

Percepciones de usuarios sobre el impacto social del proyecto de cooperación del Programa Más Médicos: un estudio de caso

Rafael Gustavo de Liz^(a)

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima^(b)

(a) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Regional de Blumenau. Rua Antônio da Veiga, 140, Campus 1, Sala J-105. Itoupava. Blumenau, SC, Brasil. 89.012-900. rafael_deliz@yahoo.com.br

(b) Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, SC, Brasil. rita.lima@univali.br

El estudio presentado en este artículo tiene el objetivo de identificar eventuales cambios generados en el proceso de cuidado de usuarios de la Atención Básica, residentes en un municipio del Estado de Santa Catarina, Brasil, incluido en el Proyecto de Cooperación del Programa Más Médicos. Se trata de un estudio cualitativo, realizado en 2015, que utilizó como instrumento de colecta de datos la entrevista semi-estructurada y el diario de campo. El análisis fue realizado por el método ético-político que reveló: 1) una producción consistente de vínculo, autorizada por un modo humanístico de pensar y hacer medicina y por la internalización de ser cuidado por un igual, en la condición de humanos; y b) la inseguridad sobre el término del proyecto, edificada sobre la desinformación. Se concluyó que el vínculo no prescinde de disposición solidaria y que existe la necesidad de que el gobierno federal realice una señalización ético-política para asegurar información de calidad sobre el proyecto.

Palabras clave: Atención Médica. Atención Básica. Derecho a la salud.

Introducción

La desigualdad distributiva de médicos en la atención básica brasileña es un producto histórico del modelo de desarrollo de la Nueva República. Resulta, especialmente, de la histórica hegemonía¹ corporativista médica, de la perspectiva productivista de la formación², heredada de tiempos de excepción y de las ciencias biomédicas³; esta inequidad se configura en una cuestión social⁴.

Desde la conquista de la Política Nacional de Atención Básica, en 2006⁵, se manifiesta la lucha para asegurar atención médica en la atención básica de territorios brasileños desasistidos. La distribución desigual de la garantía de esa atención, expresada por la realidad histórica en el mapa de la vida brasileña, expone, en lo contemporáneo, la necesidad de defender el derecho a la salud. Sin embargo, más que defender la conquista del derecho a la salud, es preciso asumir nuevas luchas en pro de la realización real de tal derecho. El hecho es que, en Brasil, el proceso individual de elección de local raramente coincide con la distribución socialmente justa, puesto que los médicos tienden a concentrarse en los Brasiles seductores⁶.

La provisión en condición de emergencia de médicos en la Atención Básica, prevista por la Medida Provisional 621, en julio de 2013, así como la creación del Programa Más Médicos (PMM), en julio del mismo año⁷, pueden comprenderse como un reconocimiento de la necesidad de nuevas iniciativas, en el sentido de la expansión del derecho a la salud. Acogiendo especialmente las voces de la juventud de la clase media baja en las manifestaciones de 2013⁸, y las voces de varios alcaldes en Brasilia, también en 2013, preguntando: “¿Dónde está el médico?”⁹, El Congreso Nacional aprobó y la Presidencia de la República promulgó la Ley n° 12.871, del 22 de octubre de 2013, instituyendo el PMM⁷.

La Ley del Programa Más Médicos, en su capítulo IV, instituyó el Programa Más Médicos para Brasil (PMMB). Tal proyecto integra a: a) médicos graduados en Brasil o con diploma validado en el País; b) médicos brasileños graduados en el exterior con habilitación para el ejercicio de la Medicina en el exterior y c) médicos extranjeros con habilitación para el ejercicio de la Medicina en el exterior⁷. En su Artículo 23^o, la Ley dispone sobre la

posibilidad de que Brasil realice acuerdos de cooperación con organismos internacionales para llevar a la práctica las acciones previstas. De acuerdo con la página electrónica del PMM, consultada en mayo de 2016, entre los doscientos noventa y cinco municipios del Estado de Santa Catarina, doscientos diecisiete habían recibido médicos por medio del Programa¹⁰.

