

## Inmersión en la realidad: el Sistema Brasileño de Salud y la organización del Programa Más Médicos en São Paulo, Brasil

Vinícius Pena de Alencar<sup>(a)</sup>  
Maria Sortênia Alves Guimarães<sup>(b)</sup>  
Talita Buttarello Mucari<sup>(c)</sup>

(a) Programa Saúde da Família Carlos Aldrovandi. Avenida Ângelo Bertelli Netto, 1000. Núcleo Residencial Professor Carlos Aldrovandi. Indaiatuba, SP, Brasil. 13.337-149. [viniciuspna1@gmail.com](mailto:viniciuspna1@gmail.com)

(b) Núcleo de Estudos da Saúde do Tocantins, Universidade Federal do Tocantins (UFT). Palmas, TO, Brasil. [msortenia@uft.edu.br](mailto:msortenia@uft.edu.br) (c) Curso de graduação em Medicina, Universidade Federal do Tocantins (UFT). Palmas, TO, Brasil. [tmucari@mail.uft.edu.br](mailto:tmucari@mail.uft.edu.br)

Desde 2003, el VER-SUS ha proporcionado a universitarios la oportunidad de vivir la realidad del Sistema Brasileño de Salud. Con esta finalidad, surge la experiencia en cuestión, ocurrida en el ámbito del Programa Más Médicos, envolviendo a su organización en la realidad del sistema de salud brasileño. Para tanto, un grupo formado por estudiantes de varias áreas de la salud estuvo durante siete días en ambientes de planificación y realización del programa en el Estado de São Paulo. Las actividades realizadas incluyeron participación en reuniones, visita a unidades de salud, evaluación sobre la implementación del programa y espacios para debate. De esa forma, se relata la experiencia bajo la perspectiva de un académico que participó de la vivencia, en una narrativa cronológica y reflexiva con fundamentaciones teóricas inseridas en el contexto de cada cuestión abordada.

Palabras clave: Programa Más Médicos. SUS. VER-SUS.

### Introducción

Creado en su primera versión de proyecto nacional en 2003, el VER-SUS (Vivencias y Pasantías en la Realidad del Sistema Único de Salud, siglas conforme su denominación en portugués) se construyó con la participación de representaciones estudiantiles de cursos de graduación en el área de Salud, juntamente con el Ministerio de la Salud, en alianza con la Red Unida y diversas otras entidades. Las pasantías y vivencias se caracterizan por permitir el contacto directo de estudiantes con la realidad del Sistema Brasileño de Salud (SUS), induciéndolos a la reflexión sobre lo observado. Todo este proceso se desarrolla en un formato de inmersión, en el cual el grupo de estudiantes convive durante un período de siete a quince días dentro del mismo espacio físico, con la expectativa de que la convivencia diaria origine diálogos e imprima una marca fundamental a la vivencia. Para ello, se utilizan métodos activos de enseñanza y aprendizaje, auxiliados por la figura del facilitador, estudiante calificado por una experiencia previa en pasantía o vivencia. De esta forma, el VER-SUS figura como herramienta de estímulo para la formación de profesionales comprometidos con los principios y directrices del SUS, capaces de actuar como agentes transformadores de la sociedad<sup>1</sup>.

La construcción del proceso de vivencia se realiza a partir de una convocatoria para la presentación de proyectos realizada por la Red Unida, asociación de alcance nacional, responsable por la secretaría ejecutiva del proyecto VER/SUS/Brasil. La entidad publica semestralmente procesos de selección cuyo objetivo es la formulación de proyectos y proponen la realización de seminarios, talleres y vivencias con temas centrales del VER-SUS en sus perspectivas de educación permanente en salud. Después de la presentación de los proyectos por entidades de los estados, municipios y comisiones organizadoras ya establecidas, hay una selección de las propuestas, seguida por la divulgación de los locales que recibirán la financiación para la realización de sus proyectos.

Con el objetivo de incluir las cuestiones de salud pública más relevantes en la actualidad, el VER-SUS ha dirigido sus temáticas a las políticas de salud de mayor impacto sobre la población. Entre estas acciones, la provisión médica en Brasil ha sido el principal enfoque de discusiones en los últimos años. Sin embargo, antes de entrar en esta discusión y de abordar la necesidad de la importación de profesionales del área médica, es necesario que se entienda el contexto de la creación de un programa de provisión médica en el país.

