

Imersão na realidade:

o Sistema Único de Saúde e a organização do Programa Mais Médicos em São Paulo, Brasil

Vinícius Pena de Alencar^(a)
Maria Sortênia Alves Guimarães^(b)
Talita Buttarello Mucari^(c)

Introdução

Criado em sua primeira versão de projeto nacional em 2003, o Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) foi construído com a participação de representações estudantis de cursos de graduação na área da Saúde, junto com o Ministério da Saúde, em parceria com a Rede Unida e com diversas outras entidades. Os estágios e vivências se caracterizam por permitir o contato direto de estudantes com a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), induzindo-os à reflexão sobre o observado. Todo esse processo se desenvolve em um formato de imersão, no qual o grupo de estudantes convive por um período de sete a 15 dias dentro do mesmo espaço físico, com a expectativa de que o convívio diário origine diálogos e imprima uma marca fundamental à vivência. Para tanto, são utilizados métodos ativos de ensino e aprendizagem, auxiliados pela figura do facilitador, estudante qualificado por experiência prévia em estágio ou vivência. Dessa forma, o VER-SUS figura como ferramenta de estímulo à formação de profissionais comprometidos com os princípios e diretrizes do SUS, capazes de atuar como agentes transformadores da sociedade¹.

A construção do processo de vivência se dá a partir de uma chamada para submissão de projetos feita pela Rede Unida, associação de abrangência nacional responsável pela secretaria executiva do projeto VER-SUS/Brasil. A entidade publica semestralmente processos de seleção que visam à formulação de projetos e propõem a realização de seminários, oficinas e vivências com temas centrais do VER-SUS em suas perspectivas de educação permanente em Saúde. Após a submissão dos projetos por entes estatais, municipais e comissões organizadoras já estabelecidas, ocorre uma seleção das propostas, seguida pela divulgação dos locais que serão contemplados com o financiamento para execução de seus projetos.

Com o intuito de abranger as questões de Saúde Pública mais relevantes na atualidade, o VER-SUS tem direcionado suas temáticas às políticas de Saúde de maior impacto sobre a população. Entre essas ações, o provimento médico no Brasil tem sido o principal foco de discussões nos últimos anos. Porém, antes de adentrar nessa discussão e abordar a necessidade da importação de profissionais

^(a) Programa Saúde da Família Carlos Aldrovandi. Avenida Ângelo Bertelli Netto, 1000. Núcleo Residencial Professor Carlos Aldrovandi. Indaiatuba, SP, Brasil. 13.337-149. viniciuspenna1@gmail.com

^(b) Núcleo de Estudos da Saúde do Tocantins, Universidade Federal do Tocantins (UFT). Palmas, TO, Brasil. msortenia@uft.edu.br

^(c) Curso de graduação em Medicina, UFT. Palmas, TO, Brasil. tmucari@mail.uft.edu.br

da área médica, é necessário que se entenda o contexto da criação de um programa de provimento médico no país.

Historicamente, o Brasil tem sofrido com a carência de profissionais da área médica em regiões periféricas e de extrema pobreza. Tal fator, aliado à condição de vulnerabilidade das populações residentes nessas áreas, sejam elas povoados instalados em aglomerados urbanos ou comunidades isoladas em zonas inóspitas do país, eleva de forma exponencial os fatores de risco à Saúde desses povos.

Na contramão do que se observa nessas regiões, verifica-se a cada década um crescimento da razão médico por habitante no Brasil. Em 1980, ela era de 1,15 médico por mil habitantes, seguindo uma tendência de elevação contínua, até chegar a dois profissionais para cada mil indivíduos em 2012, representando um acréscimo de 73,92% na proporção de médicos por habitante no país². Toda essa situação resulta de uma complexa configuração na qual se entrelaçam questões referentes à formação e que acumulam ainda os reflexos de um passado recente. Nele, encontramos os processos de ensino focados nos serviços hospitalares, com uma forma frágil de integração que induz a uma formação fragmentada, cujos processos estimulam basicamente a especialização³.

A temática da conciliação entre atividades de ensino na área da Saúde e o serviço envolve tanto a gestão do trabalho quanto da educação, sendo abordada inicialmente com a análise do trabalho médico como mão de obra, voltado à diversificação das especializações, dentro do ambiente hospitalar. Nesse contexto, observa-se uma crescente fragmentação na formação médica, levando à concepção do profissional como um mero recurso a ser gerido. Ocorre que, com o aumento da quantidade de postos de trabalho, devido à expansão da cobertura em Atenção Básica, surge a necessidade de estratégias que visem tanto ao provimento e à fixação de profissionais nesses postos quanto à melhoria do processo de formação destes.

