

ALESSANDRA GOMES GARCIA

**MATRICIAMENTO E A QUALIFICAÇÃO DE MÉDICOS
GENERALISTAS: um estudo em um município de São Paulo**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de
São Paulo - UNIFESP para obtenção do título de
Mestre Profissional em Ensino em Ciências da
Saúde.

Santos
2020

ALESSANDRA GOMES GARCIA

**MATRICIAMENTO E A QUALIFICAÇÃO DE MÉDICOS
GENERALISTAS: um estudo em um município de São Paulo**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo -
UNIFESP para obtenção do título de Mestre Profissional em
Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ângela Aparecida Capozzolo

Santos
2020

FICHA CATALOGRÁFICA

G216m Garcia, Alessandra Gomes.
MATRICIAMENTO E A QUALIFICAÇÃO DE MÉDICOS
GENERALISTAS: um estudo em um município de São Paulo
. / Alessandra Gomes Garcia; Orientadora Ângela
Aparecia Capozzolo; Coorientador . -- Santos, 2020.
124 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado Profissional - Pós-graduação
Ensino em Ciências da Saúde) -- Instituto Saúde e
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2020.

1. Estratégia de Saúde da Família. 2. médico
generalista . 3. matriciamento . 4. Educação
Continuada . I. Capozzolo, Ângela Aparecia, Orient.
II. Título.

CDD 610.7

IDENTIFICAÇÃO DA BANCA

ALESSANDRA GOMES GARCIA

**MATRICIAMENTO E A QUALIFICAÇÃO DE MÉDICOS GENERALISTAS:
um estudo em um município de São Paulo**

PRESIDENTE DA BANCA

PROF^a DR^a ANGELA APARECIDA CAPOZZOLO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

BANCA EXAMINADORA

PROF^a DR^a VIRGINIA JUNQUEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

PROF^o DR. ADEMAR ARTHUR CHIORO DOS REIS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

PROF^o DR. BRUNO FERRARI EMERICH
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

PROF^a DR^a MARILIA CRISTINA PRADO LOUVISON
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

*“Comece desafiando suas próprias suposições.
Suas suposições são suas janelas no mundo.
Esfregue-as de vez em quando, ou a luz não
entrará”*

Alan Alda

DEDICATÓRIA

*Dedico esta produção à minha família, em especial
aos meus pais e meu amado filho, amigos e
orientadora por estarem ao meu lado encorajando o
meu caminhar...*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família pela paciência, compreensão e auxílio nesse processo intenso de produção que tanto contribuiu para minha (trans)formação pessoal e profissional.

Pai, mãe, sem vocês essa jornada não seria possível!

Lucca, filho, obrigada por ficar tão bem com vovó e vovô nos momentos de ausência da mamãe enquanto escrevia esse trabalho.

Amigos, agradeço imensamente pela contribuição de cada um... nossas conversas e vivências são contribuições para a vida! Amo vocês!

Ângela, minha querida orientadora e colega de trabalho em São Bernardo, obrigada pela paciência, compreensão e apoio nesse momento da vida tão intenso e de tantas mudanças.

Aos membros da banca, agradeço pelas contribuições e possibilidade de reflexão de minha prática profissional. Levarei para a vida!

Aos participantes da pesquisa, sem vocês nada do que está nessa produção seria possível. Agradeço imensamente por compartilharem suas práticas, suas dúvidas e suas inquietações comigo.

Obrigada!!!!

RESUMO

Esta investigação surge a partir de inquietações decorrentes da minha experiência como profissional de saúde pública no município de São Bernardo do Campo, SP. Este município, no período 2009 a 2016, realizou investimentos significativos na estruturação de sua rede de serviços de saúde com diversos arranjos e dispositivos de qualificação do cuidado: colegiados de gestão, apoio institucional e matricial, espaços de educação permanente, entre outros. A Atenção Básica municipal foi organizada no modelo de Estratégia de Saúde da Família Ampliada, onde além da equipe mínima com médico generalista há especialistas de cuidado primário – pediatras, clínicos gerais e ginecologistas – que tem como perspectiva o matriciamento dos profissionais da equipe e, em especial dos médicos generalistas. O objetivo desta pesquisa foi analisar processos de matriciamento propostos aos médicos generalistas em equipes de Saúde da Família Ampliadas deste município. E teve como objetivos específicos mapear processos de matriciamentos ofertados aos médicos nas Unidades de Saúde da Família Ampliada; compreender efeitos dos processos de matriciamento na prática clínica na perspectiva dos médicos generalistas e discutir e analisar as problemáticas e potencialidades apontadas pelos médicos para atuar nesse modelo de atenção à saúde. Para esta pesquisa, foi utilizada metodologia qualitativa com inspiração cartográfica. Foram realizadas rodas de conversa com os médicos generalistas de duas Unidades Básicas de Saúde, sendo três rodas na UBS 01 e duas rodas na UBS 02. O material produzido na roda era transcrito após cada encontro e servia de subsídio para disparar o encontro posterior. Além disso, foi realizada entrevista com uma gestora que atuava no município no período citado e memórias da pesquisadora também compuseram a produção dos dados. A produção dos dados foi constantemente atravessada por mudanças que ocorreram no município, como a mudança de gerentes das unidades, o desligamento de médicos generalistas ao longo da pesquisa e da própria pesquisadora. Cada material foi analisado separadamente e depois em conjunto, sendo aglutinado em quatro eixos. Os médicos generalistas que participaram da pesquisa trouxeram importantes resgates acerca de suas trajetórias formativas e profissionais. Além disso, a atuação como médico generalista também foi abordada, havendo diferentes percepções quanto à complexidade técnico relacional desta prática, principalmente diante de um modelo assistencial que extrapola as ações de cuidado para além das ações programáticas. Há um reconhecimento por parte dos médicos generalistas da potência dos matriciamentos para a qualificação dos encaminhamentos; ampliar o acesso e a resolutividade do cuidado e também aprendizagem. No entanto, apontaram que relações de trabalho hierarquizadas, práticas fragmentadas e tensões decorrentes de diferentes modos de se pensar o cuidado em saúde colocam o matriciamento em disputa e, portanto, requer organização do processo de trabalho e aproximação da Gestão e gerência para favorecer a efetivação dos processos de matriciamento.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família; médico generalista; matriciamento; Educação Continuada.

