

Interface - Comunicação, Saúde, Educação



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501257&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2018.

REFERÊNCIA

SILVA, Hilton P. et al. El Proyecto Más Médicos para Brasil : desafíos y contribuciones para la atención básica en la visión de los médicos cooperados. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1257-1268, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501257&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0531>.

El Proyecto Más Médicos para Brasil – Desafíos y contribuciones para la Atención Básica en la visión de los médicos cooperados

Hilton P. Silva^(a)

Roseane Bittencourt Tavares^(b)

Yamila Comes^(c)

Lucélia Luiz Pereira^(d)

Helena Eri Shimizu^(e)

Edgar Merchan-Hamann^(f)

Ximena Pamela Bermúdez^(g)

(a, b) Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, Universidade Federal do Pará. Cidade Universitária José da Silveira Netto R. Augusto Corrêa, 01, Campus Universitário do Guamá. Belém, PA, Brasil. 66075-900. hdsilva@ufpa.br, roseanebtavares@yahoo.com.br

(c, e, f) Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. ycomes@gmail.com, merchan.hamann@gmail.com, shimizu@unb.br, ximenapam@gmail.com

(d) Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. lucelia@unb.br

El Proyecto Más Médicos para Brasil (PMMB) fue creado en 2013 con el objetivo de proporcionar médicos para áreas en donde es difícil la fijación de profesionales y ofrecer capacitación en Salud de la Familia para médicos brasileños y extranjeros. En este artículo se analizan aspectos relacionados a las motivaciones, al proceso y condiciones de trabajo en la Atención Básica, a la situación de salud en los municipios, al funcionamiento del Sistema Brasileño de Salud (SUS) y a la relación con los gestores a partir de entrevistas con 44 médicos cubanos que trabajan en 32 municipios de todas las regiones del país. Los diálogos muestran que los cooperados tienen un aguzado sentido de observación y consiguen hacer un diagnóstico detallado de la situación de las áreas en las que actúan, mostrando la precariedad todavía prevalente en la Atención Básica en los municipios. No obstante, ellos también dejan claro que, con una formación adecuada, es posible proporcionar atención primaria de calidad, incluso enfrentando grandes adversidades.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Salud Pública. Medio rural. Formación médica.

Introducción

El 16 de octubre de 2013, el Senado Federal ratificó la decisión de la cámara de los Diputados y aprobó la Medida Provisional 621/2013 de creación del Programa Más Médicos, que fue entonces enviada para ratificación presidencial y se transformó en la Ley nº 12.871, del 22/10/2013. En el texto se destaca que la consecución de los objetivos del programa depende de la reordenación de la oferta de cursos de medicina y plazas para residencia médica, fundada en parámetros que alcancen las regiones con menor relación de plazas y médicos por habitantes, en nuevos parámetros para la formación médica en el país y en la promoción del perfeccionamiento de médicos en la Atención Básica (AB) en salud en las regiones prioritarias del SUS. Dentro del programa se encuentra el Proyecto Más Médicos para Brasil (PMMB) (artículos 13 a 22 de la Ley 12.871/2013), en el cual los médicos participantes, contratados por medio de pliegos de condiciones, actúan en el país con registro provisional emitido por el Ministerio de la Salud (MS). No obstante, los que quieran continuar ejerciendo la medicina en Brasil, después de los tres años en el Programa, tendrán que realizar la revalidación del diploma obtenido en el exterior¹.

Considerando la amplitud del PMMB, que entre agosto de 2013 y julio de 2014, realizó la provisión de 14.462 médicos para todas las regiones de Brasil, pasa a ser relevante la realización de evaluaciones sobre su efectividad, como iniciativa cuyo objetivo es la realización del derecho universal a la salud, por medio de la mejora del acceso de la población a la red de asistencia. El PMMB permite espacio para estudiar la línea de base y sus posibles repercusiones en la organización de los flujos de demanda y provisión, en la estructuración de la oferta de servicios de salud y en la consolidación de las Redes de Servicios de Salud del país.

En 2014 se inició el esfuerzo para desarrollar investigaciones empíricas que puedan evaluar los impactos del PMMB y dar subsidios al proceso de toma de decisiones de los gestores de las esferas de la federación, estados y municipios, con el objetivo del perfeccionamiento de las intervenciones públicas en salud. Este artículo es el resultado de una de estas iniciativas, teniendo como enfoque específico la mirada de los médicos cooperados sobre la AB en Brasil, el SUS, y cómo ellos consideran que el PMMP influye su implementación y fortalecimiento.

Metodología

Se trata de un estudio cualitativo, realizado en 32 municipios seleccionados aleatoriamente según los siguientes criterios de inclusión: a) tener el 20% o más de la población en situación de extrema pobreza, b) estar inscrito en el primero o en el segundo ciclo del PMMB, c) tener menos de cinco médicos en actuación, d) tener menos de 0,5 médico por mil habitantes en junio de 2013.