É neste cenário que surge o Programa Mais Médicos (PMM), instituído pela Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS e diminuir a carência de profissionais nas regiões prioritárias, visando reduzir as desigualdades regionais na área da Saúde⁴. O programa foi estruturado em três eixos de ação: investimento na melhoria da infraestrutura da rede de Saúde; ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em Medicina e residência médica no país; e provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis⁵.

Desde sua criação, o PMM tem obtido dimensão suficiente para atender uma considerável parcela da demanda de profissionais médicos nos municípios brasileiros. Em menos de um ano, o programa recrutou e alocou 14.462 médicos em 3.785 municípios. Grande parte desses profissionais foi obtida mediante uma parceria entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), que intermediou um convênio com o governo de Cuba, permitindo a chegada de médicos desse país para aqui atuarem⁵. Após dois anos de sua criação, o programa conta com aproximadamente 18 mil médicos atuando em mais de quatro mil municípios brasileiros. No Estado de São Paulo, o aumento do número de médicos após a implantação do PMM correspondeu a 14,1% até junho de 2015⁶.

Dada a dimensão atingida pelo PMM, no que diz respeito ao contingente destinado à prestação de assistência básica em saúde, é de grande relevância a inserção de ambientes relacionados à execução do programa no campo de ação do VER-SUS. Tal integração não apenas comporta a união entre a atmosfera de ensino e o espaço de exercício das funções, mas também propicia uma visão ampliada sobre o que envolve um complexo Sistema de Saúde.

Para atender a esses preceitos, a vivência teve o objetivo de proporcionar aos estudantes um contato direto com a realidade do Sistema de Saúde no domínio da Atenção Básica e permitir o conhecimento da forma de organização de um programa de provimento médico, desde seu planejamento até sua execução.

Método de construção da vivência

Ao fim do processo seletivo determinado pela chamada da Rede Unida e com a aprovação das propostas, passa-se à implementação das vivências. Esse procedimento envolve comissões locais

compostas por docentes, gestores, profissionais da saúde e representantes de movimentos sociais, que articulam a organização do projeto em conjunto com diversos órgãos daquela localidade, mantendo constante diálogo com a coordenação nacional do VER-SUS⁷.

Dessa mesma forma, a partir da chamada de verão 2016.1, surgiu a vivência em questão, intitulada “Mais Atenção Básica para o Estado de São Paulo”, publicada sob um termo de referência próprio, semelhante a um edital, na plataforma do Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS). Pela plataforma, qualquer estudante da área da Saúde do país pôde efetuar sua inscrição para participar da vivência. O grupo de participantes (viventes e facilitadores) foi selecionado pela comissão organizadora mediante análise prévia de uma redação e uma mídia em áudio ou vídeo, gravada por cada estudante.

Após a seleção, formou-se um grupo com dez estudantes (oito viventes e dois facilitadores) de várias áreas de formação, entre elas: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Saúde Pública e Psicologia. Para dar suporte aos participantes, foi designada uma comissão organizadora, composta por referências do Ministério da Saúde e apoiadores do Ministério da Educação, responsáveis por monitorar o PMM e apoiar a qualificação da Atenção Básica no Estado de São Paulo.

Realizada entre os dias 15 e 22 de fevereiro de 2016, nos municípios de São Paulo, Embu-Guaçu, Limeira e Sorocaba, a vivência se deu no âmbito do Programa Mais Médicos do Governo Federal, na forma de imersão vivencial, teórica e prática, dentro do Sistema de Saúde local. As atividades realizadas incluíram participação em reuniões de planejamento com gestores, visita a unidades de Saúde, rodas de conversa com equipes de Saúde e avaliação local sobre a implementação do programa, com abertura de espaços para debater e analisar as estratégias do PMM na esfera estadual. Ficou proposta como forma de integração a convivência diária entre os participantes no mesmo ambiente, visando estimular o compartilhamento das reflexões de cada indivíduo sobre o momento vivenciado para a construção de um saber coletivo.