ABSTRACT

This investigation derives from upheavals caused by my experience as a public health professional in the city of São Bernardo do Campo, SP. Such city, from 2009 to 2016, has significantly invested in structuring their health service network with plenty of care qualification devices and settings: management collegiate, institutional and matricial support, permanent education areas, among others. The city's Basic Care follows the Expanded Family Health Strategy (ESF), where, apart from the minimal team with a general practitioner, there are primary care specialists – pediatricians, GPs and gynecologists – whose perspective is the matricial support of the team professionals and especially the general practitioners. This research aimed at analyzing matricial support processes proposed to general practitioners from Expanded Family Health teams in this city. Its specific goals were to map matricial support processes offered to doctors from Expanded Family Health Units; to understand effects of the matricial support processes in clinical practices from the general practitioner's perspective, discuss and analyze the problematics and potentialities observed by the doctors in order to use this health care model. For this research, qualitative methodology with cartographic inspiration has been used. Dialogue circles with general practitioners from two Basic Health Units (UBS) have taken place, three circles at UBS 01 and two circles at UBS 02. The material collected in the circles has been transcribed after each meeting and has served as a springboard for the following meeting. Besides that, an interview with a manager working in the city within the mentioned period has been conducted and her memories have also composed the produced data. The data production has been constantly crossed by changes in the city, such as the replacements of unit managers, the resignation of general practitioners and the researcher herself during the research period. Each material has been analyzed separately and then together, being agglutinated in four axles. The general practitioners who have participated in the research have contributed with relevant memories regarding their professional and educational backgrounds. Apart from that, the work as a general practitioner has been approached, with different perceptions about the technical-relational complexity, mainly facing an assistance model which extrapolates the care actions to a level beyond the programmatic actions. General practitioners are aware of the power of matricial support for the qualification of referrals; expanding solvability and access to care and also learning. However, it has been perceived that hierarchic work relations, fragmented practices, as well as tensions from divergent ways of considering health care, make matricial support disputable and, therefore, requires work process organization and attention by Management and managers in order to ensure the matricial support processes.

Keywords: Family Health Strategy; general practitioner; matricial support; Education Continuing.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CH - Carga horária

DAB – Departamento de Atenção Básica

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

EP - Educação Permanente

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PMM - Programa Mais Médicos

PMMB – Programa Mais Médicos Brasil

PSF – Programa de Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAS – Rede de Assistência à Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Caracterização das UBS campo da pesquisa.....	33
Quadro 2. Caracterização dos médicos participantes da pesquisa	41

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1.Por onde andei	13
1.2.Vivendo e aprendendo, aprendendo e vivendo	18
2. PERCURSO METODOLÓGICO.....	30
2.1.São os passos que fazem os caminhos.....	30
2.2.Os caminhos da pesquisa.....	32
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
3.1.Trilhas profissionais.....	38
3.2.O trabalho no modelo de Saúde da Família no município de São Bernardo do Campo.....	43
3.3.Generalistas e as práticas de cuidado.....	56
3.4.Matriciamto: entre possibilidades e desafios	65
3.4.1. Matriciamto e a qualificação da Rede de Atenção à Saúde	65
3.4.2. Matriciamto e a qualificação do cuidado da Atenção Básica	72
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
6. ANEXOS.....	95
6.1.Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	95
6.2.Roteiro para as rodas de conversa	97
6.3.Relato 1º encontro UBS 01.....	98
6.4.Relato 2º encontro UBS 01.....	103
6.5.Relato 3º encontro UBS 01.....	107
6.6.Relato 1º encontro UBS 02.....	112
6.7.Relato 2º encontro UBS 02.....	119

1. INTRODUÇÃO

1.1. Por onde andei...

Minha trajetória no Sistema Único de Saúde (SUS) se inicia no município de São Paulo durante a graduação em Terapia Ocupacional¹ pela Universidade de São Paulo (2007). As atividades nas disciplinas de prática supervisionada e nos estágios me despertaram um especial interesse pelo trabalho em equipe e pela saúde pública.

Passagens pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pelo Centro de Saúde Escola com a possibilidade de estar em equipes multiprofissionais, de discutir e planejar ações em conjunto, de aproximação com a comunidade para escutá-la e elaborar propostas de cuidado serviram para vislumbrar desafios e potencialidades do trabalho em equipe e da atuação em saúde pública.

E chega a formatura...

A ansiedade de iniciar a atuação em minha área de formação me acompanhava. Oportunidades de trabalhar em clínicas particulares começam a aparecer. Opto por complementar minha formação com uma especialização voltada à abordagem da prática clínica. O curso escolhido? Especialização em Terapia Ocupacional: Uma Visão Dinâmica em Neurologia (2010).

Traço aí o início de minha atuação profissional como terapeuta ocupacional em uma clínica de reabilitação cognitiva, física e de inclusão escolar. Os processos que vivenciei ao longo de dois anos foram muito ricos e resultaram em um amadurecimento profissional importantíssimo. Deparei-me com companheiros de equipe (que nem sempre eram tão companheiros assim) com uma diversidade de compreensão sobre o cuidar do outro, sobre a atuação na área de reabilitação, enfim, sobre as situações que permeavam o cotidiano do serviço. O trabalho era considerado multidisciplinar e até mesmo interdisciplinar, mas na verdade, os diferentes profissionais atuavam isoladamente, de forma desconexa e fragmentada. Eu acreditava naquele trabalho? Não. Não era bem essa minha ideia de atuação.

