

El desafío del Programa Más Médicos para la provisión y garantía de la atención integral de la salud en áreas rurales en la región amazónica, Brasil

Lucélia Luiz Pereira^(a)

Leonor Pacheco^(b)

(a) Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro. SER – ICC Norte, Brasília, DF, Brasil. 70910-900. lucelia@unb.br

(b) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. DF, Brasil. leopac@unb.br

El objetivo de la encuesta fue evaluar cómo se ha implementado el Programa Más Médicos en áreas rurales y la contribución de la provisión de médicos para asegurar atención integral de la salud. Se realizó un estudio en un municipio predominantemente rural en el Estado de Pará, por medio de 42 entrevistas con profesionales, gestores de salud, consejeros y usuarios y las mismas pasaron por análisis de contenido. Los resultados sugieren mejoras en la atención primaria de la salud, como aumento de consultas y ampliación de acceso a los servicios de atención básica ofrecidos, atribuidas a la presencia del médico y a las estrategias más equitativas adoptadas. No obstante, todavía persisten desafíos que hay que enfrentar para asegurar la atención integral de la salud en las zonas rurales y también el mantenimiento del programa y la superación de problemas recurrentes, tales como falta de medicamentos y exámenes, limitaciones en el retorno de los pacientes referidos a otros servicios y fragilidad en la red de atención de la salud.

Palabras clave: Médicos de atención primaria. Áreas rurales. Salud.

Introducción

El derecho de la salud bajo la perspectiva de integralidad de la atención

La salud es un derecho de todos los ciudadanos, reafirmado en la Constitución Federal de 1988 y debe garantizarse de forma integral y universalizada. En Brasil, en 1988 se implantó el Sistema Único de Salud (SUS), con base en los principios de la Reforma Sanitaria, con el objetivo de reorientar el modelo de atención de la salud. De tal forma, se puso en tela de juicio la hegemonía del modelo biomédico de atención que enfatiza los aspectos individuales y biológicos, enfocando la asistencia en la enfermedad.

El SUS, en contraposición, defiende un modelo de atención integral en donde las necesidades de salud de la población se consideran en la planificación de las acciones asistenciales. Además, organiza el sistema con el objetivo de incluir la promoción, prevención, tratamiento y recuperación a partir de la atención primaria, secundaria y terciaria.

La integralidad de la atención, uno de los principios del SUS, puede comprenderse a partir de dos dimensiones o niveles de análisis: la primera se refiere a la organización de la red de servicios de salud, en donde se percibe la necesidad de garantizar acciones articuladas de prevención, promoción, protección y recuperación, tanto en el ámbito individual como en el colectivo, en todos los niveles de complejidad del sistema.

La segunda dimensión se refiere al abordaje adoptado en la relación entre los actores (profesionales y usuarios) tanto en la oferta como en la demanda por los servicios; es decir, está relacionada con el proceso de atención, denotando la comprensión del individuo en su totalidad, garantizando un abordaje bio-sico-social^{1,2}.

Algunos autores amplían el concepto de integralidad, considerando además de la organización de los servicios y comprensión del individuo, los atributos sobre el campo político³, garantía de equidad, con tratamiento diferenciado para usuarios en situación desigual y enfoque de la atención en el individuo⁴.

Para Ferreira⁵, la implementación de un sistema de salud integral depende de la relación entre otros principios del SUS tales como universalidad, equidad y garantía del acceso. La universalidad expresa la idea de que el Estado debe proporcionar atención a toda la población.

De la misma forma que la integralidad, el acceso también es objeto de debates, pudiendo limitarse a la oferta de servicios de salud a la población, o abarcar también la

utilización y la calidad de la atención en el proceso de cuidado, así como si las respuestas dadas por el servicio son adecuadas a las necesidades presentadas por la población, considerando el tiempo, el espacio y la distancia⁶.

Donabedian considera dos aspectos en la definición de accesibilidad, uno socio-organizacional y el otro geográfico⁷. El primero se refiere a variables que influyen en el acceso de la salud, como condición social, cultural, educativa y económica. El segundo se refiere a la distancia entre el servicio ofrecido y el usuario. Por lo tanto, incluye no solo la disponibilidad de recursos, sino también las características de los servicios y de los recursos, pudiendo potencializar o limitar la utilización de la red por parte de los usuarios⁸.

En relación a la equidad, ella puede entenderse tanto en una perspectiva horizontal, tratamiento igual para personas iguales, y vertical, definida como el tratamiento diferenciado entre individuos desiguales⁷. El principio de la equidad se basa en la idea de justicia social, con el objetivo de reducir las diferencias sociales, a partir de la atención diferenciada para necesidades diferenciadas⁹.