O relato que segue descreve toda essa experiência, dando-se sob a perspectiva de um acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins (UFT), selecionado como vivente para participar da referida edição do VER-SUS. A narrativa será desenvolvida de maneira cronológica e reflexiva. Fundamentações teóricas serão inseridas no contexto de cada questão abordada, com a devida orientação de professoras que compõem o corpo docente da UFT.

Relato da vivência e reflexões

Primeiro dia

O período de vivência se iniciou com a recepção dos participantes pela comissão organizadora no Núcleo Estadual do Ministério da Saúde (Nems). Após o devido acolhimento, abriu-se uma roda de conversa com profissionais da Atenção Básica e do PMM do Estado de São Paulo. Nesse primeiro momento, foi exposto o contexto de criação do Mais Médicos como forma de atender a uma grande demanda de médicos na Atenção Básica, impulsionado por um movimento municipalista que contou com prefeitos de diversas localidades.

O referido movimento surgiu em janeiro de 2013, no Encontro Nacional de Prefeitos, realizado em Brasília, quando a Frente Nacional de Prefeitos criou a campanha “Cadê o Médico?”. Entre as reivindicações, houve a cobrança por medidas do Governo Federal na provisão de médicos para os municípios, com a proposta de flexibilizar as regras para contratação de médicos estrangeiros dispostos a atuar na Atenção Básica. A justificativa dada pelo Governo Federal para atendimento da exigência se baseou na proporção de médicos por habitantes no Brasil comparada à de outros países, além da má distribuição destes profissionais pelo território nacional⁸.

Possivelmente, o maior argumento favorável à criação de um programa de provimento médico no Brasil naquele momento tenha sido a desigualdade na distribuição dos profissionais. Isso é reforçado por outra estatística, que apontava um número de médicos por habitante inferior ao de outros países do globo, e até mesmo de algumas nações da América do Sul, como a Argentina⁸. Entretanto, vale ressaltar que há grande concentração de médicos em determinadas regiões brasileiras, inclusive no

próprio Estado de São Paulo. Por outro lado, mesmo com a presumível elevação da concorrência por campos de trabalho nessas localidades, a oferta de vagas nas regiões com escassez de profissionais não fora suficiente para atrair médicos dispostos a se comprometer com a Atenção Básica, seja pela falta de estrutura desses postos de trabalho ou por questões meramente financeiras.

Segundo dia

Em um olhar voltado para o território, o segundo dia de vivência tornou possível conhecer um pouco a realidade da Atenção Básica de Embu-Guaçu, cidade localizada a 48 quilômetros da capital, com uma população estimada em 67 mil habitantes, contando com 18 vagas autorizadas para médicos do programa. Uma equipe da Secretaria Municipal de Saúde local expôs um breve histórico das dificuldades vividas em seu Sistema de Saúde antes da implementação do PMM, apontando as melhorias observadas até aquele momento.

O município, que antes contava com apenas quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), obteve uma ampliação para 13 estabelecimentos, por meio de subsídios do Governo Federal previstos pela lei do PMM. A assistência farmacêutica, que inicialmente era prestada de forma descentralizada, passou a efetuar a entrega de medicamentos em uma farmácia central, devido à dificuldade da gestão local em contar com um farmacêutico por unidade.

A lei do PMM determinou um prazo de cinco anos para dotar as Unidades Básicas de Saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura, triplicando o orçamento já existente no Programa de Requalificação das UBS, que define a alocação de recursos aos municípios conforme a apresentação de propostas ligadas à infraestrutura e à modernização das unidades. Com essa medida, foram mais de cinco bilhões de reais investidos pelo Ministério da Saúde para essa finalidade⁶.

Por se tratar de um município extremamente pobre, Embu-Guaçu se fez valer da oferta propiciada pelo programa governamental, que previu a ampliação da rede de Atenção Básica dos entes federativos aderentes. No entanto, fica claro que as ações de Saúde da gestão municipal anteriores ao programa se mostraram insuficientes. A própria forma de organização da pasta administrativa, com frequentes exonerações, não permitiu uma continuidade do trabalho, pois se sabe que a cada nova chefia, muitas vezes, parte do quadro de funcionários se modifica, levando ao abandono de ideias prévias e retorno à estaca zero.