Históricamente, Brasil ha sufrido con la carencia de profesionales del área médica en regiones periféricas y de extrema pobreza. Tal factor, aliado a la condición de vulnerabilidad de las poblaciones residentes en estas áreas, ya sean poblaciones instaladas en aglomerados urbanos o comunidades aisladas en zonas inhóspitas del país, eleva de forma exponencial los factores de riesgo a la salud de estos pueblos.

En dirección opuesta a lo observado en estas regiones, se verifica a cada década un crecimiento de la razón médico por habitante en Brasil. En 1980, ella era de 1,5 médico por mil habitantes, siguiendo una tendencia de elevación continua hasta llegar a dos profesionales para cada mil individuos en 2012, representando un aumento del 73,92% en la proporción de médicos por habitante en el país<sup>2</sup>. Toda esta situación es resultado de una compleja configuración en donde se entrelazan cuestiones referentes a la formación que acumulan todavía los reflejos de un pasado reciente. En él, encontramos los procesos de enseñanza enfocados en los servicios hospitalarios, con una forma frágil de integración que induce a una formación fragmentada cuyos procesos incentivan básicamente la especialización<sup>3</sup>.

La temática de la conciliación entre actividades de enseñanza en el área de la salud y el servicio envuelve tanto la gestión del trabajo como de la educación, abordándose inicialmente con el análisis del trabajo médico como mano de obra, enfocado en la diversificación de las especializaciones, dentro del ambiente hospitalario. En este contexto, se observa una fragmentación creciente en la formación médica, llevando a la concepción del profesional como un mero recurso a

ser administrado. Lo que ocurre es que con el aumento de la cantidad de puestos de trabajo, debido a la expansión de la cobertura en atención básica, surge la necesidad de estrategias cuyo objetivo sea la provisión y fijación de profesionales en estos puestos, como la mejora del proceso de formación de ellos.

Es en este escenario que surge el Programa Más Médicos (PMM), instituido por la Ley 12.871 del 22 de octubre de 2013, con la finalidad de formar recursos humanos en el área médica para el SUS y disminuir la carencia de profesionales en las regiones prioritarias, con el objetivo de reducir las desigualdades regionales en el área de la salud<sup>4</sup>. El programa se estructuró en tres ejes de acción: inversión en la mejora de la infraestructura de la red de salud, ampliación y reformas educativas de los cursos de graduación en medicina y residencia médica en el país y provisión en carácter de emergencia de médicos en áreas vulnerables<sup>5</sup>.

Desde su creación, el PMM ha obtenido dimensión suficiente para atender una parte considerable de la demanda de profesionales médicos en los municipios brasileños. En menos de un año, el programa reclutó y asignó 14.462 médicos en 3.785 municipios. Gran parte de estos profesionales se obtuvo mediante una alianza entre el Ministerio de la Salud de Brasil y la Organización Panamericana de la Salud (OPAS) que intermedió un convenio con el gobierno de Cuba, permitiendo la llegada de médicos de ese país para trabajar en Brasil<sup>5</sup>. Transcurridos dos años desde su creación, el programa cuenta con aproximadamente 18.000 médicos actuando en más de 4.000 municipios brasileños. En el Estado de São Paulo, el aumento del número de médicos después de la implantación del PMM, correspondió al 14,1% hasta junio de 2015<sup>6</sup>.

Considerada la dimensión alcanzada por el PMM en lo que se refiere al contingente destinado a la prestación de asistencia básica en salud, es de gran relevancia la inserción de ambientes relacionados a la realización del programa en el campo de acción del VER-SUS. Tal integración, comporta no solo la unión entre la

atmósfera de enseñanza y el espacio de ejercicio de las funciones, sino que también propicia una visión ampliada sobre lo que envuelve un sistema de salud complejo.

Para atender tales preceptos, la vivencia tuvo el objetivo de proporcionarles a los estudiantes un contacto directo con la realidad del sistema de salud en el dominio de la atención básica y permitir el conocimiento de la forma de organización de un programa de provisión médica, desde su planificación hasta su ejecución.