Características de la atención de la salud en áreas rurales

De acuerdo con la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) la atención primaria se configura como la puerta de entrada para el proceso asistencial de salud¹⁰. Sin embargo, en la zona rural se intensifican las desigualdades de acceso a los cuidados primarios de salud debido a las diversas barreras de acceso, relacionadas con cuestiones geográficas, económicas, culturales y organizacionales¹¹⁻¹³.

La población rural depende casi exclusivamente del SUS para la atención de su salud. Debido a la localización geográfica de la UBS y a las barreras económicas y de transporte para el desplazamiento, por lo general los moradores de las zonas rurales buscan servicios de salud más próximos de su residencia, habiendo por lo tanto una búsqueda más frecuente del dispensario de salud localizado en la propia zona rural en donde viven. La búsqueda de la sede del municipio para atención por lo general ocurre cuando faltan profesionales de salud en la UBS o debido a la necesidad de atención especializada.

Varios estudios señalan la dificultad de reclutamiento y fijación de profesionales en el contexto rural, además de la alta rotación de los profesionales en los equipos del PSF¹⁴⁻¹⁶. Hay diversos factores relacionados con la escasez de recursos humanos en esas regiones, destacándose entre ellos la localización geográfica, por ser áreas distantes de los grandes centros y, muchas veces, de difícil acceso.

La población rural brasileña representa el 18,75% de la población total, casi 29,9 millones de personas que residen en aproximadamente 8,1 millones de domicilios siendo que el 46,7% de estas personas están en la línea de la extrema pobreza¹⁷. Se verifica que en el medio rural hay una tendencia a que la población busque los servicios de salud principalmente en casos de enfermedad y no para exámenes de rutina o prevención. Tales datos demuestran las especificidades de esta población y la centralidad del SUS, puesto que presenta tasas menores de cobertura por seguro de salud si se compara a la población residente en áreas urbanas¹⁸.

Considerando las inequidades presentes en el acceso a los servicios de salud por parte de la población del campo, en 2013 el gobierno federal implantó la Política Nacional de Salud Integral de las Poblaciones del Campo y de la Selva con el objetivo de la inserción social y el efectivo derecho de la salud de poblaciones históricamente excluidas del acceso a los servicios de salud¹⁹. La política subraya que la población rural tiene diversas desventajas en relación a la atención de la salud y que necesita, por lo tanto, estrategias diferenciadas para su inclusión.

En ese sentido, la política prevé la promoción de la salud de las poblaciones del campo, de la selva y de las aguas, por medio de acciones e iniciativas que reconozcan las especificidades de género, generación, raza/color, etnia y orientación sexual, con el objetivo de acceso a los servicios de salud, a la reducción de riesgos y agravamientos de la salud provenientes de los procesos de trabajo y de las tecnologías agrícolas y la mejora de los indicadores de salud y calidad de vida¹⁹.

La integralidad de la atención de la salud en las áreas rurales es un desafío a enfrentar puesto que presentan características que comprometen los principios de la universalidad y la equidad en el acceso y en la utilización de los servicios. En esta dirección, en 2013, el gobierno federal implantó el Programa Más Médicos (PMM), con el objetivo de

fortalecer la atención primaria y reducir el déficit de médicos en diversas áreas, entre ellas, las zonas rurales y periferias de los grandes centros^{20,21}. El PMM suple la escasez de la oferta de médicos en la atención primaria de la salud a partir de las medidas siguientes: 1) convocación de médicos para actuar en regiones más necesitadas, en donde hay escasez y ausencia de esos profesionales; 2) oferta de cursos y formación de los médicos, con expansión de plazas de graduación de medicina y residencia médica; 3) inversión en infraestructura y equipos en las Unidades de Salud.

El PMM fue instituido por la Medida provisional n.621, del 08 de julio de 2013 y convertida en la Ley n.12.871/2013, representando un pacto de mejora de la atención a los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS)^{20,21}. Para su actuación en los municipios, los médicos seleccionados por el Programa reciben una beca de diez mil reais (R\$ 10.000) al mes, pagada por el Ministerio de la Salud, siendo el municipio responsable por la provisión de vivienda, alimentación y transporte para la realización de las actividades. El contrato con el médico se realiza por un período de tres años, pudiendo renovarse por el mismo período. Las plazas del PMM pueden ocuparlas tanto médicos graduados en Universidades brasileñas o con diploma revalidado en el país, como por médicos graduados en instituciones de educación superior extranjera. Es importante subrayar que ocurre una secuencia de prioridades en relación a la selección de los médicos.

El objetivo de este trabajo es analizar de qué forma el PMM ha sido implementado en las áreas rurales de un municipio en el Estado de Pará y las contribuciones de los médicos en los equipos del PSF rurales para garantizar la atención de la salud de la población del municipio.