Está claro que a distribuição, o provimento e a fixação de profissionais de Saúde em uma região têm relação inversamente proporcional à condição de saúde de sua população. Na cidade de São Paulo, por exemplo, há regiões com alta concentração de médicos e outras onde a relação médico por habitante é equiparável à de áreas remotas. Sabe-se que precariedade de vínculo também é uma questão inerente à dificuldade no provimento de médicos em determinadas áreas. Ela decorre da forma de contratação feita pelo gestor municipal, dos salários oferecidos e das más condições de trabalho, resultando na rotatividade de profissionais nos postos de trabalho, ao invés de sua fixação³.

Com o objetivo de conhecer melhor a forma de execução do PMM em Embu-Guaçu, uma experiência em campo foi realizada em uma UBS do município, responsável por atender usuários do bairro e uma parcela da zona rural adjacente. Toda estrutura da UBS foi apresentada pela gerência, atividade seguida por uma conversa com a equipe de Saúde da Família, também composta por uma médica cubana do PMM que atua na unidade.

Verificou-se que a UBS possui boa estrutura física e recursos materiais para atendimento à população, contando inclusive com um consultório odontológico bem instalado. Os espaços são adequados para a realização do acolhimento, triagem, consulta e realização de procedimentos. Já na conversa com a equipe, uma contradição foi detectada ao se constatar que parte do que se afirmou na reunião com a gestão municipal não condizia com a realidade da assistência. Alguns profissionais da UBS relataram a dificuldade por parte da maioria dos usuários em adquirir os medicamentos prescritos, devido à distância entre suas residências e a farmácia central.

Terceiro dia

Nesse momento, houve a abertura de um espaço para participação de viventes e facilitadores em duas reuniões com a comissão de coordenação estadual do PMM no Estado de São Paulo. Os encontros tiveram como foco o planejamento do trabalho no programa e o desenvolvimento do apoio institucional e matricial. Para entender a finalidade das discussões envolvidas naquela oportunidade, é necessário primeiramente saber como são constituídas as comissões estaduais e conhecer o papel desempenhado pelas figuras de tutoria e supervisão do programa.

A partir de uma coordenação ministerial do PMM, composta por três representantes do Ministério da Saúde e outros três do Ministério da Educação, são instituídas as comissões estaduais, formadas por representações do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e instituições supervisoras. Essas comissões têm por incumbência coordenar, orientar e executar as atividades necessárias à efetivação do programa em seu Estado. Para que essa tarefa seja possível, dois agentes são fundamentais: o supervisor (médico responsável pela supervisão contínua do profissional participante) e o tutor acadêmico (docente da área médica responsável pela orientação educacional e pelo planejamento das atividades do supervisor). Ambos os agentes são ligados a instituições públicas de ensino superior, escolas de saúde pública ou entidades privadas participantes do programa⁹.

Durante a reunião, alguns supervisores explicaram que a função desempenhada pelo supervisor perante o médico do programa não é de fiscalização, mas de orientação. Portanto, cumpre a este agente fornecer o devido apoio técnico dentro do planejamento determinado por um tutor e acompanhar o andamento do trabalho desempenhado pelo profissional no município. É de fundamental importância essa proximidade entre instituições de ensino e médicos que atuam no programa. O suporte oferecido permite a melhoria da prestação do serviço e a qualificação do profissional no próprio ambiente de trabalho.

A inserção de ações de educação permanente figura como estratégia importante para pôr fim à oposição existente entre ensino e serviço, visando à melhoria do modelo de Atenção à Saúde da população. Um fator extraordinário de mudança das práticas e do cuidado em saúde pode ser observado na manutenção da proposta de supervisão com o apoio às equipes, de forma multiprofissional e cooperativa. Portanto, o principal desafio nesta matéria seria a manutenção do diálogo sobre os modelos de formação profissional a serem construídos, definindo um padrão de regulação da gestão do trabalho e da educação para o Brasil⁸.

Quarto dia

O quarto dia de vivência ocorreu no município de Limeira, onde foi possível conhecer uma realidade distinta na administração da Saúde Pública. Com aproximadamente 294 mil habitantes e localizado a 143 quilômetros da capital, Limeira é um dos municípios com maior número de profissionais adquiridos via PMM no Estado de São Paulo, possuindo 57 vagas autorizadas para médicos do programa. Na ocasião, o grupo de participantes do VER-SUS foi recepcionado por gestores locais, momento no qual foram ilustradas as dificuldades que a administração municipal vinha enfrentando para fixar médicos nas UBS antes da implementação do PMM. Ainda ressaltou-se que a referida condição perdurou por vários anos, mesmo se tratando de uma cidade dotada de forte atividade econômica, estabelecida na agricultura, indústria e comércio, com um elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O município pretende manter esse contingente de médicos do programa, pois seus gestores acreditam que, sem o programa, não seria possível manter a assistência.

