maioria dos participantes encontravam-se na faixa etária entre 41 e 60 anos de idade com um percentual de 40% (oito), seguido de mais de 60 anos com 35% (sete), de 25 a 40 com 20% (quatro) e menos de 25 com 05% (um). Entre os usuários a maior parte possuía o ensino médio com um total de 13 pessoas, seguido de 6 pessoas com ensino fundamental, 1 usuário não alfabetizado e nenhum participante possuía ensino superior. A maioria dos usuários eram acompanhados pela ESF há mais de 3 anos com um total de 9 pessoas, posteriormente mais de 10 anos com número de 7 usuários e por fim 4 usuários com mais de 6 anos. 75 % (15) dos usuários já tinham sido acompanhado pelo médico intercambista mais de 5 vezes, seguido de 2 a 5 acompanhamentos e 1 acompanhamento com 4 e 1 usuários respectivamente.

5.2 Categorias provenientes da análise de conteúdo

Após a conclusão de uma série exaustiva de leitura do conteúdo das respostas dadas pelos usuários entrevistados e dos recortes considerados potenciais para contribuir na resposta aos objetivos do estudo, foram elaboradas as seguintes categorias temáticas: Presença do médico, independente da nacionalidade; Mudanças apontadas; Percepção sobre as práticas individuais do médico intercambista e A língua dificulta, mas não é empecilho para o cuidado.

5.2.1 Presença do médico, independente da nacionalidade

A importância da presença de um médico na Equipe de Saúde da Família, não se dá apenas pelo fato da caracterização de uma equipe de fato e a padronização para que se enquadre dentro da Estratégia de Saúde da Família como é preconizado pela Política de

Atenção Básica de 2011, mas também, pelo fato de ser um dos principais pontos de encaminhamento e organização para outros serviços de saúde. Marin e outros (2011) mostram que os usuários apontam a dificuldade de acesso a consultas médicas como um dos principais problemas da ESF, quando isso é amenizado com a fixação desse profissional, talvez o que seja menos relevante é a origem pátria e acadêmica do médico. O que pode ser observado nas falas a seguir: “Para mim é importante, já que não temos brasileiros. Então, vindo para cobrir as necessidades de cada um, de todos da comunidade, tá ótimo”(informação verbal)¹. “Por falta de médico aqui, foi muito boa à vinda deles. Aqui tava abandonado né? Ai teve que tomar essa atitude. Diga-se de passagem, ela é ótima, melhor que todos os outros” (informação verbal)².

O que chama atenção também nas falas é identificar que de forma consciente ou inconsciente o usuário entende que a Estratégia de Saúde da Família não é uma opção de área de trabalho preferencial para os médicos brasileiros e que, devido à falta ou abandono desses profissionais nas equipes, a opção foi abrir as vagas existentes para atuação de profissionais de outras nacionalidades. Com isso, poder cumprir com a proposta da AB de ser a principal porta de entrada, ordenadora do sistema de saúde, potencializada de vínculos e principalmente a coordenadora do cuidado ao usuário.

A ausência ou a troca de médicos constantemente diminuiu o número de consultas ofertadas pela Estratégia de Saúde da Família e conseqüentemente leva o usuário a buscar atendimento nos serviços de atenção especializada, o que contribui para desorganização no fluxo da rede de atenção a saúde (ALBUQUERQUE, 2012).

5.2.2 Mudanças apontadas

Quando questionados sobre as práticas de saúde dos profissionais da ESF, os usuários apenas falavam das práticas médicas e o acesso às mesmas. O que nos mostra que ainda existe um caminho a ser percorrido, pois mesmo a consulta médica representando um aspecto importante na agenda da AB, a Estratégia de Saúde da Família tem que expor a sua principal proposta que é a mudança para um modelo multiprofissional voltado para a promoção da saúde (MARIN, 2011; MARCHIOLI; MORAVICK, 2013). Como as mudanças apontadas são focadas nas práticas médicas e acesso à consulta foi quase inevitável principalmente a comparação entre um médico e outro, o que pode ser averiguado com as falas a seguir: “Tem

¹ Fala do usuário 12.

² Fala do usuário 13.

diferença, o médico faltava e atendia mal. O médico brasileiro tá muito problemático” (informação verbal)³. “Tinha mais dificuldade de acesso à unidade, demorava mais para marcar a consulta. Acho que melhorou” (informação verbal)⁴. “Tinha muita dificuldade de acesso ao médico. Às vezes marcava ele não vinha. Agora a equipe também é mais unida” (informação verbal)⁵.