Recorrido metodológico

Se realizó un estudio de carácter cualitativo en un municipio en el Estado de Pará, partiendo de la realización de 42 entrevistas semi-estructuradas con: dieciocho profesionales de los equipos ESF, cinco gestores, cuatro médicos del PMM, un representante del consejo municipal de salud y catorce usuarios. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas.

Los guiones de las entrevistas utilizados para usuarios, médicos, profesionales de las ESF, gestores y consejero buscaron captar las percepciones de los diferentes actores sobre la implementación del PMM y sus contribuciones para mejoras en la atención de la salud. Para ello, se incluyeron preguntas sobre situación de la salud en las comunidades, principales problemas de salud percibidos, oferta de servicios por parte del municipio, evaluación sobre implantación del PMM, así como cambios percibidos después de la actuación de los médicos del programa.

En el caso de los gestores, se optó por realizar entrevistas con profesionales directamente envueltos en la coordinación de las acciones de atención básica, como coordinadores de la atención básica, secretario de salud y asesores. A su vez, los usuarios, médicos y profesionales de las ESF entrevistados se identificaron en las Unidades Básicas de Salud (UBS) en donde se asignaron los médicos del PMM. La elección fue por conveniencia, es decir, los actores estaban en la UBS y fueron invitados a participar en la encuesta. Para la elección del representante del control social, se dio prioridad al presidente del consejo local de salud. Se subraya que las entrevistas se realizaron respetándose las normas éticas de sigilo y anonimato, siendo que el proyecto de investigación se presentó a un Comité de Ética y fue aprobado por él.

En relación al perfil de los profesionales entrevistados, se subraya que se entrevistaron nueve Agentes Comunitarios de Salud, dos enfermeros, dos dentistas, tres técnicos de enfermería y tres auxiliares, siendo que la mayoría (12) cuenta con más de seis años de actuación en el municipio. De los cuatro médicos del PMM entrevistados, tres actuaban en el equipo de ESF desde hacía más de dos años. En el caso de los usuarios, se entrevistaron tres hombres, todos ellos trabajadores rurales, estando uno de ellos jubilado. De las once mujeres usuarias, todas afirmaron que habían sido trabajadoras rurales; sin embargo, solamente tres permanecen en la actividad, cinco son amas de casa y tres vendedoras.

Se adoptó la técnica de análisis de contenido, con enfoque en las etapas, empleada por Bardin²²: pre-análisis, exploración del material, tratamiento e interpretación de los resultados. En la realización de las etapas de análisis, se utilizó como herramienta de apoyo el software Atlas-ti, procediendo de esa forma a la sistematización y categorización de las

informaciones y al análisis a la luz de la literatura, con enfoque en las cuestiones pertinentes al estudio.

Resultados

El municipio en estudio fue fundado en la década de 1990 y está localizado a casi 200 km. de Belém. Tiene una población algo inferior a los 30 mil habitantes que viven mayoritariamente en el área rural (74%), según estimativa del IBGE de 2010. La principal actividad económica es la agricultura. Pero hay otras ocupaciones en el municipio tales como la pesca y la extracción vegetal.

La red de atención primaria de la salud en este municipio está constituida por nueve PSF, siendo tres Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y seis Estrategia de Salud de la Familia – Salud Bucal (ESFSB), un Programa Agente Comunitario de Salud (PACS) urbano y un Núcleo de Apoyo de la Salud de la Familia (NASF). En relación a la actuación del PMM, los cuatro médicos del programa actúan en ESFSB rurales.

Actuación del Programa Más Médicos: cambios y desafíos en la APS en áreas rurales en el estado de Pará

El PMM fue implantado en el municipio en 2013 con la asignación de cuatro médicos de nacionalidad cubana. Fueron designados para actuar en cuatro UBS localizadas en áreas rurales para componer los equipos de Estrategia Salud de la Familia (ESF). Tres UBS forman parte del Programa de Recalificación de las Unidades Básicas de Salud (Recalifica UBS), siendo que dos de las unidades ya se han inaugurado.

Los profesionales de las UBS estudiadas subrayan el desarrollo de acciones de promoción y prevención de agravamientos, tales como: consultas, inmunización, registro y acompañamiento de usuarios portadores de enfermedades crónicas, pre-natal, crecimiento y desarrollo, visitas a domicilio y, con menor frecuencia, actividades en grupo y educativas en la UBS y también en otros espacios como, por ejemplo, escuelas.