Nesse contexto, cabe destacar os critérios definidos para que um município seja contemplado com profissionais do PMM. Tais critérios são baseados em perfis e delimitados por parâmetros que incluem: porcentagem da população local em situação de extrema pobreza, baixo nível de receita pública

per capita, alta vulnerabilidade social e localização em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena⁵.

Nota-se uma discrepância na proporção de médicos do programa atuando em Limeira quando comparada à de municípios mais pobres. Para esse fato, a explicação dada foi a de que alguns dos municípios inicialmente aderidos ao programa desistiram ou se recusaram a receber profissionais estrangeiros, fazendo com que estes fossem designados para atuar em Limeira, mediante plena concordância da gestão municipal.

Da prefeitura, o grupo foi conduzido pela equipe do programa Saúde Sobre Rodas a um assentamento rural localizado nas imediações de Limeira. Trata-se de uma área de aproximadamente 700 hectares, ocupada por famílias do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Chegando ao local, a recepção foi feita por uma moradora do assentamento, que se prontificou a mostrar as instalações da pequena escola de alfabetização construída pelos assentados, além de contar um pouco a respeito dos problemas de saúde ali enfrentados.

O grupo do VER-SUS também foi autorizado a acompanhar uma visita domiciliar dentro do assentamento. A equipe era composta por uma profissional da área de Enfermagem, uma assistente social, uma agente comunitária de saúde e uma médica do PMM advinda de Cuba. Durante a visita, notava-se certa dificuldade de comunicação entre a médica e o paciente, chegando a ser necessária algumas vezes a mediação de um dos membros da equipe. Essa dificuldade talvez tenha ocorrido não apenas pela linguagem, mas por se tratar de um indivíduo idoso e com certo déficit auditivo. O paciente possuía o diagnóstico de insuficiência venosa, com lesões em membros inferiores. Ele foi devidamente examinado pela médica e recebeu algumas recomendações. A visita se encerrou com orientações sobre os cuidados gerais com a ferida, sem a necessidade da prescrição de um medicamento específico.

Com a implantação do PMM, ganhou força a discussão sobre o provimento de médicos para atuar em zonas rurais e remotas do Brasil. Apesar das divergências envolvidas nesse debate, há o consenso de que a desigualdade de distribuição de médicos nas diferentes regiões do país contribui para a chamada defasagem rural-urbana na oferta de médicos. Para que haja uma estruturação do Sistema de Saúde em áreas rurais, é necessária a formação de profissionais capacitados para atuarem nessas localidades. Tal processo envolve a modificação do ensino médico em seu currículo e a descentralização da formação em Saúde, com medidas que visem facilitar o acesso de estudantes do interior aos cursos. O aprimoramento de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade também é um caminho a ser seguido na capacitação de especialistas resolutivos no manejo dos problemas mais frequentes observados em áreas rurais¹⁰.

Quinto dia

Em um encontro de supervisão locorregional do PMM, realizado em Sorocaba, o grupo do VER-SUS se reuniu com tutores, supervisores e coordenação de residências em Saúde, além de médicos do programa que atuam em municípios da região do Vale do Ribeira no Estado de São Paulo. Na ocasião, foram ministradas palestras e apresentações de protocolos de condutas no pré-natal e doenças sexualmente transmissíveis, voltadas aos profissionais que atuam no PMM. As apresentações tiveram caráter essencialmente técnico, em forma de aulas lecionadas com auxílio de *slides*.

Essa fixação de protocolos de assistência médica, específicos para cada situação clínica, auxilia bastante o profissional no momento de definir sua conduta. Entretanto, nem sempre o que é determinado pelos inúmeros fluxogramas e algoritmos disponibilizados condiz com a real disponibilidade do sistema. Outras vezes, a imposição dessas medidas minimiza a autonomia do profissional em estabelecer seu próprio plano terapêutico, baseado nas evidências que observa diariamente.