El objetivo de este manuscrito es analizar, bajo la perspectiva ético-política, la percepción de usuarios sobre el impacto social del PMMB en un municipio de 2.900 habitantes de la Macro-región del Valle del Itajaí (Estado de Santa Catarina) que se encontraba sin médico en la Atención Básica desde hacía más de un año^(c), antes de la llegada del Proyecto. Se asume el impacto social como “modificaciones introducidas por una intervención en el contexto de la vida real”¹¹.

Metodología

Es una encuesta cualitativa del tipo estudio de caso único¹², de carácter exploratorio e incluyente, realizada en un municipio joven de la macro-región del Valle del Itajaí, Estado de Santa Catarina.

En su delineación, la interacción entre factores y eventos se consideró núcleo central¹³. Se respetaron las tres fases que caracterizan un estudio de caso: a) la elección del factor referencial teórico¹⁴, la selección del caso y el diseño de la colecta; b) la dirección del estudio con la colecta y la exploración del material transcrito y c) el análisis bajo la luz de la teoría seleccionada con la interpretación de los datos¹².

Apreciada y aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Valle del Itajaí, Estado de Santa Catarina, la encuesta se realizó en conformidad con las determinaciones de la Resolución MS/CNS, nº466/2012. Se trata de un desdoblamiento de la encuesta de Estado en curso, financiada por la Fundación de Amparo a la Investigación e

^(c) Esta información se colectó en registros internos del área de recursos humanos del municipio. Después de la autorización concedida por la administración pública, se obtuvo el acceso a las carpetas de contratación y salida de médicos, efectuadas desde la emancipación del municipio, en 1997.

Innovación del Estado de Santa Catarina (Fapescc), Pliego de condiciones 2014/1, cuyo objetivo general es analizar el impacto social del Programa Más Médicos en el Estado de Santa Catarina, bajo la perspectiva ético-política. El anonimato de los participantes se garantizó con el uso de apodos, representantes de autores de la literatura brasileña.

Elegida por conveniencia, la muestra estuvo compuesta por 12 participantes de diferentes profesiones, tales como agricultor, comerciante, profesional liberal o jubilado, con grados diversos de escolaridad (fundamental, media y superior) y rango de edad entre los 23 y los 82 años. Todos residen en el municipio desde hace más de 10 años; 7 son mujeres, 5 son hombres, siendo que 8 nacieron y crecieron en la localidad; 1 está embarazada con pre-natal asistido en la unidad; tres tienen nietos y todos tuvieron hijos.

Los 12 usuarios fueron indicados por trabajadores de la Atención Básica del municipio, a partir de los criterios siguientes: a) ser adulto, competente cognitivamente y b) ser usuario de la Unidad Básica de Salud. Después de las indicaciones se realizó un contacto telefónico y, en visitas a domicilio, se oficializaron las invitaciones con la presentación del Documento de Consentimiento Libre y Consciente. Los usuarios recibieron información sobre el tipo de encuesta, en lenguaje adecuado y cuidadoso, y se les explicaron las cuestiones éticas implicadas y de procedimiento del estudio.

La colecta se realizó entre noviembre y diciembre de 2015. El instrumento fue una entrevista semi-estructurada, cuya elección se realizó en función de que ese tipo de instrumento proporciona flexibilidad para la inserción de nuevas preguntas investigativas que sean necesarias en el momento de la colecta¹⁵. Las entrevistas fueron individuales y realizadas en lugares privativos, con una duración de una hora aproximadamente. Los datos se registraron en audio y posteriormente se transcribieron con rigor ético.

El guión de las entrevistas se norteó por el eje 'lo que cambió en su vida' con la llegada del médico dentro del programa, desdoblado en tres temas: 1) percepción de los usuarios sobre la atención médica; 2) probables relaciones establecidas entre el médico y la comunidad y 3) probables transformaciones en las prácticas de Atención Básica. Las notas

de campo elaboradas en el transcurso del proceso de encuesta ampliaron el horizonte del pensamiento, generando un “proceso de flujo libre y creativo” en el tratamiento y análisis de los datos¹⁶.