La muestra fue probabilística ponderada, construida con división proporcional al número de municipios con las características descritas anteriormente. Aplicando los criterios de inclusión, resultaron 32 municipios de todas las regiones de Brasil: 14 en el Norte, 12 en el Nordeste, tres en el Sudeste, dos en el Centro-Oeste y uno en el Sur^(g).

Se analizaron 44 entrevistas semi-estructuradas realizadas con médicos cooperados de los municipios incluidos en la muestra (16 hombres y 28 mujeres). En este artículo se optó por la utilización del término médicos cooperados, por ser el más utilizado por el MS debido al acuerdo de cooperación entre Brasil y Cuba, que fue intermediado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPAS/OMS).

Se realizó una entrevista en los municipios que tenían un médico del PMMB y dos en los dos municipios que tenían dos o más médicos del programa. En este artículo se optó por utilizar solamente los registros de los médicos de nacionalidad cubana, puesto que esos profesionales tienen formación previa específica en el área de AB/medicina de familia y componen la mayoría absoluta de los médicos del Programa.

A partir de las narraciones de los médicos, se categorizó la información y se cuantificaron los resultados, utilizándose la técnica de análisis cuantitativo y descriptivo (frecuencia) de las declaraciones profesionales por medio del programa AtlasTI versión 7 y técnicas de análisis de contenido^{2,3}.

(g) Esta encuesta forma parte del proyecto multicéntrico titulado: "Análisis de la efectividad de la iniciativa Más Médicos en la realización del derecho universal a la salud y en la consolidación de las Redes de Servicios de Salud", financiado por el CNPq y por el Departamento de Ciencia y Tecnología del Ministerio de la Salud, por medio de la Convocación Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 41/2013.

De las entrevistas surgieron las características temáticas siguientes: motivaciones para participar del PMMB, los procesos y las condiciones de trabajo en la AB; la situación de salud en los municipios y el funcionamiento del SUS y la relación de los médicos con los gestores.

El trabajo de campo se realizó entre noviembre de 2014 y junio de 2015. Se trató de la primera etapa de la evaluación del Proyecto, que se realizará en tres etapas envolviendo, además de a los médicos, a los gestores, los demás profesionales de salud y los usuarios de los municipios seleccionados .

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEP/FS-UNB, por sus siglas en portugués) y todos los médicos entrevistados firmaron el documento de consentimiento libre e informado en donde se detalló el objetivo de la encuesta y las condiciones de su participación.

Resultados

A. Motivaciones

Entre las motivaciones de los profesionales cubanos para participar en el PMMB, se destacó la relación entre la formación de la medicina en su país y la vocación internacionalista, así como la de solidaridad, en donde la “colaboración para ayudar y para servir” forma parte del proceso de formación profesional cubana.

En nuestra formación tenemos como premisa fundamental ser internacionalistas, prestar servicio en donde son necesarios [...] Precisaba cumplir una misión aquí en Brasil, un proyecto en un área más carente y por eso mi posición de participar aquí y ayudar a mejorar la salud de Brasil [...] (Med. 28 – PA).

El motivo real fue que nosotros tenemos una formación de solidaridad desde la cuna, entonces se lanzó esa propuesta en nuestro país y todos nos

sentimos muy motivados; Brasil es un país que a todos nos gusta (Med. 23 – AP).

Otros subrayaron el “sueño” de conocer Brasil y el SUS, viajar a otras culturas, conocer otras experiencias, modos de vida y enfermedades diferentes. También se mencionó algunas veces el aspecto económico, considerado “una buena oportunidad financiera”, así como el responder a una demanda del gobierno cubano. Llama la atención que muchos de los profesionales que están en Brasil ya tenían experiencias similares en otros países. En especial en países de América Latina, tales como: Venezuela, Bolivia, Honduras y México. Además de países de otros continentes, tales como China y Nigeria. Muchos, incluso, permanecieron en esos países durante algunos años, como se observa en las declaraciones a continuación:

La misión de Venezuela, que era la misión ‘Barrio adentro’, fue una misión también muy bonita, llegamos por primera vez en 2003, noviembre de 2003, a Venezuela. También trabajé en la zona rural y en el centro Venezuela [...] como médica general/integral y de medicina comunitaria. La experiencia fue muy buena, porque al principio no tenía consultorio para trabajar y comenzamos el trabajo de casa en casa (Med. 20 – PA).

Yo comencé en Cuba y tuve la posibilidad de trabajar en Venezuela, eso también fue una gran experiencia profesional, yo me nutrí de mucho conocimiento, además de compartir con otras culturas y costumbres, lo que siempre produce un enriquecimiento personal, profesional y humano (Med. 23 – AP).

Para otros profesionales, la experiencia en Cuba también es un elemento importante en la motivación para el ejercicio de la medicina en otros territorios, por haber practicado la profesión en las áreas rurales y en el ámbito de la Atención Primaria a la Salud (APS), en la medicina integral y en los consultorios populares:

Desde que empecé, trabajo en el interior, así como aquí. En el área rural de allá me dieron casa y todo lo que necesitaba para el trabajo (Med. 1 – PR).