Após as apresentações, iniciou-se uma conversa com os apoiadores do programa a respeito do trabalho desenvolvido no suporte educacional fornecido aos médicos que atuam nos municípios do Vale do Ribeira. Essa oportunidade possibilitou ao grupo se aprofundar no conhecimento sobre a forma de atuação de tutores e supervisores no desempenho de suas funções. Contudo, o mais interessante

dessa conversa foi ouvir o relato de alguns supervisores sobre as características de alguns locais de atuação dos médicos do programa, como Cananéia, município do litoral sul paulista com pouco mais de 12 mil habitantes, contendo vilas de pescadores distantes da cidade e que exigiam o deslocamento – que demorava até duas horas – do médico via embarcação para que fosse possível o atendimento às comunidades caiçaras.

As ações de educação permanente são caracterizadas pela integração ensino-serviço e têm por objetivo contribuir, apoiar e orientar o profissional para sua qualificação e melhoria do serviço prestado. As ofertas educacionais são realizadas por instituições públicas de ensino superior que integram a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e por atividades educacionais ofertadas por instituições supervisoras que aderiram ao projeto. Os médicos do programa contam ainda com o apoio clínico e pedagógico da Rede Telessaúde Brasil e com o acesso ilimitado ao Portal Saúde Baseada em Evidências e à Comunidade de Práticas, uma rede colaborativa que permite a esses médicos dialogarem e efetuarem trocas de experiências com profissionais de Saúde de diversas profissões e localidades⁶.

Sexto dia

Nesse dia, foi realizada visita a uma unidade de Saúde mista, localizada na zona norte de São Paulo. Trata-se de um estabelecimento de Saúde composto por uma UBS e por uma unidade de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), instaladas dentro de uma mesma estrutura física. No andar superior, funciona a UBS e no térreo, a AMA. Já na chegada, o grupo do VER-SUS recebeu um convite para conhecer alguns líderes comunitários que participam da organização da assistência local.

Durante a conversa com os líderes comunitários, foi possível verificar o quanto a história de construção e luta pela melhoria do serviço de Saúde se assemelha aos movimentos que levaram à criação do SUS. Os relatos das inúmeras dificuldades enfrentadas no passado e as barreiras ainda existentes, que impedem a melhoria do serviço, deram à conversa o tom de desabafo em alguns momentos. Uma senhora já idosa, integrante desse grupo, acusou o desgaste imposto no decorrer de todo o processo e disse estar desesperançosa com a falta de interesse dos mais jovens em seguir nesta luta.

A participação popular na gestão da Saúde é prevista pela Constituição Federal, que destaca a diretriz de participação da comunidade na construção do SUS, manifestada pela ação dos cidadãos, que participam ativamente da formulação de políticas, intervindo em decisões e orientando a administração pública quanto às melhores medidas a serem adotadas. Suas principais ferramentas são os Conselhos e Conferências de Saúde, espaços destinados ao exercício do chamado controle social sobre a implementação das políticas de Saúde. Embora prevista em lei, a participação social é um processo em permanente construção e que depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos. Portanto, para que a democracia participativa se efetive na prática, é necessário proporcionar condições que permitam à sociedade civil se tornar protagonista nesse processo¹¹.

Sétimo dia

A comissão organizadora definiu para esse último dia de atividades a formulação de componentes teóricos e reflexivos do processo de vivência, com a dinâmica dos conceitos a partir do que foi vivenciado. Para executar a tarefa, viventes e facilitadores definiram uma forma dinâmica de expor livremente suas impressões sobre a vivência. O grupo de estudantes optou pela ideia de construir uma espécie de urna, na qual seriam depositadas respostas às seguintes perguntas: Como vim? Como estive? Como irei? Esse tipo de reflexão (retrospectiva, de estado atual e de perspectiva) permitiu demonstrar a evolução de pensamentos a partir da chamada “imersão” no processo de vivência.

Após ser confeccionada a urna e depositadas as ideias de cada membro, o grupo se dirigiu ao encontro com a comissão organizadora na sede do Nems. Houve um agradecimento inicial a toda comissão pela realização da vivência, seguido pela abertura da urna para a apuração das ideias. Nesse momento, cada organizador pegou para si um papel depositado e o leu em voz alta para os demais. Várias das opiniões colocadas pelos estudantes foram coincidentes e se basearam no ideal de luta pela

melhoria da Saúde Pública no país. O encerramento das atividades se deu com a avaliação da vivência pelos participantes, mediante a troca de percepções e subjetividades.