Retomo a procura por diferentes rumos e, em 2010, recebo o edital do processo seletivo para apoiadores em saúde no município de São Bernardo do Campo.

¹Descrição da proposta de formação em Terapia Ocupacional disponível em <http://prceu.usp.br/uspprofissoes/profissoes/terapia-ocupacional/>

Era a oportunidade de atuar na Saúde Pública. Decido participar do processo seletivo e sou aprovada!

Em junho do mesmo ano inicio nessa função que tanto me enriqueceu, com expectativas de contribuir para as inúmeras atribuições contempladas no edital² de convocação do processo seletivo, entre as quais destaco: participar na produção do cuidado individual e coletivo numa perspectiva ampliada; trabalhar em equipe multiprofissional, facilitando a articulação entre os trabalhadores de diferentes unidades de saúde, respeitando e valorizando os seus saberes; realizar o apoio matricial às equipes de Atenção Básica, Especializada, Urgência e Emergência, Hospitalar e de Saúde mental, o que incluía contribuir para a construção compartilhada de projetos terapêuticos e para a ampliação das ferramentas das equipes para o enfrentamento de casos complexos; apoiar, em articulação com a gerência das unidades, a reorganização do processo de trabalho das unidades de atenção à saúde, no sentido da responsabilização, vínculo, continuidade da atenção e olhar ampliado, indispensáveis à integralidade; buscar articulação com os segmentos organizados da sociedade e outros equipamentos relevantes para ampliação da qualidade de vida e do cuidado à saúde no território.

Havia no Município uma aposta em construir uma “rede a quente”, onde os serviços de saúde deveriam tomar “a vida dos usuários como referência fundamental para o cuidado de modo que as equipes de vários pontos da rede se conectassem, apoiassem e produzissem projetos terapêuticos compartilhados” (BERTUSSI; FEUERWERKER; LOUVISON, 2016, p.358). O Apoiador seria, portanto, um agenciador desse processo, aproximando os pontos da rede: um apoiador de rede. Não era uma função nada simples cuja intencionalidade era apoiar processos institucionais prioritariamente na Atenção Básica (AB) na perspectiva da articulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para produção do cuidado.

E adentro nesse mundo... Vou em busca de entender que contexto é esse que passo a integrar, afinal, como discutir uma lógica de organização de serviço, rede e cuidado sem conhecê-los? E ainda, em uma rede que vinha sendo reconstruída, desde 2009, quando tem início uma nova gestão no município, com uma aposta importante de qualificar o cuidado em rede.

² Documento disponível em <http://www.sinpsi.org.br/publicacao/edital-apoiadores-revisado-marco-2010.pdf>.

Frente à necessidade de ampliar minhas ferramentas sobre processos de trabalho e de cuidado, iniciei a Especialização em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde (2015). Ressalto que esse curso propiciou uma fase de muitos aprendizados, de aproximação com autores da saúde pública, com terminologias específicas e conceitos. E o mais interessante do processo foi poder compartilhar essa riqueza com os trabalhadores da rede, ampliar, rever ou fundamentar práticas já realizadas.

Compartilhamento esse possível a partir da atuação como apoiadora em saúde que se constitui por um “estar entre”, que não pertence a nenhum serviço e também não é integrante da gestão, mas permeia esses espaços. Uma atuação que me possibilitou aprender a partir de experimentações dos processos de trabalho, dos encontros entre gestores e profissionais, destes entre si e com as pessoas que cuidam; aprender com o “trabalho vivo em ato”³.

Durante cinco anos habitei esse lugar. Quantas coisas vi, ouvi, vivenciei, provoquei, auxiliei e fui provocada, auxiliada, desafiada. Aprendi. Aprendi sobre a necessidade de estar sensível ao outro, e que esse outro é mobilizado a partir de suas concepções que coloca em disputa. Como referem Merhy e Feuerwerker (2011), no mundo do trabalho há uma multiplicidade de projetos pessoais e profissionais que por meio dos encontros, confrontos e negociações entre os vários atores pode gerar processos de aprendizagem.

Não, não é fácil habitar esse lugar. Nem sempre são sorrisos. Sim, há momentos de tensões que se não forem trabalhadas no coletivo e ressignificadas, tendem a se transformar em conflitos que não contribuem para qualificar o cuidado.

Afinal, as organizações de saúde formam-se como território tensional em si, pois se constituem em espaço de intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem que disputam o caminhar cotidiano com as normas e regras instituídas para o controle organizacional. Portanto, autogoverno dos trabalhadores é constitutivo do trabalho em saúde e a tensão entre autonomia e controle está, sem dúvida, presente em todas as organizações (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

³ Conceito apresentado por Merhy como: trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado como fonte de energia criativa e criadora. (MERHY e FRANCO, 2008)

Mendonça (2008) também considera que as tensões, ainda que desconfortáveis, podem ser potentes instrumentos analisadores dos processos de trabalho instituídos, permitindo impulsionar a produção da novidade no trabalho da equipe. Entretanto, este novo só pode se dar se nos permitirmos deixar o nosso território de proteção, em que nos isolamos e protegemos, e buscarmos um encontro real com o outro, afetando e sendo afetado por este encontro.

Assim, como abordado por Carvalho (2009), devemos estar atentos para o papel dessas tensões para qualificarmos o processo de trabalho. Podemos aprender a lidar com elas nos permitindo entender, valorizar e respeitar o outro. Para além disso, acolher essas tensões pode ser uma fonte essencial de energia para produzir educação permanente, construindo novos significados cotidianos dos jeitos de ser e de produzir saúde dentro da equipe e para os usuários.

Estar numa posição de apoiadora, cuja atuação necessitava tomar as constantes tensões para aprendizagem e construção de novos caminhos para a prática, não era fácil. Estar nessa função, muitas vezes, pareceu ser um limitador para produção de mudanças e, depois de um tempo, já esgotada com processos que pareciam não evoluir, ou ainda, evoluir lentamente - equipes de saúde da família que seguiam atuando de forma centralizada na figura médica, profissionais que trabalhavam isoladamente em seus consultórios; serviços sendo organizados, aparentemente, a partir de visões gerenciais diversas do modelo assistencial proposto, entre outros - decido procurar outros desafios.