### **Método de construcción de la vivencia**

Al final del proceso selectivo determinado por la llamada Red Unida y con la aprobación de las propuestas, se pasa a la implementación de las vivencias. Este procedimiento envuelve comisiones locales compuestas por docentes, gestores, profesionales de la salud y representantes de movimientos sociales que articulan la organización del proyecto en conjunto con diversos órganos de aquella localidad, manteniendo un diálogo constante con la coordinación nacional del VER-SUS<sup>7</sup>.

De la misma forma, a partir de la convocatoria de verano 2016.1, surgió la vivencia en cuestión, titulada "Más Atención Básica para el Estado de São Paulo", publicada bajo un documento de referencia propia, similar a un pliego de condiciones en la plataforma del Observatorio de Tecnologías en Información y Comunicación en Sistemas y Servicios de Salud (OTICS). Por medio de la plataforma, cualquier estudiante del área de la salud del país puede efectuar su inscripción para participar de la vivencia. El grupo de participantes (participantes y facilitadores) fue seleccionado por la comisión organizadora mediante un análisis previo de una redacción y un archivo en audio o video grabado por cada estudiante.

Después de la selección, se formó un grupo de diez estudiantes (ocho participantes y dos facilitadores) de diversas áreas de formación, entre ellas: enfermería, farmacia, fisioterapia, medicina, salud pública y psicología. Para dar apoyo a los participantes se designó una comisión organizadora, compuesta por referencias

del Ministerio de la Salud y apoyadores del Ministerio de la Educación, responsable por el monitoreo del PMM y por dar apoyo a la calificación de la atención básica en el Estado de São Paulo.

Realizada entre los días 15 y 22 de febrero de 2016, en los municipios de São Paulo, Embu-Guaçu, Limeira y Sorocaba, la vivencia se realizó en el ámbito del Programa Más Médicos del gobierno federal, bajo la forma de inmersión vivencial, teórica y práctica, dentro del sistema de salud local. Las actividades realizadas incluyeron participación en reuniones de planificación con gestores, visita a unidades de salud, rondas de conversación con equipos de salud, así como evaluación local sobre la implementación del programa, con apertura de espacios para discutir y analizar las estrategias del PMM en la esfera de los estados. Se propuso como forma de integración la convivencia diaria entre los participantes en el mismo ambiente, con el objetivo de incentivar que cada individuo compartiera las reflexiones sobre el momento vivido, para la construcción de un saber colectivo.

El relato que sigue describe toda esta experiencia, realizándose bajo la perspectiva de un académico del curso de Medicina de la Universidad Federal de Tocantins (UFT), seleccionado como participante de la vivencia en la referida edición del VER-SUS. La narrativa se desarrollará de manera cronológica y reflexiva. Se inserirán fundamentaciones teóricas en el contexto de cada cuestión abordada con la debida orientación de profesoras que componen el cuerpo docente de la UFT.

## **Relato de la vivencia y reflexiones**

### **Primer día**

El período de vivencia se inició con la recepción de los participantes por parte de la comisión organizadora en el Núcleo Estadual del Ministerio de la Salud (NEMS). Después de la debida acogida, se abrió una ronda de conversación con profesionales

de la atención básica y del PMM del Estado de São Paulo. En este primer momento, se expuso el contexto de creación del Más Médicos, como forma de atender a una gran demanda de médicos en la atención básica, impulsado por un movimiento municipalista que contó con alcaldes de diversas localidades.

El referido movimiento surgió en enero de 2013, en el Encuentro Nacional de Alcaldes, realizado en Brasilia, cuando el Frente Nacional de Alcaldes creó la campaña “¿Dónde está el Médico?”. Entre las reivindicaciones, hubo la exigencia de medida del gobierno federal en la provisión de médicos para los municipios con la propuesta de flexibilizar las reglas para la contratación de médicos extranjeros dispuestos a actuar en la atención básica. La justificativa dada por el gobierno federal para la atención de la exigencia se basó en la proporción de médicos por habitantes en Brasil comparada a la de otros países, además de la mala distribución de estos profesionales por el territorio nacional<sup>8</sup>.