De acuerdo con algunos profesionales, antes del PMM, uno de los principales desafíos enfrentados era la continuidad de la atención a los usuarios, principalmente de pacientes con enfermedades crónicas. Según lo relatado por profesionales y usuarios, este problema se redujo con la actuación de los médicos del PMM, tanto por la actuación más presente en la UBS, reduciendo la rotación existente, como por un establecimiento mayor de vínculo con los usuarios:

“Yo pienso, que es un programa muy bueno porque ellos cumplen el horario, antes las personas venían y consideraban el viaje perdido porque no había médico o había muy pocos, faltaban”. (Profesional de salud, PSF 1)

“Antes yo venía hasta aquí, llegaba y siempre me decían que el médico no estaba. Ahora, después que llegó la médica cubana, ella siempre está aquí, ya vine por la mañana, ya vine por la tarde y así yo tengo más ánimo para venir, ¿no es verdad?” (Usuaría, PSF 4)

Por un lado, la presencia de los médicos aumenta la asiduidad de los usuarios del servicio y el acompañamiento de las enfermedades, asegurando un mayor acceso a la atención de la salud. Varios usuarios señalan la importancia de tener atención médica todos los días en el área rural y subrayan el tratamiento diferenciado ofrecido por los médicos cubanos: “Ella atiende bien, es muy amable. Las primeras veces que vine a la consulta yo tenía vergüenza porque ella te mira, quiere conversar, pregunta un montón de cosas. Pero ahora yo creo que es bueno que ella sea así con todo el mundo” (Usuaría, PSF 3).

Por otro lado, esta realidad deja en evidencia la permanencia de un modelo en donde la referencia del cuidado se concentra en la figura del médico. Se verificó la necesidad de una actuación más intensa de los equipos para asegurar una atención calificada. Los usuarios señalaron diversas situaciones de atención por parte de los profesionales que pueden comprometer el establecimiento del vínculo como, por ejemplo, cambio frecuente de enfermeros y dentistas en el área, falta de privacidad y sigilo en las atenciones, acogida inadecuada y descalificación de alternativas terapéuticas adoptadas con base en prácticas culturales como auto-medicación, bendiciones y medicación casera.

El conocimiento de la realidad de los usuarios y de las necesidades de sobrevivencia puede ayudar en la comprensión de los equipos sobre las características del público atendido, buscando formas de no culpar las estrategias utilizadas para la atención, al mismo tiempo que facilita la creación del vínculo, necesario para el fortalecimiento de la perspectiva de promoción de la salud.

En este sentido también se subraya que la creación de vínculo entre usuario y servicio depende además de la confianza establecida con los profesionales, por eso la postura en la atención es crucial. El relato de algunos usuarios sobre la falta de sigilo y privacidad en la atención dificulta esa aproximación, principalmente en momentos que exigen una cierta intimidad/complicidad, a ejemplo del examen de prevención de cáncer de cuello del útero por la mayor exposición de las usuarias.

Por lo tanto, es importante ofrecer una acogida enfocada en las necesidades de salud de los usuarios, considerando características importantes de este grupo, que no siempre son consideradas por los equipos: alta vulnerabilidad socio-económica y situaciones de inseguridad alimenticia, baja escolaridad, realización de actividades laborales vinculadas a la agricultura de subsistencia, exigiendo esfuerzo físico, lo que puede explicar los problemas de columna relatados por diversos usuarios y la situación de vivienda, sin red de alcantarillado, saneamiento básico y agua potable, lo que puede causar diversas enfermedades.

Hay otros tres factores que interfieren en la búsqueda y la continuidad de la utilización de los servicios por parte de los usuarios: el acceso geográfico, fallas en la atención relacionadas con la falta de medicamentos y dificultades en la realización de exámenes y, finalmente, limitaciones de la red de atención especializada. En relación al primer factor, se verificó que gran parte de los usuarios de la UBS que fueron entrevistados viven lejos tanto de la UBS de referencia como de la sede del municipio. Por lo tanto, la barrera geográfica compuesta por la distancia y también por la mala calidad de las carreteras es una realidad de la zona rural, agravada por el hecho de que el transporte colectivo no es frecuente y que la condición financiera de los usuarios ni siempre les permite pagar por el desplazamiento.

Por eso, los médicos entrevistados subrayaron que el conocimiento de la realidad de los usuarios motivó la adopción de estrategias que permiten, a partir de la organización de la agenda, atender las necesidades de los moradores más distantes, lo que refleja una mayor cantidad de atenciones por demanda espontánea o definición de días específicos para atención de moradores de áreas más aisladas, buscando asociarlos a los días en que hay transporte público.

En relación al segundo factor, hubo diversas quejas por parte de los usuarios y profesionales en las entrevistas. Usuarios y profesionales destacan que la falta de medicamentos es una cuestión recurrente en el municipio y que no todos los pacientes tienen condiciones financieras para adquirir la medicación, dejando por lo tanto de realizar el tratamiento adecuado para el control de la enfermedad crónica presentada y prevención de posibles complicaciones.