Teniendo por referencia a Minayo¹⁷, Assis¹⁸ y Gramsci¹⁹, el análisis de contenido se sistematizó en cuatro etapas:

1. Ordenamiento de los datos: transcripciones fieles, seguidas de organización del material por medio de apodos, lecturas libres y exhaustivas;

2. Clasificación de los datos: establecida a partir de la relación entre los datos empíricos, objetivos y presupuestos teóricos, cuando se identificaron en núcleos de sentido las ideas centrales, clasificándolas en Grupo I – Vínculo y Grupo II – Inseguridad con la terminación del Programa Más Médicos;

3. Categorización: generada en el encuentro entre las vertientes epistemológica, instrumental y reflexiva de las ideas centrales (Grupo I/Grupo II): Desde “Él es tan sencillo, forma parte del municipio, ni parece que es médico”, al recelo del final del Proyecto;

4. Método de análisis: el análisis fue dirigido por el método ético-político que toma como base la dimensión reflexivo-crítica para comprender la forma en que la garantía de atención médica en la Atención Básica, proporcionada por la llegada de un médico por medio del PMBB, afectó los cuidados básicos de usuarios. Este método, denominado “el modo de” es una adaptación del método humanístico de análisis de lo real, acuñado por Antonio Gramsci como método del “puesto que”, cuyo análisis está anclado en la dimensión histórica de la realidad y en la interpelación de sus tendencias contradictorias¹⁹.

Resultados y Discusión

La categoría de análisis desde “Él es tan sencillo, forma parte del municipio, ni parece que es médico”, al recelo del final del proyecto; representa el tránsito entre los elementos

constitutivos del vínculo, dispositivo generado en la integración de relaciones sociales y la inseguridad expuesta por el atributo de emergencia de la provisión:

“Él es tan sencillo, forma parte del municipio, ni parece que es médico” (Casimiro de Abreu).

Ese programa ayudó mucho a nuestra ciudad. Andan diciendo que se va a terminar. A mí me da miedo (Martha Medeiros).

Los participantes expresaron que la producción de vínculo reclama una relación pedagógica, orientada por valores humanísticos¹⁹. En tiempos de preservación de “inversión entre medios y fines”, en los que el sueño de una vida digna continúa ocupando el lugar de medio para la supervivencia, en los que el dinero no es un medio para proporcionar el disfrute de una vida digna, sino “un fin en sí mismo”, en los que las relaciones sociales se mantienen esclavizadas por un sistema anónimo²⁰ (económico, principalmente), esa categoría declara la exigencia de que la producción de vínculo sea dirigida, no por una racionalidad médica formal y burocrática²¹, sino por una racionalidad orientada por valores²², una racionalidad ética²⁰, en la que el uso de valores colectivos proporciona oportunidad para la producción del cuidado con base en el vínculo. En el alcance de este trabajo, la realización de los valores “ser sencillo” y “médico”, por el médico cubano, generó el vínculo social necesario para una buena convivencia entre cuidador, personas cuidadas y comunidad.

Cuestionados sobre cómo se establecían las relaciones con el médico del Programa Más Médicos, los usuarios expresaron:

Aquí somos humildes [...] la mayoría vive de la agricultura, huerta, de la plantación de tabaco [...] ese médico se entiende bien con el pueblo porque sabe como son las personas (Martha Medeiros)

[...] ese médico es humilde [...] Aunque no es brasileño, ya conoce [...] la realidad de la población de aquí (Cecília Meireles).

De acuerdo con los relatos, la disposición del médico para “saber cómo son las personas” genera un vínculo con la comunidad local, en la medida en que la comunidad internaliza que será cuidada por otro igual. Y no es solo eso. Ese otro igual, al reflejar la humildad que caracteriza a la comunidad, se encuentra con la comunidad en la dimensión humana, lo que acaba generando una ampliación del campo de posibilidades para el cuidado de calidad. Al mostrarse humilde y saber cómo son las personas humildes, el médico ensancha su horizonte científico hacia la apropiación de la determinación social del proceso salud-enfermedad y, por lo tanto, pasa de la condición de profesional de una categoría (médica) a la condición de “productor” de salud¹⁹.

En esa realidad, el modo como se vive y el modo en que se realizan las relaciones productivas de la comunidad parecen componer el eje central del proceso de trabajo. Cabe señalar que el despertar de los usuarios, en esos relatos, para el reconocimiento de salud y enfermedad como socialmente determinados expresa hasta qué punto es actual la necesidad de recuperación del Movimiento de Medicina Social del siglo XIX²³, para hacer efectivo un proceso de trabajo de calidad entre médico y usuario: de calidad porque se pauta en el vínculo.