Posiblemente, el mayor argumento favorable a la creación de un programa de provisión médica en Brasil en aquel momento habría sido la desigualdad en la distribución de los profesionales. Esto reforzado por otra estadística, que señalaba un número de médicos por habitante inferior al de otros países del globo e incluso de algunas naciones de América del Sur, como Argentina<sup>8</sup>. No obstante, debemos subrayar que hay gran concentración de médicos en determinadas regiones brasileñas, incluso en el propio estado de São Paulo. Por otro lado, incluso con la presumible elevación de la competencia por campos de trabajo en estas localidades, la oferta de plazas en las regiones con escasez de profesionales no había sido suficiente para atraer a médicos dispuestos a comprometerse con la atención básica, sea por la falta de estructura de estos puestos de trabajo o por cuestiones meramente financieras.

## **Segundo día**

Con una mirada puesta en el territorio, el segundo día de vivencia hizo posible conocer un poco la realidad de la atención básica de Embu-Guaçu, ciudad localizada a 48 Km de la capital, con una población estimada en 67 mil habitantes, contando con 18 plazas autorizadas para médicos del programa. Un equipo de la Secretaría Municipal de Salud local expuso un breve historial de las dificultades vividas en su sistema de salud antes de la implementación del PMM, señalando las mejoras observadas hasta aquel momento.

El municipio, que antes contaba con tan solo cuatro Unidades Básicas de Salud (UBS), obtuvo una ampliación para trece establecimientos, por medio de subsidios del gobierno federal previstos por la ley del PMM. La asistencia farmacéutica que inicialmente se prestaba de forma descentralizada, pasó a efectuar la entrega de medicamentos en una farmacia central, debido a la dificultad de la gestión local de contar con un farmacéutico por unidad.

La ley del PMM determinó un plazo de cinco años para dotar a las Unidades Básicas de Salud con calidad en equipos e infraestructura, triplicando el presupuesto ya existente en el Programa de Recalificación de las UBS que define la asignación de recursos a los municipios, conforme la presentación de propuestas vinculadas a la infraestructura y a la modernización de las unidades. Con esta medida, fueron más de R\$ 5.000 millones invertidos por el Ministerio de la Salud para esta finalidad<sup>6</sup>.

Por tratarse de un municipio extremadamente pobre, Embu-Guaçu se valió de la oferta propiciada por el programa gubernamental que previó la ampliación de la red de atención básica de las entidades federativas adherentes. No obstante, queda claro que las acciones de salud de la gestión municipal anteriores al programa se mostraron insuficientes. La propia forma de organización de la cartera administrativa, con frecuentes exoneraciones, no permitió una continuidad del trabajo, puesto que es sabido que a cada nueva jefatura, muchas veces parte de la plantilla de empleados se modifica, llevando al abandono de ideas previas y retorno al punto de partida.

Queda claro que la distribución, la provisión y la fijación de profesionales de salud en una región tiene una relación inversamente proporcional a la condición de salud de su población. En la ciudad de São Paulo, por ejemplo, hay regiones con alta concentración de médicos y otras en donde la proporción médico por habitante es equiparable a la de áreas remotas. Se sabe que la precariedad de vínculo también es una cuestión inherente a la dificultad en la provisión de médicos en determinadas áreas. Ella proviene de la forma de contratación realizada por el gestor municipal, de los sueldos ofrecidos y de las malas condiciones de trabajo, resultando en la rotación de profesionales en los puestos de trabajo en lugar de en su fijación<sup>3</sup>.

Con el objetivo de conocer mejor la forma de realización del PMM en Embu-Guaçu, se realizó una experiencia de campo en una UBS del municipio, responsable por atender a usuarios del barrio y a una parte de la zona rural adyacente. La gerencia presentó toda la estructura de la UBS, actividad seguida por una conversación con el equipo de salud de la familia, también compuesto por una médica cubana del PMM que actúa en la unidad.

Se verificó que la UBS tiene una buena estructura física y recursos materiales para la atención a la población, contando incluso con un consultorio odontológico bien instalado. Los espacios son adecuados para la realización de la recepción, clasificación, consulta y realización de procedimientos. En la conversación con el equipo se detectó una contradicción, al constatar que parte de lo que se afirmó en la reunión con la gestión municipal no estaba de acuerdo con la realidad de la asistencia. Algunos profesionales de la UBS relataron la dificultad de la mayoría de los usuarios para adquirir los medicamentos recetados, debido a la distancia entre sus residencias y la farmacia central.