Estuve en Cuba dos años trabajando como asesor municipal del programa de Atención materno–infantil. Dos años después fui para Bolivia [...]. Volví nuevamente a Cuba, trabajé otros dos años en lo mismo, consulta, consultorio popular, turnos [...] (Med. 21 – PA).

B. Procesos y condiciones de trabajo en la Atención Básica

Una de las primeras observaciones en las entrevistas de estos profesionales se refiere a la organización de la jornada de trabajo. Los médicos relatan que por lo general trabajan ocho horas diariamente, menos los viernes, día determinado para participar en el curso de especialización en salud de la familia que también constituye parte de las atribuciones pactadas en el PMMB con el objetivo de contribuir para la formación de los médicos del intercambio sobre la forma como se estructura en Brasil el modelo de APS y desarrollar estrategias de educación permanente. De acuerdo con algunos de los entrevistados, el horario debe cumplirse rigurosamente, puesto que es necesario que los médicos estén disponibles a servicio de la población. Sin embargo, esa carga horaria puede superarse debido a la necesidad de atender pacientes por demanda espontánea y por emergencias o, también, por visitas a domicilio en áreas distantes. Además, se percibe que el trabajo cotidiano se organiza en función de las peculiaridades del lugar de inserción y de las demandas locales. En una situación típica, el médico relata:

Realizo consultas de las ocho a las doce y media, más o menos. Por la tarde, tengo consultas de las dos a las cinco o salgo para hacer visitas a domicilio también durante ese período (Med. 2 – MG).

Los profesionales señalaron inconvenientes del trayecto y del tiempo de recorrido para llegar al ambulatorio de salud, puesto que, en muchos casos, la comunidad en la que trabajan es distante del centro de la ciudad que es donde viven.

En algunas ocasiones, por falta de gasolina o de transporte, no consiguen desplazarse hasta la Unidad Básica de Salud (UBS) teniendo que hacer largas caminatas o adquirir transporte propio.

Para la organización de la escala de trabajo los médicos afirmaron que realizan consultas marcadas y las que llegan a las unidades por demanda espontánea, además de las consultas relativas a los programas específicos (diabéticos, hipertensos, niños, puérperas y otros). Realizan las visitas a domicilio consultando y aconsejando a ancianos, niños, embarazadas, personas con enfermedad mental, personas que están de cama etc. También desarrollan actividades educativas (principalmente en forma de charlas), en la propia UBS, en escuelas o en las emisoras de radio de la ciudad. En esas actividades se tratan diversos asuntos que pueden estar relacionados a los programas de salud o asuntos relevantes para la salud pública. Ellos también participan de las reuniones regulares que se realizan con frecuencia mensual, semanal o quincenal, con la finalidad de planificar las actividades de la unidad.

Aunque sepan que solamente tienen autorización del MS para ejercer su profesión en acciones en la AB previstas por el programa y en la localidad indicada por el ministerio, no pudiendo por lo tanto realizar atenciones de urgencia y emergencia, en algunos casos ellos lo hacen, puesto que en su opinión “la vida de las personas es lo más importante”. Los relatos más frecuentes pueden resumirse por la declaración a continuación:

La carga horaria se divide en atenciones en la unidad (marcadas, atención de demanda de emergencia, atención a las embarazadas y a los niños), un turno se utiliza para visitas a domicilio, un día para atención en la zona rural en diferentes lugares, un turno para reunión con el equipo del PSF y actividades educativas en las escuelas cuando hay campañas temáticas (Med. 10 – AL).

De acuerdo con los relatos, el número de pacientes atendidos por día varía de 10 a 50 personas. Para algunos, el promedio de atenciones en un día oscila entre 25 y 35 pacientes, lo que se considera una gran demanda. También hay una diferencia

considerable de acuerdo con el día de la semana. Un factor que influye en el número de consultas es el tiempo dedicado a cada paciente. Algunos afirmaron que varía entre 10 y 15 o entre 10 y 20 minutos, puesto que son muchos pacientes para pocas horas de trabajo. Afirmaron que ese tiempo depende de varios factores, tales como: la enfermedad investigada, el paciente (si es conocido o si viene por primera vez a la consulta), la edad, la comunidad de origen, los tipos de exámenes físicos que se necesita hacer, la necesidad de escuchar al paciente y hacer la anamnesis detallada y también dar instrucciones sobre la medicación recetada, si es una consulta normal o una urgencia. Las embarazadas y pacientes con enfermedad mental requieren más tiempo. La consulta puede llegar a 40 minutos si fuera necesario, dependiendo del cuadro clínico del paciente, incluyendo la prescripción de exámenes; en especial si se trata de una persona que viene a la consulta por primera vez.

Dependiendo de cada patología, hay pacientes diferentes de otros; yo dedico el tiempo necesario, no cuento el tiempo. Intentamos ver qué es lo que tiene el paciente y llegar a una conclusión (Med. 4 – AP).