En 1845, Engels demostró que el modo como la clase trabajadora de diversas ciudades de Inglaterra era tratada por las relaciones de producción capitalista le imputaba la incertidumbre de la existencia²⁴. Inaugurando el modelo teórico de la determinación social, ese estudio mostró el vacío de vínculo entre la masa trabajadoras y las relaciones productivas como factor determinante de enfermedades del trabajo y de inexistencia física y moral. En cierta medida, Engels reforzó lo que Bernardino Ramazzini había anticipado en 1700: es la situación social de una comunidad, generada por las condiciones de vida,

posibilitadas a esa comunidad por el modo de organización social que determina el camino para la comprensión de salud y enfermedad individual y colectiva²⁵.

En entrevista realizada con el médico, designado para el municipio en cuestión, se observó que se trata de un médico sin inscripción en el CFM/Brasil, de nacionalidad cubana: un cooperado. Ese médico fue contratado por el Acuerdo de Cooperación, mediado por la Organización Panamericana de la Salud (OPAS/OMS) y firmado entre Brasil y Cuba en 2013²⁶. Se trata, por lo tanto, de un médico proveniente del Proyecto de Cooperación del Programa Más Médicos.

Todavía sobre el hecho de que la conducta médica sea dirigida por el “saber como las personas son”, cabe reflexionar sobre el lugar de la humildad y de la solidaridad en el proceso de socialización brasileño y cubano. En el ámbito de la formación médica, la cultura político-pedagógica cubana es social, con base en el humanismo y en la solidaridad²⁷. Si la comprensión de solidaridad es la de un valor social generado en el encuentro de personas que se reconocen como iguales en sus derechos de ciudadanía²⁸, es probable que la base de la vida cubana históricamente haya sido edificada sobre relaciones solidarias, puesto que el País trae una dimensión socialista en su proceso histórico:

[...] Aunque él no es brasileño, ya conoce la ciudad, frecuenta los mismos lugares que nosotros frecuentamos, siempre está en las fiestas de las comunidades (Cecília Meireles).

Es oportuno recordar que el Sistema Único de Salud (SUS) se conquistó en la VIII Conferencia Nacional de Salud, de 1986, sobre principios socialistas. Varios límites de su falta de sostenibilidad, en lo contemporáneo, están vinculados a la incapacidad de que el modo de producción capitalista: a) materialice la salud como un derecho de todos; b) concrete la integralidad en la garantía del derecho a la salud de todos y c) rompa con la desigualdad histórica distributiva de salud como derecho de todos.

Esa conquista social y su garantía vienen realizándose en ese proceso. Desde la década de 1960, de excepción dictatorial, la lucha sigue su curso; se hace efectivo el Movimiento de Reforma Sanitaria y las organizaciones populares conquistan espacios. En

2013, por ejemplo, las manifestaciones de junio y la reunión de alcaldes en Brasilia, con el slogan “¿Dónde está el médico de la Atención Básica?”⁶, acabaron generando una respuesta social importante por parte del Estado: la provisión en carácter de emergencia del Programa Más Médicos.

Un eje importante que ha reafirmado esa lucha procesual es la comprensión de la necesidad de voluntad colectiva, por parte del Estado (sociedad política y sociedad civil)²⁹, para hacer efectiva la garantía del derecho a la salud y constituir sujetos³⁰ autónomos²⁸ suficientemente capaces de deliberar la propia vida y de ejercer el control social del SUS.

En este sentido, en una sociedad individualizada como la brasileña, en cuyo seno el concepto de riesgo tiene supremacía sobre el de producción concreta de salud, las relaciones sociales saludables, relatadas entre el médico cubano y los usuarios, parecen operar una acción política como conciencia de la necesidad histórica de garantizar la salud del territorio a partir de la producción de ciudadanos, “ante la realidad y ante la vida”³¹. Esta realidad acaba destacando el terreno epistemológico para la producción democrática de vínculo: el encuentro entre personas que se reconozcan iguales en ciudadanía. Una epistemología democrática, permeable, basada en el valor democrático de la producción de salud.