### **Tercer día**

En ese momento hubo la apertura de un espacio para que participantes y facilitadores tomaran parte en dos reuniones con la comisión de coordinación del estado del PMM en el Estado de São Paulo. El enfoque de los encuentros fue la planificación del trabajo en el programa y el desarrollo del apoyo institucional y matricial. Para entender la finalidad de las discusiones envueltas en aquella oportunidad, es necesario saber primeramente cómo se constituyen las comisiones del estatales y conocer el papel desempeñado por las figuras de tutoría y supervisión del programa.

A partir de una coordinación ministerial del PMM, compuesta por tres representantes del Ministerio de la Salud y por otros tres del Ministerio de la Educación, se instituyen las comisiones estatales, formadas por representantes del Ministerio de la Salud, Secretaría Estatal de Salud, Consejo de Secretarios Municipales de Salud (COSEMS) e instituciones supervisoras. La incumbencia de estas comisiones es coordinar, orientar y realizar las actividades necesarias para la puesta en práctica del programa en su Estado. Para que esta tarea sea posible hay dos agentes fundamentales: el supervisor (médico responsable por la supervisión continua del profesional participante) y el tutor académico (docente del área médica responsable por la orientación educativa y por la planificación de las actividades del supervisor). Ambos agentes están vinculados a instituciones públicas de enseñanza superior, escuelas de salud pública o entidades privada participantes del programa<sup>9</sup>.

Durante la reunión, algunos supervisores explicaron que la función desempeñada por el supervisor ante el médico del programa no es de fiscalización sino de orientación. Por lo tanto, cabe a este agente suministrar el debido apoyo técnico dentro de la planificación determinada por un tutor y acompañar el curso del trabajo desarrollado por el profesional en el municipio. Es de importancia fundamental esta proximidad entre instituciones de enseñanza y médicos que actúan en el programa. El soporte ofrecido permite la mejora de la prestación del servicio y la calificación del profesional en el propio ambiente de trabajo.

La inserción de acciones de educación permanente figura como estrategia importante para poner punto final a la oposición existente entre enseñanza y servicio, con el objetivo de la mejora del modelo de atención a la salud de la población. Un factor extraordinario de cambio de las prácticas y del cuidado en salud puede observarse en el mantenimiento de la propuesta de supervisión con el apoyo a los equipos, de forma multiprofesional y cooperativa. Por lo tanto, el principal desafío en esta área sería el mantenimiento del diálogo sobre los modelos de formación profesional a construir, definiendo un estándar de regulación de la gestión del trabajo y de la educación para Brasil<sup>8</sup>.

#### **Cuarto día**

El cuarto día de vivencia tuvo lugar en el municipio de Limeira, donde fue posible conocer una realidad distinta en la administración de la salud pública. Con aproximadamente 294 mil habitantes y localizado a 143 Km. de la capital, Limeira es uno de los municipios con mayor número de profesionales adquiridos vía PMM en el Estado de São Paulo, contando con 57 plazas autorizadas para médicos del programa. En la ocasión, el grupo de participantes del VER-SUS fue recibido por gestores locales, momento en el que se ilustraron las dificultades que enfrentaba la administración municipal para fijar médicos en las UBS antes de la implementación del PMM. También se subrayó que la referida condición perduró durante muchos años, incluso tratándose de una ciudad con fuerte actividad económica, establecida en la agricultura, la industria y el comercio, con un elevado Índice de Desarrollo Humano (IDH). El municipio pretende mantener este contingente de médicos del programa, puesto que sus gestores creen que, sin el programa, no sería posible mantener la asistencia.

En este contexto, debemos destacar los criterios definidos para que un municipio reciba profesionales del PMM. Los mismos se basan en perfiles, delimitados por parámetros que incluyen: porcentaje de la población local en situación de extrema

pobreza, bajo nivel de ingreso público *per cápita*, alta vulnerabilidad social y localización en área de actuación de Distrito Sanitario Especial Indígena<sup>5</sup>.