A gente tinha médico, mas tinha um pouco de dificuldade porque o médico tava doente e quando não era o médico, era a esposa dele. Sempre para vir no médico era assim, depois que o cubano chegou ficou melhor. Ele nunca falta e é muito atencioso. A visita é a mesma coisa (informação verbal)⁶.

Dentre os profissionais da estratégia de saúde da família o profissional médico é o que possui maiores alternativas de locais de trabalho, devido à ampla opção no mercado, o que reflete na rotatividade elevada no município (NEY; RODRIGUES, 2012). A rotatividade nos serviços de saúde também foi abordada na fala dos usuários: “Eu tinha fácil acesso, mas trocava de médico direto. Você era acompanhada por um, quando era no outro mês era outro médico. Agora é só esse, há muito tempo. Mas as outras coisas são do mesmo jeito” (informação verbal)⁷.

A não fixação do profissional médico na unidade de saúde ou sua carga horária reduzida dificultava por em prática as propostas de vínculo e cuidado da ESF. A mudança de profissional médico não permite uma relação de confiança médico - usuário, o que dificulta o diálogo e a abertura pelo usuário de suas dúvidas, problemas e questionamentos mais íntimos (GOMES et al., 2012). Essa mudança apresentada na verdade é uma característica do Programa Mais Médicos para o Brasil e não especificamente pelo fato de ser um médico intercambista, pois tem a proposta de fixar por mais tempo o profissional na unidade e conseqüentemente estreitar o vínculo médico-usuário.

5.2.3 Percepção sobre as práticas individuais do médico intercambista

Com o que já foi exposto da pesquisa, é notório que existe uma aprovação dos usuários em relação às práticas individuais do médico intercambista, que podem ser complementadas pelas falas a seguir: “Ela pesquisa, vai fundo na saúde e não é de passar muito remédio e sim exames para saber até onde vai à doença. Ela chega bem cedo e é mais

³ Fala do usuário 13.

⁴ Fala do usuário 3.

⁵ Fala do usuário 4.

⁶ Fala do usuário 19.

⁷ Fala do usuário 18.

eficiente em tudo” (informação verbal)⁸. “Eu gosto muito, porque ele é atencioso, ele olha, pergunta as coisas. Gostei do atendimento dele” (informação verbal)⁹. “Eu acho maravilhosa, super popular, muito boa, muito boa mesmo. Eu gosto muito!” (informação verbal)¹⁰.

A relação médico-usuário é uma relação complexa que envolve questões subjetivas de cada sujeito e diversos fatores pessoais, científicos, políticos, comunicacionais, porém, os usuários não se detêm a eles de forma isolada, o importante é conjunto dessa relação que precisa transcender a normatização do biológico e pairar sobre a humanização e a conexão dialógica (GOMES et al., 2012).

5.2.4 A língua dificulta, mas não é empecilho para o cuidado

As dificuldades que permeiam a comunicação de forma abrangente, formas verbais e não verbais, são discutidas e apontam como principais fatores a formação tecnicista do profissional médico, a hegemonia do científico em detrimento a cultura e saberes populares e outros (MARINUS et al., 2014).

Sendo a expressão por meio da fala, aspecto verbal, a principal forma de comunicação social praticada pelos seres humanos (FIRMINO; CARVALHO, 2007). De forma especial a abordagem da pesquisa se dá em relação à comunicação oral que envolve duas línguas o Português, língua oficial do Brasil, e o Espanhol língua oficial de Cuba. E os achados se concentraram na expressão de que existe um grau de dificuldade em entender o que médico fala, mas com atenção ou ajuda de terceiros consegue compreender o dialogo, e não é um fator que dificulte a relação médico-usuário e a longitudinalidade do cuidado. Como pode ser apreciado nas falas: “Às vezes a pessoa não entende, o bom é que ele escreve os exames e remédios aí a gente entende e faz tudo direitinho” (informação verbal)¹¹. “Tenho um pouquinho de dificuldade, mas quando a gente não entende ele fala devagar e da para a gente entender e fazer o que ele pede” (informação verbal)¹². “É tranquilo, porque quando tem um pouco de dificuldade tem uma menina (repcionista) que traduz para a gente e a gente faz o que ela (médica) manda” (informação verbal)¹³.