Impregnado de ese papel, el médico se muestra no como un instrumento de un Acuerdo de Cooperación y que llega al municipio buscando intereses profesionales y posibilidad de renta, para atender a enfermos, pedir exámenes y prescribir medicamentos. La postura es la de un promotor de salud que pertenece a la comunidad y que demuestra disposición para alimentar un vacío de los tiempos actuales: la interacción. Es en ese escenario de interacción social, de estrechamiento de las relaciones, que se lanzan las condiciones de posibilidad para el vínculo: “Él forma parte del municipio [...] (Aluísio de Azevedo) [...] se entiende bien con el pueblo (Casimiro de Abreu)”.

Es importante reafirmar que ese municipio estuvo más de un año sin médico en la Atención Básica, antes de la provisión en condición de emergencia del Más Médicos. En ese

contexto, el hecho de que la atención médica y la población local no estuvieran hegemonizadas en el modelo biomédico favorece las condiciones de posibilidades para la producción de vínculo. El mismo, al hacerse presente, abre caminos para una “ética de reconocimiento”^{30,28} en el espacio público de la atención básica: los usuarios se reconocen y reconocen al médico como ciudadanos (de derecho, aunque plurales), que son partes de una totalidad universal, cuyo lema es salud como valor democrático de derecho.

En esta tipificación de vínculo, en que el pueblo local construye el modelo teórico para la atención médica, la determinación social, el cuidado será producto de acciones sociales concretas, generadas por actores sociales igualmente concretos y en procesos históricos específicos. En este “caldo de cultivo de los procesos implicados en la producción de salud”^{32,17}, el modo de vida de la comunidad local obtiene continencia médica y la medicalización acaba actuando en su fase biopolítica positiva: promoviendo una cultura de atención médica compartida.

Otra cuestión señalada en declaraciones se refiere a la seguridad generada por la integración del vínculo. Si el médico forma parte y participa en el contexto local, se ve como parte del medio social, de la vida de las personas a las que cuida, de las relaciones cotidianas, proporciona seguridad a la población. En otro abordaje, los encuentros en los pasillos de la vida estrechan las relaciones de afecto, personales, familiares, de trabajo y generan una sociabilidad de tolerancia al riesgo. Ese producto, sumado a la garantía de salud como valor democrático, puede permitir que el morador local se sienta plenamente saludable, aunque sea, por ejemplo, hipertenso y diabético.

Una encuesta realizada en la Provincia de Roma, Italia, en 2007, con el objetivo de buscar las relaciones entre salud y sociedad en el contexto de la medicina de familia italiana, identificó que la producción de vínculo entre médico de familia y usuario encuentra condiciones efectivas de posibilidades en municipios pequeños, en donde la vida “corre de forma lenta”. Al contrario de los resultados generados en la ciudad metropolitana e industrial, el pueblo estudiado demostró que la producción de cuidado se realiza sobre una

idea peculiar de temporalidad que legitima relaciones solidarias horizontales³³, en las cuales el usuario es respetado en su autonomía de decidir el cuidado sobre sí mismo⁶. Esta encuesta corrobora los datos de ese estudio, de acuerdo con la declaración siguiente:

Nuestro municipio es pequeño, las personas se conocen más, se visitan, trabajan juntas. Las personas elogian a quien las atiende bien. Fue eso lo que pasó con ese médico (José de Alencar).

Es posible inferir que aunque el médico tenga una autoridad realizativa, produzca enunciados realizativos potencialmente fuertes para persuadir a un determinado usuario, en pro de la capacidad de resolución instrumental de su proceso salud-enfermedad, en el contexto de las relaciones de este estudio, la forma de ser del médico propicia la insurgencia de personas que confían en su capital cultural³⁴.

El análisis de esta categoría refuerza que todos los abordajes de salud, instituidos en un determinado tiempo histórico, deriva del estilo de pensamiento que circula en las relaciones históricas, sociales y culturales, en un determinado contexto. En esta lógica, el modo humanístico de actuación del médico y su disposición para el vínculo son frutos de su estilo de pensamiento, construido en un determinado momento histórico de su vida. Tal momento histórico corresponde exactamente a aquel que, un día, configuró y condicionó el horizonte que puede ser pensado por el médico: ejercer una medicina humanística y solidaria. Tales especificidades, al señalar la relación entre médico y usuarios, acabaron consistiendo en un instrumento de legitimación del modo que la comunidad local comprende la salud: horizontal y democrático³⁵.