Se observa una discrepancia en la proporción de médicos del programa que actúan en Limeira, cuando se compara a la de municipios más pobres. Para tal hecho, la explicación dada fue que algunos de los municipios inicialmente adheridos al programa, desistieron o se negaron a recibir profesionales extranjeros, haciendo con que ellos fueran designados para actuar en Limeira, mediante plena concordancia de la gestión municipal.

Desde la municipalidad, el grupo fue llevado por el equipo del programa Salud Sobre Ruedas a un asentamiento rural localizado en las inmediaciones de Limeira. Se trata de un área de aproximadamente 700 hectáreas, ocupada por familias del Movimiento de los Trabajadores Rurales sin Tierra (MST). Al llegar al local, la recepción la realizó una moradora del asentamiento que se dispuso a mostrar las instalaciones de la pequeña escuela de alfabetización construida por los asentados, además de contar un poco sobre los problemas de salud que enfrentaban.

El grupo del VER-SUS también fue autorizado a acompañar una visita a domicilio dentro del asentamiento. El equipo estaba formado por una profesional del área de enfermería, una asistente social, una agente comunitaria de salud y una médica del PMM procedente de Cuba. Durante la visita, se observaba una cierta dificultad de comunicación entre la médica y el paciente, llegando a ser necesaria algunas veces la mediación de uno de los miembros del equipo. Esta dificultad tal vez sea debido no solo al lenguaje, sino por el hecho de tratarse de un individuo anciano y con un cierto déficit auditivo. El paciente tenía un diagnóstico de insuficiencia venosa, con lesiones en miembros inferiores. Fue debidamente examinado por la médica y recibió algunas recomendaciones. La visita terminó con orientaciones sobre los cuidados generales con la herida, sin necesidad de prescripción de un medicamento específico.

Con la implantación del PMM se reforzó la discusión sobre la provisión de médicos para actuar en zonas rurales y remotas de Brasil. A pesar de las divergencias envueltas en este debate, existe el consenso de que la desigualdad de distribución de médicos en las diferentes regiones del país contribuye para el denominado desfase rural-urbano en la oferta de médicos. Para que haya una estructuración del sistema de salud en áreas rurales, es necesaria la formación de profesionales capacitados para actuar en esas localidades. Tal proceso envuelve la modificación de la enseñanza médica en su currículum y la descentralización de la formación en salud, con medidas cuyo objetivo sea facilitar el acceso de estudiantes del interior a los cursos. El perfeccionamiento de programas de residencia en Medicina de Familia y Comunidad, también es un rumbo a seguir en la especialización de especialistas resolutivos en el manejo de los problemas más frecuentes observados en áreas rurales<sup>10</sup>.

### **Quinto día**

En un encuentro de supervisión regional in situ del PMM, realizado en Sorocaba, el grupo del VER-SUS se colocó al lado de tutores, supervisores y coordinación de residencias en salud, además de médicos del programa que actúan en municipios de la región del Valle del Ribeira en el Estado de São Paulo. En la ocasión, se dictaron conferencias y se realizaron presentaciones de protocolos de conductas en el prenatal y de enfermedades sexualmente transmisibles, enfocadas en los profesionales que actúan en el Más Médicos. Las presentaciones tuvieron un carácter esencialmente técnico, bajo la forma de clases dictadas con el auxilio de diapositivas.

Esta determinación de protocolos de asistencia médica, específicos para cada situación clínica, ayuda bastante al profesional en el momento de definir su conducta. No obstante, ni siempre lo que es determinado por los innumerables diagramas de flujo y algoritmos puestos a disposición está de acuerdo con la real disponibilidad del sistema. Otras veces, la imposición de estas medidas minimiza la autonomía del

profesional para establecer su propio plan terapéutico, con base en las evidencias que observa diariamente.

Después de las presentaciones, comenzó una conversación con los apoyadores del programa con relación al trabajo desarrollado en el soporte educativo proporcionado a los médicos que actúan en los municipios del Valle del Ribeira. Esta oportunidad hizo posible que el grupo se profundizase en el conocimiento sobre la forma de actuación de tutores y supervisores en el desempeño de sus funciones. No obstante, lo más interesante de esta conversación fue oír el relato de algunos supervisores sobre las características de algunos locales de actuación de los médicos del programa. Uno de ellos, Cananéia, municipio del litoral sur del Estado de São Paulo, con poco más de 12 mil habitantes, en donde hay villas de pescadores distantes de la ciudad y que exigían el desplazamiento del médico en barco con recorridos de hasta dos horas, para que fuera posible la atención a las comunidades costeras denominadas “caiçaras”.