Las visitas a domicilio se realizan, la mayor parte de las veces, con los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), pero también con la enfermera o con otros miembros del equipo. Según ellos, en la actualidad hay más visitas que antes. En algunos casos, la notificación de la demanda puede ser realizada por el propio médico cuando percibe en las consultas en la unidad la necesidad de acompañar más de cerca una determinada situación. La programación de las visitas a domicilio puede no ser fija, ocurriendo solamente cuando un miembro del equipo lo considera necesario, o una o dos veces a la semana, en el período de la mañana o de la tarde, por lo general después de 15h. Según los cooperados, en el momento de la visita se verifica la situación económica, la situación de salud de la familia, el recorrido de una casa para otra, el ambiente, el patio de las casas, si hay basura, si hay agua parada, si hay hierbas dañinas, si usan hipoclorito, cómo lo utilizan y los procedimientos en la preparación de la comida de los niños; es decir, “el modo general de condición de vida

de la persona y cualquier cosa que pueda causar un perjuicio a la salud de la población”, además de la consulta al caso específico que originó la visita. La cantidad de casas visitadas por semana oscila, pudiendo ser entre dos y diez. En un único día de visita pueden atenderse de diez a 15 pacientes.

Con relación a la visita a domicilio:

Miramos la casa, la relación del usuario con la familia, de la familia con el usuario y de él consigo mismo y proporcionamos educación, promoción y rehabilitación. El perfil de los usuarios con visita a domicilio es de ancianos que no pueden caminar, que están de cama, puérperas, cesáreas. Los motivos pueden ser diversos, siempre y cuando haya necesidad. Hacemos hasta cuatro visitas de cada vez (Med. 9 – BA).

Las principales dificultades relatadas para la realización de las visitas se relacionan con la falta de transporte por parte de las municipalidades. La locomoción se realiza principalmente en auto o en “voadeira” (lancha a motor, principalmente en la región norte) cuando la comunidad vive en las orillas de los ríos e incluso en moto. Algunas veces, los vehículos pertenecen a los propios médicos o a los profesionales que trabajan en el equipo. Ya llegó a haber accidentes de auto en el recorrido de las visitas. El período de lluvias siempre es una dificultad, puesto que con frecuencia el transporte no consigue llegar a algunos locales de acceso más difícil.

Otro problema indicado es la seguridad. Algunos médicos relatan que ya no están realizando más visitas porque fueron asaltados, habiendo solicitado mayor seguridad sin haber recibido respuesta del poder público.

C. La situación de la Atención Básica y de salud en los municipios

Sobre la situación de salud en los municipios, la mayoría de los médicos indica que se detectan con mayor frecuencia enfermedades y disturbios tales como hipertensión, exceso de peso, hipercolesterolemia, diabetes, enfermedad mental, cardiopatías, enfermedades respiratorias, asma bronquial, dolores en las regiones

dorsal y lumbar, accidentes vasculares cerebrales y problemas tales como accidentes de moto, uso de drogas y alcoholismo. Otros médicos hablaron sobre la presencia frecuente en sus municipios de enfermedades infecciosas, como diarreas, infecciones de transmisión sexual (VIH, condiloma sífilis), leishmaniosis, hanseniasis, tuberculosis, verminosis, dengue, gripe, malaria y hepatitis. Algunas solamente surgen en la época de las lluvias, otras tienen una relación muy grande con el consumo de agua de mala calidad y de la existencia de alcantarillado no tratado.

Para muchos entrevistados hay diversas situaciones difíciles/críticas y una expresiva carencia de atención médica en los municipios. Otros suponían que la situación estuviera peor, puesto que ellos tienen conocimiento de la situación de salud en otros países y también de otros municipios de Brasil en donde hay algún médico conocido. Algunos esperaban una prevalencia mayor de enfermedades, debido a la pobreza de los municipios atendidos por el Programa.

En su opinión, los municipios precisan promover formas de desarrollo local e implementación de políticas que superen las condiciones impropias del ambiente, de la gestión de la basura, del agua potable, de la presencia de animales transmisores de enfermedades, siendo que reconocen que la población es grande y los recursos humanos de salud escasos. No obstante, hubo también algunos médicos que consideraron buena la situación de su municipio a pesar de las dificultades.

Las declaraciones de los médicos revelan que ellos observaron diversas demandas urgentes tales como numerosas personas que toman medicamentos controlados y/o sin receta, la desorganización de la AB municipal, con equipos de salud incompletos, flujo interrumpido de acompañamiento regular de los pacientes y falta de acciones de prevención, promoción y rehabilitación.

En la perspectiva de esos profesionales, algunas prácticas culturales y falta de educación en salud contribuyen para la persistencia de determinadas enfermedades que podrían solucionarse por medio de procesos educativos y dispositivos de prevención, puesto que son enfermedades evitables. No obstante, para tanto es necesario que haya cambios, que se organicen componentes en la propia red de APS con el objetivo de mejorar los indicadores. Ellos enfatizan que, por lo general, con

trabajo, dedicación y amor, los cambios serían posibles y ayudarían a construir otras condiciones de vida y de salud.