En lo que se refiere a la realización de exámenes, tanto profesionales como usuarios afirman que hay fallas en la prestación de este servicio. Las usuarias embarazadas, por ejemplo, señalan que muchas veces el municipio no tiene plaza para marcar los exámenes de rutina para acompañamiento del pre-natal, por eso realizan los procedimientos en clínicas particulares. Sin embargo, los profesionales reconocen que la realidad económica de las usuarias limita la utilización de la asistencia particular, dejando por lo tanto de realizar los exámenes en tiempo hábil para la evaluación del desarrollo del niño.

Por fin, la cuestión de la limitada derivación y contra-derivación también puede considerarse un factor que contribuye para reducir la participación de los usuarios en las acciones de los PSF estudiados. Muchas declaraciones de los usuarios subrayan la dificultad de marcar una consulta con especialistas y que algunas veces la utilización de la UBS se configura como un paso burocrático para tener acceso a la red especializada de servicios. Por eso, algunos usuarios no entienden el PSF como una estrategia de promoción de la salud, revelando una creencia cultural de que la atención especializada proporciona una respuesta más eficaz a sus demandas de salud.

“En la atención básica, yo puedo esforzarme para ofrecer una consulta de calidad para el usuario, pero algunas veces necesitareé exámenes complementarios y derivar

a la persona a un especialista y hay veces en que esa continuidad no se realiza”.

(Médico PMM)

No obstante, diversos usuarios señalan una alteración de comprensión a partir de la actuación de los médicos del PMM y la participación en la UBS ya no está solamente motivada por la búsqueda de derivación, sino también por la resolución de problemas que antes se consideraban de la esfera de la atención especializada, no solo por desconocimiento de las atribuciones de la APS como también debido a la falta de médicos para componer los equipos del PSF.

Se percibió una convergencia en las declaraciones de los entrevistados sobre los desafíos para la mejora de la integralidad de la atención de la salud en el municipio, incluyendo tres grupos: 1) falta de estructura (exámenes, medicamentos, transporte y red de derivación y contra-derivación); 2) fallas en el establecimiento de vínculo con los usuarios de forma que la referencia sea el equipo y no solamente el médico, potencializando una atención integral; 3) necesidad de perfeccionamiento de recursos humanos para una mejor actuación de los equipos del PSF, incluyendo el cumplimiento de carga horaria, reducción de la rotación y realización de mapeo del territorio para que la actuación se enfoque en la necesidades de los usuarios, incluyendo las especificidades de las áreas rurales.

En relación a las percepciones de cambios habidos después de la actuación de los médicos del PMM, las respuestas de los entrevistados pueden sistematizarse en tres sub-grupos. Un primer sub-grupo subraya la existencia de una práctica clínica diferenciada. Los entrevistados evaluaron positivamente el programa a partir de elementos tales como forma de acogida y calidad de la atención. Para los usuarios, los médicos cubanos son “más humanos”, puesto que durante la realización de las consultas son amables, dialogan y buscan estrategias para la creación del vínculo.

En el segundo sub-grupo están las cuestiones relacionadas a la permanencia del médico en el PSF. Los entrevistados subrayan que la permanencia en el servicio hace posible la continuidad del cuidado y el acompañamiento de los usuarios por un período más prolongado, lo que permite el conocimiento de las necesidades particulares del público atendido, buscando incluir a usuarios que trabajan en la agricultura por la mañana o que

entonces residen en áreas rurales muy distantes. Tales estrategias contribuyen no solo para la creación de vínculos, sino también para la realización de actividades de mediano plazo que puedan auxiliar en el proceso de promoción de la salud y prevención de agravamientos de la salud, aumentar la capacidad de resolución de las acciones y reducir la búsqueda por servicios hospitalarios.

Finalmente, en el tercer sub-grupo están las respuestas asociadas a la realización de la atención primaria. Para diversos entrevistados, aunque el sistema de salud local todavía tiene una lógica de asistencia medicalizada, la actuación de los médicos del PMM fortaleció la perspectiva de la atención primaria de la salud, a partir de la realización de actividades de educación en salud, planificación de las acciones con el equipo y realización más frecuente de visitas domiciliarias. Este factor diferencial de cuidado ha hecho posible una mayor participación de los usuarios en las actividades del PSF y también una mayor organización de las demandas de atención.

Cuadro 1. Desafíos del Programa Más Médicos según la percepción de los actores clave entrevistados. Pará, 2015.

Desafíos señalados en	Gestores	Profesionales	Médicos	Representante	Usuarios
Reducción de recursos del gobierno federal para	X				
Dificultades en la comunicación con médicos/		X			X
Prejuicio en relación a la			X	X	X
Sostenibilidad del Programa	X	X	X	X	X
Dificultad de que los equipos y gestores reconocieran la importancia del trabajo en			X		

Fuente: Datos colectados en el campo

En lo que se refiere a los desafíos de implementación del PMM se destaca que la preocupación sobre la sostenibilidad del programa fue unánime entre los entrevistados.