Las acciones de educación permanente se caracterizan por la integración enseñanza-servicio y su objetivo es contribuir, apoyar y orientar al profesional para su calificación y la mejora del servicio prestado. Las ofertas educativas las realizan instituciones públicas de enseñanza superior que integran la Universidad Abierta del SUS (UNA-SUS) y por actividades educativas ofrecidas por instituciones supervisoras que adhirieron al proyecto. Los médicos del programa también cuentan con apoyo clínico y pedagógico de la Red Telesalud Brasil, el acceso ilimitado al Portal Salud Basado en Evidencias y a la comunidad de Prácticas, una red colaborativa que permite que estos médicos dialoguen y realicen intercambios de experiencias con profesionales de salud de diversas profesiones y localidades<sup>6</sup>.

## Sexto día

En ese día se realizó una visita a una unidad de salud mixta, localizada en la zona norte de la ciudad de São Paulo. Se trata de un establecimiento de salud compuesto por una UBS y una unidad de Asistencia Médica Ambulatoria (AMA), instaladas dentro de una misma estructura física. En el piso de arriba funciona la UBS y en el de abajo la AMA. A su llegada, el grupo del VER-SUS recibió una invitación para conocer a algunos líderes comunitarios que participan en la organización de la asistencia local.

Durante la conversación con los líderes comunitarios fue posible verificar hasta qué punto la historia de construcción y lucha por la mejora del servicio de salud es similar a los movimientos que llevaron a la creación del SUS. Los relatos de las innumerables dificultades enfrentadas en el pasado y las barreras todavía existentes que impiden la mejora del servicio proporcionaron a la conversación un tono de desahogo en algunos momentos. Una señora mayor, integrante de este grupo, acusó el desgaste impuesto en el transcurso de todo el proceso y dijo que había perdido las esperanzas debido a la falta de interés de los más jóvenes en continuar la lucha.

La participación popular en la gestión de la salud está prevista en la Constitución Federal que destaca la directriz de participación de la comunidad en la construcción del SUS, manifestada por la acción de los ciudadanos que participan activamente en la formulación de políticas, interviniendo en decisiones y orientando a la administración pública en lo que se refiere a las mejores medidas a adoptar. Sus principales herramientas son los Consejos y Conferencias de Salud, espacios destinados al ejercicio del denominado control social sobre la implementación de las políticas de salud. Aunque está prevista en ley, la participación social es un proceso en permanente construcción y que depende de la amplia movilización de la comunidad en la defensa de sus derechos. Por lo tanto, para que la democracia participativa sea efectiva en la práctica es necesario proporcionar condiciones que permitan que la sociedad civil pase a ser protagonista en este proceso<sup>11</sup>.

## **Séptimo día**

La comisión organizadora definió para este último día de actividades la formulación de componentes teóricos y reflexivos del proceso de vivencia, con la dinámica de los conceptos a partir de lo experimentado. Para realizar la tarea, participantes y facilitadores definieron una forma dinámica de exponer libremente sus impresiones sobre la vivencia. El grupo de estudiantes optó por la idea de construir una especie de buzón en el cual se depositarían respuestas a las siguientes preguntas: ¿Cómo llegué? ¿Cómo estuve? ¿Como iré? Este tipo de reflexión (retrospectiva, de estado actual y de perspectiva) permitió demostrar la evolución de pensamientos a partir de la denominada “inmersión” en el proceso de vivencia.

Una vez confeccionado el buzón y depositadas las ideas de cada miembro, el grupo se dirigió al encuentro con la comisión organizadora en la sede del NEMS. Hubo un agradecimiento inicial a toda la comisión por la realización de la vivencia, seguido por la abertura de la urna para la verificación de las ideas. En este momento, cada organizador tomó un papel depositado y lo leyó en voz alta para los demás. Varias de las opiniones planteadas por los estudiantes coincidieron y se basaron en el ideal de lucha por la mejora de la salud pública en el país. El cierre de las actividades se realizó con la evaluación de la vivencia por los participantes, por medio del intercambio de percepciones y subjetividades.