No obstante, hay que llevar en consideración que la vulnerabilidad social de la población es un gran desafío para las acciones de educación en salud, debido al bajo nivel educativo y a la existencia de estilos de vida difíciles de cambiar. Dadas las circunstancias de vida, ellos tienen, por lo general, hábitos alimenticios poco saludables (comida muy salada y grasosa y con pocas frutas, verduras y hortalizas).

Sin embargo, en la perspectiva de algunos profesionales, la vulnerabilidad social de las comunidades no compromete su trabajo, puesto que la pobreza no es un obstáculo absoluto para la salud. En muchos casos, la población vive cerca del ambulatorio y los médicos participan en acciones educativas. No obstante, para los entrevistados es necesario más trabajo, aumentar el número de charlas, proporcionar cursos complementarios a los ACS para los residentes de las comunidades y eso acaba siendo una motivación para que ellos trabajen más.

Aquí [...] tenemos que tener conciencia que es una población pobre, una población con bajo nivel educativo, los hábitos higiénicos también influyen en el cuadro epidemiológico [...] Y así, influye (sic) muchos factores. Pero aún así, creo que hemos modificado un poco el cuadro de salud del municipio (Med. 28 – PA).

D. Evaluación del funcionamiento del SUS y de la relación con los gestores

Sobre los servicios de salud, los médicos relataron que es necesario desarrollar mejoras en la organización, debido a la existencia de diversos problemas, tales como la insuficiencia constante de medicamentos y la falta de combustible para el transporte del médico, lo que impide que se realice la visita a domicilio, frecuentes cambios en los gestores, carencia de recursos para la atención cotidiana, la falta de profesionales de medicina en los turnos de los hospitales (y ellos terminan teniendo que atender a estos pacientes).

Esta declaración del médico muestra las carencias:

“Para realizar el trabajo en la unidad lo más difícil es la carencia de insumo, que se tenga el medicamento de los pacientes, que puedan salir de allí con los medicamentos recetados para cumplir el tratamiento y curarse. Que si tiene fiebre que se lo pueda inyectar, jeringa, aguja, que haya medicamentos (Med. 27 – PA)” .

Los laboratorios no funcionan adecuadamente y hay dificultades para marcar consultas con médicos especialistas. A esos problemas se suman las limitaciones en la infraestructura de las unidades de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) – muchas están en reforma o en construcción –, habiéndose relatado diversos obstáculos para la atención adecuada, tales como la falta de ventilación en los consultorios (los médicos tienen que llevar su propio ventilador), falta de cuarto de baño, en muchos casos, iluminación inadecuada, no hay sala de curativos, sala de enfermería ni sala de inmunización. También hay carencia de equipos básicos tales como otoscopio, curativos, estetoscopio, cintas métricas, antropómetros, balanzas, esfigmomanómetros, kit de hanseniasis, pinzas, espéculos ginecológicos, material para sutura, glucosímetros, negatoscopios, electrocardiógrafos y camillas. Esas carencias fueron relatadas por la mayoría de los entrevistados. Finalmente, ellos mencionan problemas con la derivación y contra-derivación. Por ejemplo, cuando un paciente se deriva a un especialista hay una gran demora entre el pedido y la evaluación de ese profesional. Por ese motivo, muchos pacientes, cuando pueden hacerlo, acaban buscando a un médico particular.

Ahora mismo, el hospital está en reforma. Eso causa un problema de derivación de un paciente que tiene una necesidad urgente. Esto me llama la atención porque esto es la atención primaria, es la integración con el hospital. Hay problema con la realización de rayos X, no hay electrocardiograma, mamógrafo (Med. 41 – AM).

Según los entrevistados, las dificultades también son frecuentes en la realización de exámenes solicitados por el médico, puesto que algunos solamente se

realizan en las capitales de los Estados que están distantes, muchas veces imposibilitando la realización del examen y, consecuentemente, que se realice un análisis integral del paciente. Entre los problemas de transporte se subraya que no hay ambulancias o que son insuficientes para llevar a los pacientes para que realicen el tratamiento fuera del domicilio. No obstante, para un número menor de cooperados, la organización no es perfecta, pero aún así es buena, puesto que consideran que hay una buena atención, todos los que lo necesitan son derivados, los servicios están mejor organizados en esos casos y las UBS en las que trabajan están bien equipadas. Hay equipos completos con dentistas, médicos, enfermeros y ACS y refieren una buena integración con los hospitales, Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU), Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), ambulancias etc.

Las narraciones revelan dificultades para realizar acciones de acompañamiento de pacientes que podrían solucionarse en ese nivel de atención, pero faltan algunos instrumentos adecuados básicos de trabajo:

Tenemos un problema muy grande con las embarazadas. No tenemos estetoscopio [...], que sirve para detectar los latidos del corazón del feto, tenemos problemas con eso. Actualmente lo hago con mi estetoscopio, que es difícil, pero yo trato enseguida de escuchar el latido del corazón del feto [...] (Med. 37 – PA).