Aunque los gestores reconocieron la importancia del PMM para aumentar la asistencia y calidad de la atención de la salud en el municipio, no hubo declaraciones sobre intención de renovación de la adhesión al PMM. Una de las razones que pueden explicar este hecho es el destaque dado por los gestores a la pérdida de recursos financieros ocasionados por los equipos compuestos por médicos del PMM. Los usuarios, a su vez, subrayan que al principio tuvieron dificultades para el entendimiento de la “lengua del médico”, pero que esta dificultad se redujo en el transcurso del tiempo.

Los médicos del PMM destacan como principal desafío la dificultad de comprensión y reconocimiento de profesionales y gestores sobre el trabajo desarrollado por ellos en la atención básica. Los médicos creen que falta una comprensión más profunda por parte del municipio sobre el papel de la atención básica y sobre la importancia del trabajo en red, que debe realizarse no solo en los diferentes niveles asistenciales en la salud, sino que también exige una aproximación con profesionales de diferentes áreas que puedan contribuir para la promoción de la salud.

Otra cuestión subrayada por los médicos es la influencia que provoca la polémica generada alrededor del programa en la evaluación de la actuación de los médicos y en la confianza que la población tiene en el trabajo realizado. Admiten que en el cotidiano enfrentan algunas dificultades relacionadas al prejuicio y a la desconfianza en relación al trabajo desarrollado. Reconocen, sin embargo, que los profesionales, poco a poco, han comprendido la perspectiva de salud y estrategias de trabajo utilizadas con el objetivo de fortalecer la atención primaria municipal.

Discusión

El análisis sobre la implementación del PMM en PSF rurales del Estado de Pará sugiere una mejora en la atención primaria de la salud en estas localidades. Esa mejora ocurrió tanto en relación al aumento de consultas y mejoras en la atención de la salud como en la ampliación del acceso a los servicios ofertados por la UBS a partir de estrategias más equitativas adoptadas en la planificación de las acciones realizadas.

Uno de los desafíos subrayados por los médicos del PMM se relaciona a la concepción limitada de atención primaria y de promoción de la salud que impide una articulación en red en el municipio. Se subraya que la defensa de la concepción ampliada de salud significa comprender que la promoción de la salud envuelve actuación no solo en la política específica, sino también en la articulación sectorial con otras áreas que también tienen efectos sobre la salud²³.

Otro desafío señalado por los médicos del PMM se refiere a la resistencia presentada por algunos profesionales sobre la actuación de médicos cubanos. Una realidad semejante se observó en experiencias similares en otros países²⁴⁻²⁶. Sin embargo, los estudios muestran las contribuciones de los médicos cubanos para la mejora de los servicios de salud en países participantes de la cooperación, incluso en Brasil²⁷⁻³¹. Además, la encuesta identificó que gran parte de los usuarios y profesionales entrevistados evaluaron satisfactoriamente tanto el programa como la actuación de los médicos.

La asignación de médicos en áreas rurales del municipio se evaluó como muy importante llevando en consideración que tales áreas presentaban ausencias recurrentes y alta rotación de esos profesionales en los equipos del PSF.

Es importante añadir que el estudio realizado presenta limitaciones referentes a la definición de la población usuaria participante. La elección de los usuarios ocurrió en las unidades de salud, lo que en alguna medida puede haber influido sobre la evaluación positiva de la implementación del programa y en la satisfacción con la atención de los médicos del PMM, puesto que los entrevistados estaban utilizando el servicio de salud. A pesar de explicitar tal limitación, se subraya que el estudio presenta resultados semejantes a otras investigaciones sobre el PMM que muestran elevada satisfacción de los usuarios y también de profesionales con la implementación Programa^{29,31}.

La mitad de la población mundial viene en áreas rurales y remotas y enfrenta dificultades para el acceso adecuado y equitativo a los cuidados de la salud³². En el caso de la población rural, la cuestión de la escasez de profesionales para trabajar en estas áreas, así como las barreras relacionadas a la distancia de las unidades de salud que dificultan el acceso de la población, se relatan en diversos estudios^{24,33}. Por eso, en general, los médicos

cubanos son asignados en áreas rurales, distantes y remotas, es decir, locales en donde hay dificultades para la provisión de médicos³⁴.

Se observó que la población estudiada vive una acentuada vulnerabilidad social y de salud, debido a las dificultades financieras y también por la inadecuada condición higiénico-sanitaria. Esta es una realidad señalada por otros estudios que abordan las condiciones de habitantes en áreas rurales^{35,36}.