⁸ Fala do usuário 10.

⁹ Fala do usuário 3.

¹⁰ Fala do usuário 15.

¹¹ Fala do usuário 22.

¹² Fala do usuário 4.

¹³ Fala do usuário 10.

Por ser a comunicação oral um importante meio para propiciar não só as relações terapêuticas, mas também subsidiar práticas de promoção da saúde e favorecer o autocuidado, a dificuldade na comunicação pode ser um fator determinante para que alguns objetivos no liame usuário-médico, não sejam alcançados ou sejam alcançados de forma mais tardia, porém não houve uma abordagem nesse sentido no estudo (MARINUS et al., 2014).

6 COMENTÁRIOS FINAIS

Mediante ao que foi apresentado no decorrer do estudo, pode-se verificar que existe um entendimento por parte da população usuária da Estratégia de Saúde da Família, que o Programa Mais Médicos é uma medida adotada devido a escassez de recurso humano médico para atuar nas equipes de saúde da família. Com também, não se obstem ao fato de ter existido uma convocação que deu oportunidade a atuação em solo brasileiro de médicos intercambista, inclusive de nacionalidade e formação em outro país. Considera um ganho para a comunidade, pois, além de ter a garantia de uma profissional da medicina, com horário pré-estabelecido e atendimento com qualidade, obtém a oportunidade, se necessário, de seguir seu tratamento em outras instâncias especialistas do Sistema Único de Saúde.

O fato do Programa Mais Médicos ter esse nome e dar ênfase ao provimento de um profissional específico, pode contribuir negativamente para perpetuar a centralização das práticas de saúde no profissional médico, por isso quando se tentou tratar na pesquisa as mudanças apresentadas na equipe como um todo, os usuários, de maneira geral, comentavam sobre as mudanças focalizadas na prática médica, mais ainda, na consulta médica. Por isso, é importante que o programa no todo fortaleça o papel da equipe completa na ESF e como a multiprofissionalidade contribui para a melhoria das condições de saúde da população. As respostas mostraram a satisfação com o atendimento do profissional, cumprimento da sua cara horário e horário de trabalho. O que dificulta um pouco é o fato de médico e usuário, falarem línguas distintas, mas com ajuda de terceiros e fala paulatina do próprio profissional a discordância da língua pátria não compromete o processo do cuidado.

Contudo, apesar de entender que se trata de um estudo localizado o mesmo aponta para resultados que podem contribuir para um retorno sobre da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 para a sociedade, como também dar subsídios para embasar planejamentos futuros no SUS e fortalecer o conhecimento sobre o tema na área acadêmica. Abre precedente para que estudos se aprofundem mais na temática e que também possam trazer a visão de outros atores envolvidos como: gestores, trabalhadores e o controle social.

REFERÊNCIAS

ABATE, M. H. S. **Fixação dos profissionais médicos em um hospital da Zona Leste de São Paulo**. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/sus-29100>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

ALBUQUERQUE, L. C. **Acesso aos serviços de saúde em um município do interior de Pernambuco: o que pensam os usuários?**. 2012. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012albuquerque-lc.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2016.

ALESSIO, M. M.; SOUSA, M. F. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n.2, p. 633 – 667, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000200633#B8>. Acesso em: 18 ago. 2016.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. Integralidade do Cuidado: representações sociais das Equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p.109-123, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 13 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 204, 24 out. 2011. Seção 1, p. 1 - 128. Disponível em: <<http://www.fonosp.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2011/11/portaria-248820111.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Gerenciamento de Programas da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2013/prt0023_01_10_2013.html>. Acesso em: 18 jul. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011**. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. Brasília, 2011. Disponível em: em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7562.htm#art50>. Acesso em: 18 ago. 2016.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (SP); CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Demografia Médica no Brasil**: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2015.

FERMINO, T. Z.; CARVALHO, E. C. A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa. **Cogitare Enfermagem**, Porto Alegre, v. 12, n. 3, p. 287-289, 2007.

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231 – 240, 2011.

GOMES, A.M. T.; OLIVEIRA, D.C; SÁ, C. P. O Sistema Único de Saúde na representação social dos usuários: uma análise da sua estrutura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 631 – 8, jul./ago. 2011.

GOMES, A. M. A. et al. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300014>. Acesso em: 4 jun. 2016.

IBGE. Cidades. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=261070&search=pernambuco|paulista>>. Acesso em: 3 set. 2015

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORAVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica do usuário. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780-788, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a26.pdf>>. Acesso em: 30 maio. 2016.