E nesse caminho, uma oportunidade surgiu com a abertura de um processo seletivo para gerente de UBS no mesmo município... decido participar, imaginando que estar nesse lugar poderia conferir maior autonomia e resolutividade para intervir nos processos de trabalho. Em novembro de 2015 inicio minha atuação como Coordenadora Técnica de Estratégia de Saúde da Família Ampliada (ESF Ampliada), onde permaneci até dezembro de 2018.

Ao assumir a gerência, iniciei um processo delicado entre conhecer, planejar e intervir na organização do processo de trabalho e de cuidado acreditando na potência da cogestão⁴, mas na medida em que me aproximava do cotidiano da unidade, ficava

⁴ “Método de gestão do trabalho que tem como pressuposto a construção da democracia organizacional e que tem como objetivo aumentar a capacidade de análise e intervenção dos coletivos”. (CUNHA e CAMPOS, 2010, p.31)

cada vez mais clara a necessidade de aprofundar o meu conhecimento.

Percebo diversas questões no cotidiano do serviço que mereciam ser revistas tais como: reuniões de equipes muito burocráticas, reuniões na unidade pouco aproveitadas para discussão do processo de trabalho; práticas cotidianas ainda cristalizadas em um modelo assistencial ambulatorial; dificuldades para produzir mudanças no processo de trabalho e nas práticas de cuidado realizado, em especial, dos médicos generalistas e dos médicos das grandes áreas presentes na unidade. Sinto a necessidade de buscar por referenciais e ferramentas para intervir e modificar processos que haviam se estabelecido na unidade.

Talvez, faltasse amadurecer mais a ideia de que o trabalhador não é uma “página em branco” onde o gestor coloca ali todo seu projeto, sendo acatado sem questionar, e sim que este profissional é munido de ideias, valores e concepções, que também são colocadas em disputas (CECILIO, 2007; FEUERWERKER, 2014).

Das ideias até então apresentadas e, agora como gestora local de uma Unidade Básica de Saúde organizada na lógica da ESF Ampliada passei a ser provocada a aprofundar o olhar para as potencialidades e desafios desse modelo de organização adotado pelo município.

Daí a aproximação com a proposta do mestrado profissional por entender que poderia favorecer uma articulação teórico prática para a organização e intervenção nos processos de trabalho cotidianos, na perspectiva de um o gestor que acredita e defende que os trabalhadores tenham possibilidade de serem criativos em seu cotidiano do trabalho para que o cuidado seja de fato resolutivo, viabilizando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Afinal, o Brasil vivencia, desde a década de 70 com a Reforma Sanitária e com inúmeros movimentos populares de saúde, a implementação de novos modelos assistenciais com vistas à consolidação de políticas de atenção à saúde e de um sistema

⁵ As ações de promoção da saúde devem ser empreendidas por meio de um movimento articulado de políticas sociais que respondam aos problemas dos grupos populacionais. Dessa forma, é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo e, por isso, incorpora valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria que se constitui numa combinação de estratégias, envolvendo vários atores: Estado, comunidade, família e indivíduo. Portanto, não constitui responsabilidade restrita do setor saúde, mas de uma integração entre os diversos setores do governo municipal, estadual e federal, os quais articulam políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais à população. (MACHADO *et al*, 2007)

de saúde que tenha como perspectiva atender e se aproximar de todos os indivíduos de forma permanente, humanizada e resolutiva e valorizar a promoção da saúde⁵, autonomia da população e sua corresponsabilidade no processo saúde doença. (COHN e ELIAS, 2005).

Aqui se apresenta minha implicação como pesquisadora, mobilizada pelas vivências do cenário local que me trazia dúvidas quanto à contribuição dos vários investimentos do município de São Bernardo do Campo para um processo de cuidado integral considerando a heterogeneidade das singularidades que portam cada sujeito envolvido nesse cuidado.

1.2. Vivendo e aprendendo

Aprendendo e vivendo

O processo de implantação do SUS enfrenta inúmeros desafios, visto que representa uma proposta de ação renovada em saúde que demanda mudanças no modelo hospitalocêntrico, nas práticas predominantes fragmentadas, medicalizantes e pouco resolutivas (MACHADO *et al*, 2007). O Brasil viveu, ao longo das últimas décadas, uma série de tentativas de mudanças na forma e no conteúdo de prestar atenção à saúde.

Podemos dizer que a Rede de Atenção à Saúde constitui-se de arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e assistenciais, que devem ser articulados de forma complementar, sendo fundamental o papel da Atenção Básica na coordenação do cuidado para atender as necessidades de saúde de um dado território (BRASIL, 2012). Autores como Kringos, Boerma, Davis (*apud* GIOVANELLA, 2018) salientam que o seguimento adequado de agravos crônicos, nesse nível de atenção minimiza riscos de erros, previne complicações e reduz custos.

Experiências concretas de organização de redes básicas de saúde foram implementadas no nosso país com o intuito de estruturar o sistema de saúde, havendo o investimento, em particular a partir de 1988, na ampliação do número de UBS e Centros de Saúde (COSEMS, 2008 *apud* CHIORO DOS REIS; BERTUSSI; FUENTES, 2014).

Em 1994, o Brasil iniciou a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente assumido como Estratégia de Saúde da Família (ESF) cuja operacionalização ocorreu mediante a implantação de equipes multiprofissionais - ainda que fortemente centrada no médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente

comunitário de saúde - em Unidades Básicas de Saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de pessoas localizadas em uma área geográfica delimitada, que devem atuar com ações de promoção à saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças, agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade (BRASIL, 2011; SOUSA, 2014). Enfatiza-se a importância de ampliar e qualificar o trabalho dos médicos, afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção de saúde que passam a ter como núcleo do cuidado as famílias, abordadas e compreendidas a partir do meio onde vivem. Trata-se de uma prática generalista (BRASIL, 2011).