Por otro lado, en la relación con los gestores y demás profesionales, todos los médicos relataron que la interacción es buena, puesto que buscan resolver cualquier problema que el médico tenga. Los médicos dicen que lo comparten todo con ellos y que, por lo general, no han tenido problemas con otros médicos especialistas o de los turnos. Hay una buena relación con todos los profesionales, no solo de trabajo, sino también de amistad. Los médicos se sintieron acogidos por estas personas y ellas siempre les preguntan si todo está bien, son como una familia y algunos llegan a sentirse como si estuvieran en Cuba.

Según uno de los entrevistados:

La relación entre los gestores y los demás profesionales es buena, con los profesionales que tenemos contacto. El personal del NASF es muy receptivo y siempre que he necesitado algo de ellos no tengo nada que reclamar. Hicieron lo que estaba en sus manos, no puedo reclamar. El personal del CTA también. En la secretaría también [...] No faltó acogida (Med. 25 – PA).

Discusión

Los resultados de este estudio demuestran que los médicos cooperados se mostraron bastante motivados para trabajar en áreas remotas y de provisión difícil, que es el objetivo principal del PMMB. La solidaridad fue recurrente en el discurso de esos médicos, como un valor que evocó la disposición para ayudar a las personas que viven en áreas distantes, con escaso acceso a los servicios de salud. Se trata de la solidaridad social, de alcance colectivo, que supera fronteras y que se fundamenta en el vínculo del reconocimiento recíproco entre las personas, es decir, por la necesidad de las personas en su condición de seres sociales⁴.

La formación ético-humanista, que presupone la inclusión de las dimensiones subjetivas de la enfermedad y ofrece mayor visibilidad a las cuestiones culturales y sociales, en una comprensión ampliada del proceso salud-enfermedad⁵, contribuye para reforzar el sentido de responsabilidad social de los médicos⁶.

Además, muchos de los médicos ya habían tenido experiencia previa de trabajo en Cuba, en la APS y en otros países. La necesidad de prestar servicios en otros países se incluye en el proceso de formación médica cubana⁶. Siendo así, los médicos deben presentar disponibilidad para cumplir las “misiones”; es decir, ir a otros países que necesitan de ayuda, más específicamente, de la mano de obra médica. También son reconocidos los beneficios brindados por la oportunidad que los médicos tienen de trabajar en diferentes países, además del aumento de la habilidad técnica, del conocimiento de nuevas enfermedades y de sistemas de salud diversos^{7, 8}.

En la AB, los médicos se insertaron prioritariamente en las unidades de la ESF, que presentan una forma de organización peculiar, comprometida con el cambio del

modelo de APS en el SUS con las presuposiciones siguientes: una concepción de salud relacionada a la calidad de vida, la noción de equipo de salud, la intervención de ella en la familia y en la comunidad y acción inter-sectorial.

Quedó claro que es central en la organización del proceso de trabajo de la ESF la realización de consultas médicas y visitas a domicilio y la permanencia del médico en el área. Los médicos demostraron gran compromiso en cumplir toda la carga horaria de trabajo semanal, especialmente por entender que la población necesita sus cuidados. Quedó claro que la demanda por atención médica, principalmente por consultas, es bastante intensa e impone un ritmo que, muchas veces, dificulta una atención más humanizada y calificada a las personas. A pesar de ello, los entrevistados expresaron flexibilidad para atención de la demanda espontánea, así como de urgencias y emergencias (aunque estuviera fuera de sus atribuciones específicas), especialmente debido a la falta de servicios en sus regiones de actuación que atiendan tales necesidades.

Además de las consultas, los médicos afirmaron que realizan actividades educativas, especialmente charlas en las unidades de salud para los grupos de hipertensos, diabéticos, en las escuelas y en la comunidad. También realizan visitas a domicilio, principalmente para las personas con dificultad de locomoción, pero también por su propia iniciativa. En estas visitas, la mirada del médico parece incluir competencias relacionadas a la vigilancia, que incluye la verificación del ambiente, de las condiciones socio-sanitarias y de la vida de las personas del área que le fue asignada. El trabajo de “*terreno*”, es decir, extrarradio de la Unidad de Salud de la Familia (USF) – principalmente la visita a domicilio – es bastante valorizado por los médicos cooperados.

En lo que se refiere a la situación de la salud en áreas remotas, se observó un perfil epidemiológico complejo, en donde conviven simultáneamente las enfermedades crónicas, las infectocontagiosas y las provenientes de la escasez y de la pobreza. En ese sentido, algunos médicos cooperados demostraron cierta perplejidad, puesto que no esperaban encontrar esa situación en un país rico como Brasil.

A pesar de la disposición previa para el enfrentamiento del cuidado de la población con gran vulnerabilidad social, algunas veces, las formas como los médicos perciben las carencias de la población y organizan las prácticas de cuidado, sugieren una fuerte influencia del paradigma biomédico que puede culpabilizar a los usuarios por las dificultades de cuidado con su propia salud. Esos datos demuestran que, a pesar de las inversiones de la formación médica cubana para el trabajo en la AB, el paradigma hegemónico tiene también influencia sobre sus prácticas. Ese paradigma limita el análisis de los factores condicionantes y determinantes sociales, históricos y culturales de la salud y debe cuestionarse continuamente en la formación y en la práctica médica.