De este modo, el vínculo demostrado por la comunidad en la relación con el médico cooperado acabó fertilizando la hegemonía de la determinación social. Es decir, el modo en que el médico y la comunidad comprenden la salud, en la práctica, se constituyó como una línea de base para la garantía del cuidado: la supremacía de la determinación social como

estilo dominante³⁶ de atención médica. En esa línea consistente de cuidado, los probables límites impuestos por la estructura física y tecnológica de la atención básica, así como por el contexto macro, en que los recursos municipales sufren los efectos de la crisis ética, política y económica que atraviesa Brasil, se hacen fluidos en el horizonte humano de un pueblo con tiempo para la vida.

En el cotidiano de las relaciones del espacio social estudiado, el vínculo no es un discurso, sino una construcción social edificada en el encuentro sin subyugados³⁶; en el encuentro ético-político. A partir de este modo de encontrarse, es posible percibir la expresión “trabajar en el ambulatorio” no como un valor que denota pequeñez, sino como una delicada expresión de grandeza, en la medida en que el médico “[...] es sencillito Martha Medeiros)”.

Sin embargo, los relatos expresaron:

Andan diciendo que [el Proyecto] se va a terminar. A mí me da miedo (Martha Medeiros). A mi edad, no puedo salir de madrugada para ir a otra ciudad para una consulta. (...) Antes de que llegara ese médico tenía que salir de casa a las 3 de la mañana para tener consulta en otro lugar (Martha Medeiros).

Esta relación dialéctica señala una cuestión histórica y social, descrita de forma sintética anteriormente: la interferencia del concepto de riesgo de vida probabilística en la producción concreta de salud, determinada socialmente por las condiciones de posibilidad del tiempo presente. Las personas no consiguen disfrutar de la alegría de la conquista de atención médica sin la amenaza del fin del Proyecto. Ese flujo entre la seguridad de la presencia y la inseguridad del fantasma de la ausencia acaba actuando como un condicionamiento negativo de salud de la población local. Al entender que la inseguridad tiene sus raíces en la sociedad riesgo³⁷ aquella que, con maestría, condiciona la salud del tiempo concreto a las incertidumbres del mañana, es posible entender que, aunque la

continencia de la salud del territorio, por parte del médico, sea un bien ético, hay una presión sistémica del pensamiento dominante de sociedades capitalistas: el de la imprevisibilidad.

Resulta importante subrayar que el miedo de perder la atención médica, humanística, democrática, integral y solidaria, acaba fragilizando el proceso de trabajo de toda la atención básica. Eso podría superarse por la efectiva calificación de la información por parte de los Ministerios responsables por la provisión en condición de emergencia. Por ejemplo, los supervisores de los médicos cooperados, como sujetos institucionales, podrían calificar el derecho a la información, incluyendo en sus procesos de trabajo la divulgación de que, en 2018, cuando concluya el Acuerdo de Cooperación, Brasil espera haber formado a residentes para componer los cuadros de la entonces provisión en situación de emergencia³⁷.

La información de calidad abre caminos comprensivos y se configura como un derecho social. No obstante, la fragilidad con que las informaciones circulan en los procesos vividos en territorios de la atención básica, en lo contemporáneo, han limitado la capacidad de que los servicios respondan a las necesidades concretas de salud del territorio³⁸. Este hecho social requiere reflexión y posicionamiento crítico, es decir, la iniciativa denominada provisión en condición de emergencia exige trato ético por parte de sus arquitectos, en el sentido de que se elucide su significado, objetivo y duración.

Si los usuarios toman conciencia del sentido de la provisión denominada como de emergencia; si ellos toman conciencia de la duración del Acuerdo y en qué medida podrán enfrentar algún período de tiempos sombríos (transición entre el final del Acuerdo de Cooperación entre Brasil y Cuba y la llegada de residentes), la sensación de riesgo puede diluirse. El problema es que no es raro que los procesos de implantación de políticas y programas sigan un curso de comunicación durmiente. Un curso de un tiempo sin tiempo para compartir informaciones.