Sousa, Franco, Mendonça (2014, p.26), destacam que, “ao longo de sua existência, a ESF tem mostrado que um outro jeito de fazer e pensar saúde, é possível.” De fato, trata-se de uma quebra de paradigma ao propor-se o deslocamento do olhar da doença para a saúde, da prevenção para a promoção, dos objetos para os sujeitos, do objetivo para o subjetivo, dos conhecimentos disciplinares para transdisciplinares e, sobretudo, para a intersectorialidade.

No entanto, um dos entraves a esse modelo de atenção refere-se à necessidade de profissionais que sejam capazes de ler os processos de saúde doença de forma mais acolhedora, humana, solidária e generosa. (SOUSA; FRANCO; MENDONÇA, 2014). Como abordado por Machado *et al* (2007), historicamente, a formação dos profissionais não ocorreu em consonância com tal modelo de cuidado: um cuidado integral à saúde.

Como abordam Hubner e Franco (2007), a formação dos profissionais de saúde, em específico a formação médica, fixa como linhas gerais, a ideia de que a qualidade de formação seria igual à capacidade de dominar e aplicar corretamente os princípios das disciplinas biológicas e da clínica médica. No entanto, o médico, com um olhar generalista, deve ter uma atuação mais ampla incluindo abordagem das dimensões subjetivas, sociais e ações preventivas no atendimento individual e na comunidade.

De acordo com Campos e Belisário (2001), espera-se do profissional generalista competência e capacidade de integrar o cuidado individual com o da comunidade no alcance da qualidade, o que contribuiria para um melhor custo-efetividade e equidade nos sistemas de saúde, visando o objetivo da Reforma Sanitária de “saúde para todos.”

Capozzolo (2003) ressalta que o médico generalista se apresenta como profissional que se contrapõe aos atendimentos especializados e fragmentados, o que

poderia promover maior racionalização no uso de tecnologias e consequente redução de custos.

O programa aposta no médico generalista/de família para se contrapor ao atendimento especializado e, assim, promover maior racionalização no uso das tecnologias e consequente diminuição de custos. Baseia-se na ideia de que o atendimento de todos os membros da família proporciona uma visão mais abrangente ao profissional, bem como a organização do trabalho proposta propicia maior sensibilização social dos profissionais e os induz a pensar mais contextualmente, resultando num estímulo ao trabalho em equipe e humanização das práticas.” (CAPOZZOLO, 2003, p. 91)

Os médicos generalistas seriam responsáveis pela continuidade e coordenação do cuidado, ainda que fosse necessário referir o usuário a outros especialistas. Para tal, seria importante um olhar que não se restringisse aos riscos biológicos, mas que considerasse as fragilidades subjetivas e sociais e que favorecesse o autocuidado dos sujeitos, ampliando sua capacidade de pensar, agir e criar novos modos de vida diante de sua doença e contexto.

Campos (2006) refere-se a uma Clínica Ampliada no seu objeto, meio e finalidade com abordagem e intervenção nos aspectos biológicos, subjetivos e sociais do sujeito e também no coletivo, nos grupos sociais, nas famílias e instituições. Ou seja, uma clínica que, além da doença, inclui o sujeito e seu contexto, a responsabilidade com a saúde individual e coletiva.

Estão aí caracterizados os componentes norteadores de um cuidado em saúde resolutivo, o que requer diversificar o repertório de ações, reformulando a relação clínica e os processos de Educação em Saúde⁹, por meio da construção de uma relação baseada no diálogo, negociação, vínculo, responsabilização e, portanto, menos prescritiva. (CAMPOS *et al*, 2014)

Segundo Cunha (2010), ao falarmos em Clínica Ampliada estamos reconhecendo que os sujeitos cuidadores e cuidados estão imersos em uma teia de forças permeada por diferentes conhecimentos que constroem um roteiro de cuidado por

⁹ Em Machado *et al* (2007), Educação em Saúde é abordada como a articulação entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação no quadro da saúde da população. Entretanto, tem se demonstrado que na prática há uma predominância de paradigmas de educação em saúde que reforçam práticas reducionistas, requerendo questionamentos para o alcance de ações integradas e participativas. Uma educação em saúde nos moldes da integralidade inclui políticas públicas, ambientes apropriados para além dos tratamentos clínicos e curativos, comprometida com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, envolvida na melhoria da qualidade de vida.

meio de costuras. Trata-se de um espaço que permite uma relativa liberdade de produção do novo, sendo um aprendizado mútuo.

Cecílio e Lacaz (2012) destacam que as práticas de cuidado devem considerar o quadrilátero das necessidades de saúde que para estes autores são compostas por: acesso a boas condições de vida, uma vez que o modo como vivemos é determinante na maneira como adoecemos e morremos; acesso às tecnologias de saúde; vínculo com os profissionais e autonomia no modo de andar a vida que, a depender do acesso aos elementos anteriores, poderá ou não proporcionar que as pessoas caminhem com a vida mesmo com um ‘diagnóstico’. O trabalho em saúde teria como objetivo produzir o cuidado que as pessoas necessitam em algum momento da vida: cuidar, diminuir sofrimento, salvar vidas, contribuir na construção de uma vida produtiva e feliz.

O cuidado à saúde envolve práticas de acolhimento, de vínculo, de responsabilização e compromisso pela resolução dos problemas e para ampliar a autonomia e abrange aspectos sociais, econômicos e políticas de saúde (FERRI, 2007). Caracteriza-se um importante conceito em que a saúde é considerada como resultado de diversos determinantes que requer um olhar para o território e ações de vigilância, uma vez que o cuidado não é apenas centrado na doença, mas na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco

Portanto, qualificar o trabalho da Atenção Básica para responder às necessidades de atenção à saúde e produzir cuidado exige mudanças nas práticas dos profissionais, em especial dos médicos, na constituição de uma clínica que vá para além do biológico e de prescrições de medicamentos e exames.