Además, ese modelo puede reforzar la lógica de la medicalización que impera en el sistema de salud occidental, en el que se incluye el brasileño, y que es perjudicial, puesto que reduce la inversión potencial en la calidad de vida de la población. Para cambiar esa lógica, es preciso una mayor valorización del saber generalista y humanista, en la lógica de la clínica ampliada que reconoce que los sujetos de la clínica (cuidadores y cuidados) poseen subjetividades que pueden influir mutuamente en los encuentros⁹. Es decir, centrada en una atención integral, con vínculo efectivo, dando inicio a un nuevo nivel de diálogo, enfocado no solo en la enfermedad sino en la situación del enfermo, en su sufrimiento y en sus condiciones psicosocioexistenciales⁹.

El trabajo en equipo se consideró satisfactorio, aunque parece transitar entre el modelo funcionalista, en el que cada profesional es responsable por sus tareas, teniendo al médico como elemento central del proceso de trabajo y el modelo de trabajo colaborativo en el que todos los trabajadores comparten el cuidado de salud de las familias y de la comunidad¹⁰. Hay indicios de compartición del trabajo por medio de las reuniones de los equipos; no obstante, los diálogos también demuestran fragilidad en la planificación de las acciones ante las comunidades, notablemente en lo que se consideran acciones inter-sectoriales. Aunque los profesionales relaten que realizan actividades de promoción y prevención (charlas al público y orientaciones a

los moradores en las visitas a domicilio), estas también parecen figurar tímidamente en la planificación de las unidades de salud.

La precariedad de la infraestructura del sistema de salud en áreas remotas, pero también en áreas urbanas de todo el país, figura como uno de los grandes desafíos para la implementación de la AB de calidad, según diversas manifestaciones del Consejo Federal de Medicina¹¹ y según resultado de evaluación externa del Programa Nacional de Mejora del Acceso y Calidad de la Atención Básica, del Gobierno Federal^{12,13}. Las carencias en los servicios, que van desde el ambiente físico inadecuado, falta de transporte, funcionamiento de la derivación y de la contra-derivación, hasta insumos básicos para los cuidados y las deficiencias del sistema de salud local que no cuenta con laboratorios seguros, médicos especialistas y otros servicios de mediana y alta complejidad, se presentan como el gran cuello de botella para la atención adecuada a la población.

En ese sentido, a pesar del buen diálogo con la mayoría de los gestores locales, los médicos afirmaron sentir necesidad de una mejor comunicación con los tomadores de decisión para discutir cuestiones relativas a la mejora de la infraestructura de los servicios y del sistema de salud local. Como cooperados, los médicos pueden y deben demostrar compromiso para mejorar el sistema de salud del país en el que prestan servicios.

Además, es notable la necesidad de una mayor inversión en el trabajo en equipo que considere incluso la importancia de la participación de los usuarios/comunidad. En ese aspecto, es necesario problematizar que es necesario invertir también en la educación en salud de nuestros usuarios/comunidad porque culturalmente ellos ya esperan médicos que los atiendan rápidamente, que soliciten exámenes y les receten medicamentos sin mayores discusiones⁹. Como sugieren los resultados de este estudio, esa educación, a su vez, no debe verse tan solo como transmisión de conocimientos médicos por medio del acto de depositar, transferir y transmitir valores y conocimientos. Es relevante que sea concebida, a partir de la perspectiva dialógica, en la cual el usuario/comunidad del servicio de salud sea

reconocido como portador de un saber que puede servir de base para una práctica de emancipación de resignificación del proceso salud–enfermedad–cuidado⁹.

Brasil todavía vive una gran carencia de recursos humanos en el área de la Salud, principalmente en lo que se refiere a las áreas rurales y a las poblaciones más vulnerables en términos sociales y económicos^{14,15} que son el principal enfoque del PMMB. Aunque controvertido, el PMMB amplió significativamente el acceso y la efectividad de la AB en el país^{16–18}, contribuyendo para la universalización de la AB y el refuerzo a la capacidad de resolución del SUS, elementos que hoy día son considerados fundamentales por un gran número de naciones^{19,20}.

Consideraciones finales

La inversión para traer profesionales extranjeros con formación con énfasis en Medicina Familiar y Comunitaria, especialmente los médicos cubanos, apunta hacia la ampliación del acceso y de la calidad en la producción del cuidado en la AB, principalmente en áreas remotas.

A pesar del poco tiempo en los municipios (entre seis y 12 meses para la mayoría) los médicos cooperados ya consiguieron realizar un diagnóstico detallado de la situación que demuestra la precariedad de la AB que desde hace mucho tiempo es denunciada por las entidades médicas y por la población. Además, demuestran que con la adecuada formación y dedicación profesional es posible realizar una AB de calidad, incluso enfrentando grandes adversidades.