En lo que se refiere a la atención de la salud, los resultados mostraron que hubo avances en la puesta en operación de las prácticas de salud y procesos trabajo. Sin embargo, un fortalecimiento más efectivo depende también de avances en la dimensión organizacional/ gerencial, es decir, reorganización de las acciones y servicios y establecimiento de relaciones entre las unidades de prestación de servicios³⁷. La valorización de la atención básica depende de una combinación de estrategias que pasa por la organización tanto de los procesos de trabajo, como también de la organización de los niveles de complejidad para hacer efectiva la continuidad de la atención.

Los resultados indican que muchos usuarios tienden a valorizar los servicios especializados, enfocados en la utilización de tecnología y consumo de medicamentos³⁷. No obstante, aunque todavía en su inicio, se ha percibido que la UBS ha dejado de ser una etapa burocrática para tener acceso a la atención hospitalaria. Los usuarios afirman que la permanencia de los médicos incentiva la procura por los servicios ofertados por el PSF y posibilita una mayor participación en acciones de educación en salud ofrecidas.

Por otro lado, se subraya la necesidad de reforzar la actuación en equipo conforme recomendado por la atención primaria^{10,38}. Los resultados señalan que los médicos del PMM buscan reforzar el trabajo en equipo tanto en la planificación de las actividades de la UBS como en la realización de las visitas domiciliarias y acciones de educación en salud; sin embargo, permanece la búsqueda de consultas médicas individualizadas.

Una de las explicaciones para la permanencia de esta realidad es el vínculo limitado del equipo con los usuarios, relatado en diversas entrevistas que señalan inadecuaciones en la acogida, resultantes de la falta de diálogo con los usuarios y la cantidad insuficiente de acciones de educación en salud. Por lo tanto, los equipos de salud del PSF debe intensificar

las acciones de diagnóstico en salud en los territorios para el conocimiento de las necesidades de los usuarios.

Se subraya la necesidad de futuros estudios cualitativos sobre la actuación del PMM en áreas rurales con públicos específicos, tales como quilombolas, indígenas y poblaciones que viven en los márgenes de los ríos. Además, sería importante la realización de investigaciones cuantitativas con la finalidad de ampliar el alcance de la muestra y la generalización de los resultados.

Consideraciones finales

La investigación señala que el PMM ha contribuido para un mayor acceso de las poblaciones rurales a la atención primaria de la salud, aunque todavía haya limitaciones en los cuidados de la salud, tales como fallas en la atención relacionadas a la falta de medicamentos, dificultades en la realización de exámenes y limitaciones de la red de atención especializada.

Hay evidencias de que los médicos del PMM adoptan una práctica profesional que trata de entender las especificidades de la población rural a partir de algunas estrategias: expansión de acciones de educación en salud, planificación de las acciones juntamente con el equipo y mejor organización de la agenda, buscando atender necesidades de moradores que residen en áreas distantes o aisladas, realización más frecuente de visitas domiciliarias, mayor continuidad de la atención de la salud, posibilitando una creación de vínculo, principalmente de usuarios con enfermedades crónicas, mayor presencia en los servicios de salud, habiendo consecuentemente, una reducción de la rotación. Finalmente, otro factor diferencial del PMM relatado tanto por usuarios como por profesionales, es el tratamiento diferenciado ofrecido por los médicos cubanos que demuestra una práctica clínica que respeta la cultura de los moradores, puesta en evidencia en un mayor diálogo y atención a las demandas y necesidades particulares del público rural atendido.

La cuestión central a ser problematizada por los órganos gubernamentales y también por las instancias de control social en los municipios son las estrategias a adoptar para asegurar la sostenibilidad de los avances alcanzados con el PMM, es decir, es necesario

discutir políticas de cuño estructural que fortalezcan las acciones gubernamentales de garantía de acceso con calidad a las acciones de salud por parte de los usuarios de las zonas rurales.

La reducción de las inequidades y el fortalecimiento de la integralidad de la atención de la salud, depende principalmente de la garantía de la provisión de profesionales en los equipos de los PSF rurales. También depende del desarrollo de estrategias que busquen enfrentar problemas recurrentes en los servicios de salud en la zona rural tales como las barreras geográficas, la falta de medicamentos y de marcación de exámenes, las limitaciones de la derivación y contra-derivación y, principalmente, las fragilidades en la red de atención.

Por lo tanto, el fortalecimiento de la atención primaria de la salud en las zonas rurales estudiadas y la garantía de los principios de universalidad, integralidad y equidad dependen no solo de la actuación de los médicos del PMM, sino de una aglutinación de saberes profesionales de los equipos en relación a las prácticas tradicionales de cuidados de la salud, una articulación efectiva entre los diversos niveles de cuidado y, finalmente, la promoción de estrategias que incluyan necesidades específicas del público rural, garantizando la prestación de los cuidados de la salud para sus moradores.