Diversos dispositivos e arranjos gerenciais têm sido experimentados na tentativa de produzir mudanças nas práticas e contribuir para ampliar a clínica dos profissionais, para realizar abordagens e intervenções com a incorporação de outros saberes. Dentre eles destacamos o matriciamento como um importante dispositivo de formação em ato

Matriciamento ou apoio matricial pode ser considerado um modo de produzir saúde entre profissionais ou equipes, que em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, podendo ser entendido com base no que apontam Figueiredo e Campos (2009) enquanto um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações.

Nesse contexto, num processo de construção coletiva do cuidado, os profissionais de diversas áreas compartilham o seu saber. Ação essa que pode produzir novos modos e lugares de cuidado. Campos (2000) destaca que existe o núcleo, específico de cada especialidade ou profissão e o campo – comum a todos os profissionais e, portanto, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão busca em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

Assim, o apoio matricial visa assegurar retaguarda às equipes e profissionais responsáveis pela assistência à saúde de indivíduos, sendo o matriciador um especialista que tem um núcleo de conhecimento e perfil distinto que pode agregar recursos do saber e contribuir com intervenções que aumentam a capacidade de resolver problemas de saúde pela equipe. (CAMPOS e DOMITTI, 2007)

O apoio matricial diferencia-se da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico, apesar de não se caracterizar pelo atendimento especializado dentro de uma UBS. O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de equipes e comunidades. (BRASIL, 2011)

Frederico (2014) e Schatschneider (2012) chamam de matriciamento o encontro de diferentes profissionais que ocorre na discussão de um caso, no atendimento compartilhado, na visita domiciliar conjunta, na discussão para facilitação de um grupo de educação em saúde, na reflexão do perfil epidemiológico e estratégias de prevenção e promoção da saúde, na articulação da rede e das políticas públicas em prol do cuidado aos usuários nas suas demandas, necessidades e desejos. Para esses autores, trata-se de um importante espaço de educação permanente em ato, um espaço de troca e aprendizado para todos os envolvidos que experimentaram seus saberes em um complexo contexto recheado de variáveis e têm potencial para fomentar uma reflexão crítica do fazer dos profissionais de saúde.

Na Atenção Básica, o matriciamento pode contribuir para maior vinculação do usuário ao serviço, sem diluição de responsabilidades, superando a lógica de encaminhamentos e da fragmentação do cuidado, permitindo que os profissionais se sintam apropriados do planejamento e execução do processo de cuidado ao usuário (GOMES, 2006).

Vale ressaltar que várias experiências municipais importantes ocorreram, dentre elas, a do município de São Bernardo do Campo, que implantou as equipes de

apoiadores em rede que, como abordado anteriormente, atuavam na perspectiva de contribuir para a produção do cuidado individual e coletivo numa perspectiva ampliada.

Além disso, o mesmo município adotou a política de Educação Permanente, aderiu à Residência multiprofissional e médica ao transformar os serviços em rede de saúde escola, incorporou médicos das grandes áreas às Equipes de Saúde da Família fazendo matriciamento e formação dos generalistas, um arranjo denominado de ESF Ampliada que o município utilizou na estruturação de sua rede de Atenção Básica

Entre 2009 e 2016, foi um período de intensas mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde deste mesmo município, em especial da Atenção Básica, com ampliação da cobertura pelas equipes de Saúde da Família e mudanças da lógica de se produzir o cuidado. Havia uma aposta na construção coletiva e multiprofissional de projetos terapêuticos e na formação em serviço dos profissionais de saúde.

A rede de Atenção Básica até então contava com apenas 6% de cobertura populacional pela ESF, sendo fundamentalmente organizada no modelo tradicional de Unidades Básicas de Saúde (UBS), com uma atenção médica centrada, de baixa resolubilidade, sem adscrição de clientela e responsabilização sobre o território, bem como com baixa corresponsabilização junto aos demais pontos de assistência. (CHIORO DOS REIS; BERTUSSI; FUENTES, 2014)

Essa mesma gestão municipal realizou grande investimento na rede de saúde pública, reformando 32 das 34 UBS, além da ampliação da rede de Saúde Mental por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); ampliação da rede de atenção especializada e também dos hospitais. (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2016)

Como descrito na Política Municipal de Saúde (2014), as UBS foram organizadas tendo por base o seu território e as necessidades em saúde da população. Diante disso, o município foi dividido em 09 territórios de saúde composto cada um, de 3 a 5 UBS – cujo trabalho é desenvolvido prioritariamente por meio do enfoque familiar – e 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), além de outros serviços como CAPS, especialidades e hospitais, localizados no território, que compunham a rede de atenção.

Nesse contexto, a AB foi gradativamente se transformando. Optou-se por estruturá-la, majoritariamente, na lógica da Estratégia de Saúde da Família, sendo que, das 34 unidades no município, apenas duas permaneceram como UBS Tradicionais, sete como ESF Tradicionais e vinte e cinco como ESF Ampliadas, sendo essa última uma composição peculiar que eu não conhecia, cuja proposta contempla, além da equipe

mínima de ESF, a presença de médicos de grandes áreas – pediatra, ginecologista e clínica geral – que incluíam o matriciamento dos generalistas na rotina de trabalho.

As Equipes de Saúde da Família Ampliadas já haviam sido implantadas no município de Campinas, que adaptou o Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde ao contexto sanitário do município considerando a construção histórica da rede de saúde local, ou seja, Unidades Básicas já estruturadas com especialistas de cuidado primário (pediatras, clínicos e ginecologistas). Tal experiência trouxe muitas contribuições para a organização da rede de atenção básica de São Bernardo do Campo.