El municipio conquistó su Unidad Básica de Salud (UBS), en 1997, que fue el año de su emancipación. Según registros locales, la atención médica de la atención básica estuvo

bajo la jurisdicción de diecinueve médicos entre 1997 y 2014, un promedio de 1 médico/año, siendo que en algunos períodos de este recorte la comunidad local estuvo carente de médicos. La rotación y el vacío de la atención médica, en algunos períodos, probablemente generaron una representación social de riesgo de vacío de continencia. Este riesgo acaba produciendo una materialidad desoladora: “salir de casa a las 3 de la mañana para tener consulta en otro lugar (Martha Medeiros)”.

En escenario de crisis macro-ética, política y económica el riesgo de la pérdida del médico, que ronda los espacios sociales de la atención básica, acaba maximizándose:

[...] tengo miedo de cuando el programa llegue al final... Hoy tenemos un profesional, ¿verdad?... cuanto el Programa se termine, ¿quién garantiza que va a haber médico (Machado de Assis)?;

A cada día que pasa, él conquista más a los moradores [...], cuando él se vaya nos va a hacer mucha falta (Martha Medeiros).

Las declaraciones señalan la inseguridad, la imprevisibilidad, de mirar la vida a partir de la incertidumbre del mañana. La garantía de la presencia de un médico que reside en el municipio ofrece confort y seguridad a la población de esa ciudad, asegurando una dimensión fundamental de la integralidad: la comprensión del movimiento del territorio.

Las declaraciones permitieron comprender que el médico cooperado se percibe como una conquista social para el territorio. Él no es evaluado con satisfacción por la comunidad a partir de su presencia per se o de acuerdo con su currículo, sino en función de las relaciones personales solidarias que formó con los munícipes.

Bernardino Fantini, director del Institut Universitaire D'histoire de la Médecine et de la Santé Publique, de la Universidad de Ginebra, ilumina con maestría la comprensión de Giovanni Berlinguer, médico, bioeticista, político y humanista italiano, sobre la atención

médica. Por haber dedicado su vida a la confrontación con las “realidades dramáticas” vinculadas a la salud, al trabajo y al derecho, él comprendía la atención médica como un espacio arquitectónico de producción y aplicación de conciencia médica, de ejercicio humanístico (ética) antes las tomas de decisión (política) cotidianas, en cuyo centro está la solidaridad²⁵.

Consideraciones

El objetivo del estudio fue comprender el impacto social cualitativo generado por la provisión en condición de emergencia del Proyecto de Cooperación del Programa Más Médicos, en el proceso de cuidado de personas de una pequeña localidad de Santa Catarina que padecía con la falta de médico en sus servicios desde hacía más de un año. Los datos revelaron que el estilo de pensamiento humanístico y solidario de atención médica, en el que la salud es socialmente determinada, genera disposición para que el médico sepa cómo son las personas y esta disposición favorece la producción de vínculo, en la medida en que proporciona condiciones para que la comunicada internalice que será cuidada por otro igual: en el caso de este estudio, “humilde y sencillo”. El vínculo se presentó no como un discurso, sino como una construcción social del encuentro ético-político. Este encuentro, autorizado por el modo de pensar y hacer medicina de un legítimo productor de salud, el médico cooperado, se ha presentado como el terreno epistemológico para la producción de un curso de emancipación en la vida de los usuarios, puesto que estos han demostrado más confianza en las relaciones cotidianas con su cuidador. No obstante, el recelo de perder la atención médica, producido por la falta de información sobre el proceso del Programa Más Médicos, ha resultado en una inseguridad social que ha generado sufrimiento. Este sufrimiento puede superarse por la realización de una señalización ético-política por parte del gobierno federal para la garantía del derecho a la información, en relación a las acciones programáticas para

el futuro de la provisión en condición de emergencia que se describen en la Ley del Programa.

Colaboradores

RG De Liz colaboró con la concepción y el diseño, participó activamente de la discusión de los resultados y contribuyó con la aprobación de la versión final del trabajo. RCGS Lima colaboró con la concepción y el diseño, participó activamente de la discusión de los resultados, realizó la revisión y contribuyó con la aprobación de la versión final del trabajo.