Contribuciones al manuscrito:

Lucélia Pereira: Concepción del artículo, colecta de datos, análisis de los resultados y revisión final del texto.

Leonor Pacheco: Discusión y análisis de los resultados, traducción de los resúmenes y revisión del texto.

Las dos autoras aprobaron la versión final del manuscrito.

Referencias

1. Dalmaso ASW. Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade? Saude Debate. 1994;(44):35–8.
2. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção. Saude Debate. 2002;26(60):37–61.
3. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Uerj/IMS; Abrasco; 2001. p. 43–68.

4. Furtado LAC, Tanaka OY. Processo de construção de um modelo de estudo de caso. *Rev. Saúde Pública*. 1998; 32(6):587-95.
5. Ferreira SC, organizador. *Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009.
6. Iturri JA. Acesso e integralidade da atenção. *Tempus*. 2014;8(1):85-90.
7. Sanchez RM, Cicoelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260-8.
8. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Pública*. 2004;20(2):190-8.
9. Cunha JPP, Cunha RRE. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: Campos FE, Oliveira Jr M, Tonon LM, organizadores. *Cadernos de saúde I. Planejamento e gestão em saúde*. Belo Horizonte (MG): Coopmed; 1998. p. 11-26.
10. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
11. Vieira EWR. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha. Jequitinhonha [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
12. Arcury TA, Gesler WM, Preisser JS, Sherman J, Spencer J, Perin J. The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health Ser Res*. 2005;40(1):135-56.
13. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saude Publica*. 2007;23(10):2490-502.
14. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*. 2010;88(5):379-85.
15. Silva, AS, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fracoli LA. Assessment of primary health care: health professionals' perspective. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48:122-8.
16. Pitilin EB, Lentsck MH. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015; 49(5): 726-732.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
18. Almeida FM, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas autoreferidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(4):743-56.
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta. 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
20. 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. *Diário Oficial da União*. 22 Out 2013.

21. Medida Provisória no 621, de 8 de Julho de 2013. Institui o “Programa Mais Médicos” e dá outras providências. Diário Oficial da União. 9 Jul 2013.
22. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
23. Catrib AMF, Dias MSA, Frota MA, organizadoras. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família. Campinas(SP): Saberes; 2012.
24. Asante AD, Negin J, Hall J, Dewdney J, Zwi AB. Analysis of policy implications and challenges of the Cuban health assistance program related to human resources for health in the Pacific. *Hum Resour for Health*. 2012;10:1–10.
25. Henrique F, Da Ros MA, Goronzi T, Soares GB, Gama LA. Modelo de atenção primária à saúde na Venezuela, misión barrio adentro I: 2003–2006. *Trab Educ Saude*. 2014;12(2):305–26.
26. Villanueva T, de Albornoz SC. Venezuelan doctors resent presence of thousands of Cuban doctors in their country. *Br Med J*. 2008;336(7644):579.
27. Cuban Headlines. Cuban doctors inaugurated new health services in Tuvalu a small Pacific island [Internet]. Valencia; 2010 [acesso 8 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.cubaheadlines.com>
28. Fawthrop T. Impoverished Cuba sends doctors around the globe to help the poor. Sydney: The Sydney Morning Herald; 2006.
29. Tribunal de Contas da União (BR). Auditoria operacional: Programa Mais Médicos. Projeto Mais Médicos para o Brasil. Avaliação da eficácia do programa. Brasília:TCU; 2014 (TC no 005.391/2014–8).
30. Molina J, Fortunato MA, Suárez J, Oliveira G, Cannon, LRC. O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Divulg Saude Debate*. 2014;(52):190–201.
31. 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.
32. Rourke J. WHO Recommendations to improve retention of rural and remote health workers – important for all countries. *Rural Remote Health*. 2010;10(4):1654.
33. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):975–86.
34. Werlau, Maria C. Cuba–Venezuela health diplomacy: the politics of humanitarianism. In: *Papers and Proceedings of the 20th Annual Conference of the Association for the Study of the Cuban Economy*; 2010; Miami, Florida. Cuba in Transition: Volume 20. Florida; 2010. [citado 10 Feb 2016]. Disponível em: <http://www.ascecuba.org/c/wpcontent/uploads/2014/09/v20-werlau.pdf>
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Banco de Dados Agregados (PNAD), 2011 [Internet]. 2011 [acesso 20 Jan 2016]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/pnad/pnadpb.asp?o=3&i=P>
- . Eng Sanit Ambient. 2014;19(no esp):51–60.
37. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde. Promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba; 2006.

38. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

Translated by Maria Carbajal