Rosa (2014) refere que Campinas inspirou-se na proposta do Paideia⁷, que buscou superar alguns limites da clínica e dos modos como os serviços se organizavam para produzir a atenção à saúde e responder às necessidades de saúde da população. Além da ampliação da equipe, propôs inovações organizacionais com vistas à mudança do modelo médico-centrado. Dessas inovações, destacam-se espaços de discussão regulares e reuniões de equipe, presença de equipe de saúde mental na Unidade Básica de Saúde, existência de apoio matricial de diferentes áreas de formação para a construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) para os casos de maior risco clínico e vulnerabilidade social, grupos de educação, promoção à saúde e outras estratégias. (ONOCKO-CAMPOS *et al*, 2012)

Campos *et al* (2014) define esse programa como uma rede conceitual e metodológica para dar suporte à cogestão de coletivos a partir de três eixos: apoio institucional, apoio matricial e clínica ampliada e compartilhada⁸. Ao eixo apoio institucional, cabe a função gerencial de possibilitar as relações entre serviços, gestores e trabalhadores de forma horizontalizada; o apoio matricial sugere um modo de funcionamento de trabalho em rede que valoriza a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais de uma mesma equipe ou de uma mesma rede de serviços.

Em relação à clínica ampliada e compartilhada, trata-se também de uma estratégia de compartilhamento do projeto terapêutico entre usuários e profissionais, proporcionando uma relação participativa de todos os envolvidos no processo do cuidado.

⁷ Termo grego que indica a formação integral do ser humano e faz referência à abordagem ampliada de saúde, ou seja, para além do biológico, o entendimento de saúde enquanto fruto da sociabilidade, da afetividade, das relações sociais e com o meio ambiente (CAMPOS, 2003)

⁸ Discussão abordada pela Cartilha da Política Nacional de Humanização - Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular (2013).

A experiência de São Bernardo do Campo traz muitos desses elementos. O modelo de Estratégia de Saúde da Família Ampliada nesse município contava com equipes multiprofissionais responsáveis por 6.000 a 8.000 habitantes. No que diz respeito aos médicos, incorpora, além do generalista, o clínico geral, o ginecologista e o pediatra.

“não com o intuito de centrar o cuidado na prática do especialista, mas sim na valorização da prática clínica das diversas áreas de conhecimento da medicina, explorando a expertise da medicina de família e comunidade e ampliando a resolubilidade da atenção na rede básica (...) contando com o matriciamento proporcionado pelos médicos especialistas dentro das equipes.” (CHIORO DOS REIS, BERTUSSI E FUENTES, 2014, p.219)

De acordo com esses mesmos autores

“ao invés de centrar o cuidado na prática do especialista, passou-se a valorizar a prática clínica dos generalistas, produzida em equipe interdisciplinar, explorando assim a expertise em torno da Estratégia de Saúde da Família.” (CHIORO DOS REIS, BERTUSSI E FUENTES, 2014, p.215)

Houve uma valorização da equipe multiprofissional, sendo que em todas as UBS contavam com equipes de saúde mental compostas por assistente social e psicólogo, também equipe de saúde bucal, composta por dentista e auxiliar de saúde bucal. Portanto, a organização da Estratégia de Saúde da Família de São Bernardo do Campo diferencia-se em relação às ESF tradicionais pela presença de médicos especialistas na UBS - que apresentam como perspectiva possibilitar o matriciamento em ato no cotidiano dos serviços; um maior número de Agentes Comunitários de Saúde e de população sob sua responsabilidade e equipe multidisciplinar.

Estas equipes tinham como perspectiva o planejamento e a programação descentralizada a partir do território de forma a permitir o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto nos determinantes em saúde da comunidade; estabelecer relações de vínculo e responsabilização com a população adscrita, garantindo a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado. (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014)

Como abordado na Política Municipal de Atenção Básica de São Bernardo do Campo (2014), é preciso considerar que, no processo de trabalho, a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos pode ocorrer de maneira dialógica, em que se atua de maneira compartilhada, valendo-se tanto de ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, quanto incorporando

demandas traduzidas pelo outro em função de seu conhecimento, desejo e interesses procurando criar espaços coletivos protegidos que permitam a interação dessas diferenças.

Assim como no Paideia, o município de São Bernardo promoveu mudanças na organização das UBS na perspectiva de qualificar o cuidado, instituindo reuniões de equipe semanais, reuniões de unidade mensais, colegiados de gestão, entre outros. Um processo novo para todos: gestão, gerentes de serviços, apoiadores e trabalhadores da rede que vivenciaram mudanças consideráveis na lógica de organização da rede de atenção à saúde no município. Mudanças essas que necessitavam de trabalhadores alinhados à proposta e aos processos a serem desenvolvidos. Ser profissional atuante no SUS requer uma aproximação às concepções de saúde e cuidado, gestão e modelos tecnoassistenciais vigentes em âmbito federal e suas adaptações locorregionais.

Então a gestão fez importantes apostas, dentre elas uma política de educação permanente que propiciou processos de formação para médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais dos serviços da AB por meio da Especialização de Saúde da Família, e a Especialização em Gestão de Serviço Público de Saúde (2012) para os integrantes dos departamentos, apoiadores e gerentes de serviços, além de diversos espaços de educação permanente (EP) entre os quais EP de apoiadores, EP de território, EP de gerentes, EP de equipes. Processos bem interessantes para fortalecer a gestão dos processos de trabalho e de cuidado em rede almejados nos serviços de saúde e que tive a oportunidade de vivenciar.

Vale aqui ressaltar que a EP de território constituiu-se como espaços organizados a partir dos 9 territórios de saúde do município para discussões, mediações de conflitos e produção de novos pactos e acordos entre as unidade de saúde territoriais, com um encontro mensais de com a participação dos gerentes de UBS, UPAS, CAPS, referência dos departamentos da secretaria de saúde, equipamentos e serviços de abrangência municipal, como os hospitais, consultórios na rua, apoiadores, orientadores e facilitadores de educação permanente. (CHIORO DOS REIS; BERTUSSI; FUENTES, 2014)

Do conjunto de questões uma chamava muito minha atenção: a atuação dos médicos nas Unidades Básicas de Saúde que estavam sendo organizadas no modelo da Estratégia de Saúde da Família Ampliada.