Como las entrevistas se realizaron todavía en un momento inicial de la implementación del PMMB (2014–2015), cuando los profesionales tenían poca experiencia en sus locales de trabajo, existe la necesidad de aguardar las próximas etapas de evaluación para analizar la consolidación o el cambio, en las opiniones de los profesionales y cuáles fueron los resultados del Programa efectivamente alcanzados.

Agradecimientos

A los órganos financiadores, investigadores de campo del proyecto y médicos cooperados que amablemente participaron en las entrevistas.

Contribución de los autores

- 1 – Hilton P. Silva: Coordinación de la encuesta, concepción del artículo, análisis primario y secundario de los datos, redacción inicial del artículo, revisión final del artículo, presentación.
- 2 – Roseane Bittencourt Tavares: colecta de datos en campo, preparación de bancos de datos, análisis primario de los datos, levantamiento bibliográfico y redacción del artículo.
- 3 – Yamila Comes: desarrollo de la metodología de la encuesta, descripción de la metodología de la encuesta en el artículo, traducción del resumen al español y apoyo en la redacción del artículo.
- 4 – Lucélia Luis Pereira: descripción metodológica en el artículo, traducción del resumen al inglés, discusión de los datos, revisión del artículo.
- 5 – Helena Eri Shimizu: análisis de los datos secundarios, redacción de la discusión y revisión del artículo.
- 6 – Edgar Merchan-Hamann: discusión de los resultados, redacción de la discusión, revisión final del artículo.
- 7 – Ximena Pamela Bermúdez: análisis y discusión de los datos secundarios, revisión de la bibliografía, formatación final del artículo.

Referencias

1. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Medida Provisória nº 621/2013. Institui o Programa Mais Médicos; altera as Leis nºs 8.745, de 9/12/1993, e 6.932, de 07/07/1981; e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 10 Jul 2013 [acesso em 13 out 2015]. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_imp.jsessionid=7CD6D0862880808789CE90287211EDB4.node2?idProposicao=584020&ord=1&tp=reduzida.
2. Fernandes CA. Análise do discurso: reflexões introdutórias. 2ª ed.. São Carlos: Claraluz; 2008.
3. Gondim S, Fischer T. O discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. Cad Gestão Soc. 2009; 2(1): 9–26.
4. Fortes PAC. Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global. Saúde Soc. 2015; 24 Supl 1: 152–161.
5. Nogueira MI. A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico. Physis. 2014; 24(3):909–30.
6. Gorry C. Latin American Medical School Class of 2015: exclusive with Cuban-trained US Graduates. MEDICC Rev. 2015; 17(3):7–11.

7. Taylor AL, Dhillon IS. The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of health personnel: the evolution of Global Health Diplomacy. *Glob Health Gov.* 2011; 5(1):1–24.
8. Candice R, George G, Enigbokan O. The benefits of working abroad for British General Practice trainee doctors: the London deanery out of programme experience in South Africa. *BMC Med Educ.* 2015; 15:174. doi: 10.1186/s12909-015-0447-6. PMID: PMC4606846.
9. Hafner M, Moraes M, Marvulo M, Braccialli L, Carvalho M, Gomes R. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Ciênc Saúde Colet.* 2010; 15 Supl 1:1715–24.
10. Shimizu H, Carvalho Junior D. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc Saúde Colet.* 2012; 17(9): 2405–14.
11. Conselho Federal de Medicina. Fiscalização em cerca de mil unidades comprova sucateamento na Atenção Básica [Internet]. CFM. 2 Mar 2015 [citado 21 Abr 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25365:2015-03-02-15-36-16&catid=3.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Características das unidades de saúde [Internet]. In: *Gestão da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. v.1. (Retratos da Atenção Básica – 2012, n.2). [citado 26 Out 2016]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos_ab_2_vol_1.pdf
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Insumos e medicamentos nas unidades básicas de saúde [Internet]. In: *Gestão da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. v.2. (Retratos da Atenção Básica – 2012, n.2). [citado em 26 out 2016]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos_ab_2_vol_2.pdf.
14. Pereira LL, Silva HP, Santos LMP. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. *Rev ABPN.* 2015; 7(16): 28–51.
15. Scheffer M, coordenador. *Demografia Médica no Brasil 2015*. São Paulo; 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina.
16. Ribeiro RC. Programa Mais Médico – um equívoco conceitual. *Cienc Saude Colet.* 2015; 20(2):421–4.
17. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2015; 20(11): 3547–52.
18. TCU. Relatório de Auditoria Operacional no Programa Mais Médicos entre junho de 2013 e março de 2014. GRUPO I – CLASSE V – Plenário TC nº 005.391/2014–8 [internet]; 2014 [citado 20 Mar 2016]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/pdfs/TCU_Mais_Medicos.pdf.
19. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(54):623–34.

20. Dolea C, Stormont L, Braichet J. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. Bull World Health Organ. 2010; 88(5):379–85.

Translated by Grant Borowik