MARINUS, M. W. L. et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401356>. Acesso em: 28 maio. 2016.

MORAIS, I. et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 112 – 120, 2014.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Programa Mais médicos em Debate no 11º Congresso da Abrasco**. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4882:programa-mais-medicos-em-debate-no-11o-congresso-da-abrasco&Itemid=827>. Acesso em: 4 set. 2015

PAULISTA. Prefeitura Municipal. **Paulista está habilitado para a nova etapa do Programa Mais Médicos**. Paulista, 2013. Disponível em: <<http://www.paulista.pe.gov.br/site/noticias/detalhes/817>>. Acesso em: 7 jul. 2015.

RODRIGUES, P. H. A. et al. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1147 – 1166, 2013.

SANTOS, S. M. S. et al. Estratégia Saúde da Família: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário. **Reme - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n. 4, p. 499 – 508, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/143>>. Acesso em: 28 ago.2015.

SCHANAIDER, A. Mais ou menos médicos. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 303-304, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n5/0100-6991-rcbc-41-05-00303.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2015.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Entrevista Usuários

No.Entrevista:_____ Unidade de Saúde:_____

I. Sexo: () masculino () feminino

II. Idade: () menos de 25 anos () entre 25 e 40 anos

() entre 41 e 60 anos () mais de 60 anos

III. Escolaridade:

() Não alfabetizado () Ensino fundamental () Ensino médio () Ensino superior

IV. Anos de atendimento na Unidade de Saúde da Família:

() há mais de 3 anos () há mais de 6 anos () há mais de 10 anos

V. Número de vezes que foi atendida pelo profissional médico intercambista:

() 1 vez () 2 a 5 vezes () mais de 5 vezes

VI. Questões norteadoras

- 1** Qual a sua opinião sobre a presença de um médico intercambista/estrangeiro na USF?
- 2** Antes da chegada do médico intercambista como eram as práticas na Unidade de Saúde da Família?
- 3** Levando em consideração que você fala português e o médico espanhol, como se dá a comunicação durante a consulta?
- 4** Qual a sua opinião sobre a prática do médico na Unidade de Saúde da família?

APÊNDICE B - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa com o título **MÉDICO INTERCAMBISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: OLHAR DO USUÁRIO**, sob a responsabilidade da pesquisadora Luciana Helena Mendes Gomes.

Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações sobre a mesma e sobre o seu papel enquanto participante.

Esta pesquisa tem como objetivo principal saber qual a percepção dos usuários sobre a presença e a consulta de um médico intercambista (médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da Medicina no exterior) na Unidade de Saúde da Família do Paulista.

A sua contribuição na pesquisa ocorrerá através da resposta a um questionário que será gravado através de um equipamento de áudio. Os riscos relacionados com sua participação podem ser constrangimento perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. Contudo, garantimos que este fato não ocorrerá sob hipótese alguma.

A qualquer momento você pode desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo para o seu atendimento no posto.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome do participante (em letra de forma):

Assinatura do participante: _____

Data: ____/____/____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado.

Assinatura do pesquisador: _____

Data: __/____/____

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:

Pesquisadora: Luciana Helena Mendes Gomes.

E.mail : lucianahelena11@yahoo.com.br

Telefone: (81) 98546 – 9764

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08:00 – 12:00 hrs / 13:00 – 15hrs. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: "Médico Intercambista na Estratégia de Saúde da Família: olhar do usuário".

Pesquisador responsável: Luciana Helena Mendes Gomes

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 13/11/2015

Registro no CAAE: 50949715.0.0000.5190

Número do Parecer PlatBr: 1.542.884

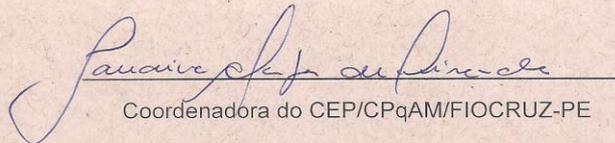
PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 13 de maio de 2016.


Coordenadora do CEP/CPqAM/FIOCRUZ-PE

Janaina Campos de Miranda
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Mat. SIAPE 464777
CEP / CPqAM / FIOCRUZ

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br


Centro de Pesquisas
AGGEU
MAGALHÃES


FIOCRUZ
Ministério de Saúde