## **Consideraciones finales**

El modelo de formación profesional con base en vivencias y prácticas en el cotidiano de los servicios proporcionado por el VER-SUS sale al encuentro del principio de la educación permanente en salud, planteando espacios y temas que llevan al autoanálisis y a la modificación de la realidad. Su fuga del modelo tradicional de capacitación se basa en la formación de vínculos y sensibilización al tema, mediante

un proceso de aprendizaje significativo y de forma participativa, incluyendo la horizontalidad en la construcción del saber. Las diferentes realidades presentadas en el proceso de vivencia, incluyen las diversidades y especificidades de grupos poblacionales existentes en el país<sup>11</sup>.

La apertura de los campos de vivencia en esa edición del VER-SUS proporcionó a sus participantes la profundización de conocimientos sobre la forma de organización del programa Más Médicos, desde su proyecto inicial hasta su puesta en práctica. Se percibió con la articulación del programa con la gestión en salud de los municipios que el desafío mayor reside en la comprensión de la realidad local por parte de los gestores y en la capacidad de enfrentamiento de los problemas existentes.

Por otro lado, fue posible constatar durante la experiencia que, a pesar de la amplia dimensión alcanzada por el PMM en su provisión, el sistema de salud brasileño todavía necesita reformulaciones. Tales reformas demandan no solo recursos humanos, sino también estructura y organización, puntos fundamentales para que se sustente la calidad en la asistencia a la salud.

Con la vivencia, también fue posible verificar que una de las mayores dificultades a superar después del programa será la fijación de los médicos en las regiones actualmente atendidas por el PMM. Considerando el aumento del número de profesionales graduados en medicina en Brasil, para la resolución de este problema la atención deberá enfocarse en la calidad de la enseñanza médica con énfasis en las necesidades reales del país, modificando el enfoque del programa de la adquisición de más médicos, para el de mejores médicos.

Instituido en un contexto de emergencia motivado por las condiciones precarias de acceso a la salud de una considerable parte de la población brasileña, el PMM ha mostrado su importancia al proporcionar asistencia a quien más la necesita. No obstante, todavía hay muchos obstáculos a superar, siendo que algunos superan su dominio, exigiendo la movilización de la sociedad para la mejora del sistema de salud como un todo.

El proceso de inmersión desarrollado en el transcurso de la vivencia permitió la ampliación de conceptos a partir de ambientes de trabajo, llevando a puntos de vista que hicieron posible la comprensión de la realidad que envuelve el SUS. De esta forma, el VER-SUS nuevamente se plantea como instrumento de gran valor en el auxilio a la formación de profesionales capaces de modificar el panorama de la salud pública en el país.

### **Colaboradores**

Todos los autores participaron activamente de las etapas de producción del manuscrito, habiendo sido responsable el autor principal por la producción del manuscrito y habiendo participado las coautoras activamente de la discusión de los resultados, de la revisión y de la aprobación de la versión final del trabajo.

### **Referencias**

1. Ferla AA, Ramos AS, Leal MB, Carvalho MS. Caderno de textos do VER-SUS/Brasil. Porto Alegre: Rede Unida; 2013.
2. Scheffer M, Cassenote A, Biancarelli A. Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: CFM; 2013.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas de maior vulnerabilidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
5. 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.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
7. Ferla AA, Dall’Alba R, Andres B, Leal MB, Barnart F, Assimos R, et al. Vivências e estágios na realidade do SUS: educação permanente em saúde e aprendizagem de uma saúde que requer integralidade e trabalho em redes colaborativas. RECIIS (Rio de Janeiro). 2013; 7(4):32-43.
8. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos. Interface (Botucatu). 2013; 17(47):913-26.

9. Portaria interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União. 8 Jul 2013.

10. Duncan MS, Targa LV. Médicos para atenção primária em regiões rurais e remotas no Brasil: situação atual e perspectivas. RBMFC (Rio de Janeiro). 2014; 9(32):233–34.

11. Rolim LB, Cruz RS, Sampaio KJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saúde em Debate (Rio de Janeiro). 2013; 37(96):139–47.

Traducido por Maria Carbajal