Considerações finais

O modelo de formação profissional apoiado em vivências e práticas no cotidiano dos serviços proporcionado pelo VER-SUS vai ao encontro do princípio da educação permanente em Saúde, introduzindo espaços e temas que levam à autoanálise e à modificação da realidade. Sua fuga do modelo tradicional de capacitação é baseada na formação de vínculos e sensibilização ao tema, mediante um processo de aprendizagem significativo e de forma participativa, contemplando a horizontalidade na construção do saber. As diferentes realidades apresentadas no processo de vivência englobam as diversidades e especificidades de grupos populacionais existentes no país¹¹.

A abertura dos campos de vivência nessa edição do VER-SUS proporcionou a seus participantes o aprofundamento de conhecimentos sobre a forma de organização do PMM, desde seu projeto inicial até sua efetivação. Percebeu-se, com a articulação do programa com a gestão em Saúde dos municípios, que o desafio maior está na compreensão da realidade local pelos gestores e na capacidade de enfrentamento dos problemas existentes.

Por outro lado, pôde-se constatar durante a experiência que, apesar da ampla dimensão atingida pelo PMM em seu provimento, o Sistema de Saúde brasileiro ainda necessita de reformulações. Tais reformas demandam não apenas recursos humanos, mas também estrutura e organização, pontos fundamentais para que se sustente a qualidade na assistência à Saúde.

Com a vivência, também foi possível verificar que uma das maiores dificuldades a ser superada após o programa será a fixação de médicos nas regiões hoje atendidas pelo PMM. Considerando o aumento do número de profissionais formados em Medicina no Brasil, para a resolução desse problema, a atenção deverá ser voltada à qualidade do ensino médico com ênfase nas reais necessidades do país, modificando o foco do programa da aquisição de mais médicos para melhores médicos.

Instituído em um contexto emergencial motivado pelas condições precárias de acesso à Saúde de considerável parcela da população brasileira, o PMM tem mostrado sua importância ao levar assistência para quem mais necessita. Contudo, ainda há muitos obstáculos a serem superados, sendo que alguns vão além de seu domínio, exigindo a mobilização da sociedade pela melhoria do Sistema de Saúde como um todo.

O processo de imersão desenvolvido no decorrer da vivência permitiu a ampliação de conceitos a partir de ambientes de trabalho, conduzindo a pontos de vista que possibilitaram a compreensão da realidade que envolve o SUS. Desse modo, o VER-SUS novamente se colocou como instrumento de grande valor no auxílio à formação de profissionais capazes de modificar o panorama da Saúde Pública no país.

Colaboradores

Todos os autores participaram ativamente das etapas de produção do manuscrito, sendo que o autor principal foi responsável pela produção do manuscrito e as coautoras participaram ativamente da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

Referências

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.

Desde 2003, o Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) tem dado oportunidade a universitários de vivenciar a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Com essa finalidade, surge a vivência em questão, ocorrida no âmbito do Programa Mais Médicos, envolvendo sua organização na realidade do Sistema de Saúde brasileiro. Para isso, um grupo composto por estudantes de várias áreas da Saúde esteve por sete dias em ambientes de planejamento e execução do programa no Estado de São Paulo. As atividades realizadas incluíram participação em reuniões, visita a unidades de Saúde, avaliação sobre a implementação do programa e espaços para debate. Assim, relata-se a experiência sob a perspectiva de um acadêmico que participou da vivência, em uma narrativa cronológica e reflexiva, com fundamentações teóricas inseridas no contexto de cada questão abordada.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. SUS. VER-SUS.

Immersion in reality: the Brazilian National Health System and the organization of the More Doctors Program in São Paulo, Brazil

Since 2003, the program Experiences and Internships in the Reality of the the Brazilian National Health System (VER-SUS) has given university students the opportunity to experience the reality of the SUS. These experiences are part of the More Doctors Program framework, involving its organization in the reality of the Brazilian healthcare system. A group of students from several health areas spent seven days at planning and implementation meetings for the program in the state of São Paulo. The activities carried out included participation in meetings, tours to healthcare units, assessment of program implementation, and spaces for discussion. This paper is a report on the experience from the perspective of a student who participated in the experience, by means of a chronological and reflective narrative and theoretical grounds within the context of each issue raised.

Keywords: More Doctors Program. SUS. VER-SUS.

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

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.

Submetido em 04/04/2016. Aprovado em 22/05/2017.