Referencias

1. Spriano P. Antonio Gramsci, Lettere del carcere. Torino: Einaudi; 2014.
2. Saviani D. O legado educacional do regime militar. *Cad Cedes*. 2008; 28(76): 291–312.
3. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*. 2005; 15(Supl):145–76.
4. Castel R. As armadilhas da exclusão. In: Castel R, Wanderley LEW, Belfiore–Wanderley M. *Desigualdade e a questão social*. São Paulo: Educ; 2008. p. 21–54.
5. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 28 Mar 2006.
6. Lima RCGS, Garcia Júnior CAS, Kerkoski E, Chesani FH. Programa Mais Médicos de Santa Catarina: breve relato de experiências iniciais. *Tempus, Acta Saúde Colet*. 2015; 9(4):67–80.
7. 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*. 23 Out 2013.
8. Boito Júnior A. A natureza da crise política. *Le Monde Diplomatique*. 1 Mar 2016. p. 4–5.
9. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47):913–26.
10. Programa Mais Médicos Governo Federal. Mapa de atuação. Municípios com Médicos do Programa [Internet]. Brasília; 2016 [citado 23 Jun 2016]. Disponível em: [http:// maismedicos.gov.br/consulta-por-cidade#](http://maismedicos.gov.br/consulta-por-cidade#).

11. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saude Publ.* 2008; 24(Supl 1):159–72.
12. Yin RK. Estudo de caso – planejamento e métodos. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
13. Bell J. Como realizar um projeto de investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação. Lisboa: Gradiva; 1997.
14. Yin RK. Applications of case study research. California: Sage Publications; 1993.
15. Pope C, Mays N, organizadores. 3a ed. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2a ed. São Paulo: Artmed; 2008.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
18. Assis MMA. Método de análise em pesquisa qualitativa em saúde. Feira de Santana: UEFS; 2003.
19. Manacorda MA. Antonio Gramsci: l'alternativa pedagogica. Roma: Riuniti; 2012.
20. Nabuco A. Michel Lowy: por um novo mundo, sem capitalismo. *Caros Amigos.* Dez 2015 16–20.
21. Sell CE. Racionalidade e racionalização em Max Weber. *Rev Bras Cienc Soc.* 2012; 27(79):153–72.
22. Cardoso LA. O conceito de racionalização no pensamento social de Max Weber: entre a ambiguidade e a dualidade. *Teoria Soc.* 2008; 16(1): 256–75.
23. Rosen G. Da Política Médica à Medicina Social: ensaio sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Geral; 1980.
24. Engels F. The condition of the working class in England 1845 [Internet]. Delaney T. Moscow: Institute of Marxism – Leninism; 1969 [citado 25 Mar 2016]. Disponível em: <https://www.marxists.org/archive/marx/works/1845/condition-working-class/>.
25. Berlinguer G. Storia della salute. Firenze: Giunti Editore; 2011.
26. 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.
27. Mejias Sanchez Y, Duany Machado OJ, Toledo Fernandez AM. Cuba y la cooperación solidaria en la formación de médicos del mundo. *Educ Med Super.* 2010; 24(1):76–84.
28. Lima RCGS, Verdi MIM. Solidarity in family medicine in Brazil and in Italy: reflecting on ethical issues and contemporary challenges. *Interface (Botucatu).* 2009; 13(29):271–83..

29. Coutinho CN. O Conceito Gramsci ano de “vontade coletiva”. In: Semeraro, G Oliveira MM, Silva-PT, Leitão SN. organizadores. Gramsci e os movimentos populares: Rio de Janeiro: Editora UFF; 2011. p. 45-52.
30. Fleury ST. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: Fleury ST, Lobato LVC. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 24-46.
31. Arias PG. La Cultura: estrategias conceptuales para comprender la identidad. La diversidad, la alteridad y la diferencia. Quito: Abya-Yala; 2002.
32. Collicelli C. La salute come processo sociale. Sanità e ricerca sociologica. Milano: Franco Angeli; 2011.
33. Lima RCGS, Verdi MIM. Reflexões sobre a relação entre saúde e sociedade no contexto italiano contemporâneo. Rev Bioét. 2011; 19(1):141-57.
34. Bourdieu P. A economia das trocas lingüísticas. São Paulo: Edusp; 1996.
35. Fleck L. La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Madrid: Alianza Editorial; 1986.
36. Gramsci A. Quaderni del carcere. 3a ed. v. 1. Torino: Einaudi; 2007.
37. Beck U. La società del rischio. Urbino: Carocci; 2011.
38. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013; 66(esp):158-64.

Translated by Maria Carbajal