Mas o que me provocava tanto incômodo?

Profissionais médicos que tinham diferentes formações, como ginecologia, pediatria, clínica geral, entre outros que atuavam há mais de uma década no mesmo local, imersos em suas especialidades, seus consultórios foram convidados a assumir a função de generalista em uma equipe de Saúde da Família e, os profissionais que não aceitaram o convite de se tornarem generalistas eram convidados a permanecer nas UBS como matriciadores. Em sua maioria, também formados na lógica tradicional e focados em procedimentos.

Daí as indagações que me acompanhavam na prática cotidiana: esses profissionais médicos que aceitaram atuar na lógica do PSF estão compreendendo suas funções? Estão dispostos a saírem de seus consultórios para atuar de acordo com as diretrizes do PSF? Os médicos das grandes áreas compreendem a nova organização do próprio processo de trabalho mediante a Estratégia de Saúde da Família Ampliada?

No município, para além dos médicos das grandes especialidades gerais lotados nas UBS, havia também matriciamentos com médicos de diferentes especialidades, como Pneumologia, Dermatologia, Reumatologia, Psiquiatras, entre outros. Os matriciamentos tinham diversos desenhos, como participação em reuniões de equipe, consulta compartilhada, discussão de caso, visitas domiciliares, telematriciamento, reuniões periódicas entre serviços para viabilizar o encontro entre os trabalhadores, participação de diferentes serviços nas reuniões da UBS.

Havia uma aposta da gestão em proporcionar tais encontros com os médicos das unidades para discutir práticas e possibilidades de oferta de cuidado na Atenção Básica visando sua resolutividade e minimizar encaminhamentos e a peregrinação desnecessária do usuário pela rede de serviços. Porém no cotidiano percebia diferentes envolvimento dos médicos nos espaços de matriciamento.

Cabe aqui pontuar que foco meu olhar para a categoria médica pela percepção, na prática cotidiana, de que a equipe implica-se com o cuidado a partir do tom que o médico imprime junto aos colegas de trabalho. Se o médico, por exemplo, mostra-se envolvido com ações de educação em saúde, atuação no território, discussão de caso e pauta o trabalho a partir da vigilância em saúde, os demais integrantes da equipe conseguem organizar o cuidado e o trabalho de forma muito mais consistente. Da mesma forma, se o médico centra sua prática em atendimentos ambulatoriais, troca de receita, não participação na rotina da equipe, os demais integrantes minimizam suas ações de cuidado.

Segundo Capozzolo (2003), os médicos ocupam uma posição central nos serviços de saúde sendo, de forma geral, o processo de trabalho dos demais profissionais comandado a partir dos saberes e atos médicos. A mesma autora retoma a ideia de Carapinheiro (1993) que refere que os médicos detêm uma posição estrutural na divisão do trabalho, sustentada pela dominação do seu saber decorrente do monopólio dos atos diagnóstico e terapêutico. Essa centralidade coloca em foco um dos distintos problemas que afloram com a implantação do PSF que é a falta de médicos com formação voltada à Atenção Básica e, menos ainda, para atuação na Estratégia de Saúde da Família, o que, como já abordado anteriormente, se traduz em uma atenção centrada em procedimentos que pouco contribui para responder às complexas necessidades individuais e coletivas de saúde (SCHATSCHNEIDER, 2012; CAPOZZOLO, 2003).

A partir de tais ponderações me vejo provocada a colaborar com reflexões sobre a prática cotidiana dos médicos generalistas que compõem Equipes de Saúde da Família Ampliadas que tanto podem ser inventoras e autoras de experiências interessantes de cuidado quanto reproduzir práticas reducionistas.

Como os vários investimentos realizados em qualificar a prática desses profissionais estão se expressando no cotidiano? Mais especificamente, em que medida os processos de matriciamento têm sido um dispositivo de qualificação do trabalho? Em que medida tem contribuído para a transformação das práticas dos médicos generalistas com a ampliação do olhar e da escuta dos profissionais? Como têm sido vivenciado os processos de matriciamento por esses profissionais?

Atuar neste município como apoiadora em saúde (2010 a 2015) e coordenadora de Unidade de Estratégia da Família Ampliada (2015 a 2018) e os desafios que enfrentava para promover mudanças nas práticas, como dito anteriormente, foi fundamental para o esboço desta pesquisa.

Cabe ressaltar que tal esboço não permaneceu estático, uma vez que, ao longo das disciplinas, leituras, início da produção de dados e reflexão sobre minhas vivências, percepções e experiências, fui delineando novos contornos ao objeto inicial do meu estudo e, conforme avançava, este objeto foi revisitado por novos olhares que conduziram à novas possibilidades de desenho.

Diante disso, o objetivo geral desta pesquisa foi analisar os processos de matriciamentos propostos aos generalistas em equipes de Saúde da Família Ampliadas do município de São Bernardo do Campo e teve como objetivos específicos: mapear arranjos e processos de matriciamento médico que ocorrem nas Unidades de Saúde da

Família Ampliada; compreender efeitos dos processos de matriciamento na prática clínica na perspectiva dos médicos generalistas e discutir e analisar as problemáticas e potencialidades apontadas pelos médicos para atuar nesse modelo de atenção à saúde.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

2.1. “São os passos que fazem os caminhos”

Mario Quintana

Esta pesquisa parte da perspectiva de investigar questões sem negar, como abordam Passos; Castro; Escossia (2015), que as pessoas produzem teoria sobre seus cotidianos, explicações sobre o mundo em que vivem e atuam, não sendo objetos passivos diante do pesquisador que, aliás, não apresenta nenhuma neutralidade durante o desenvolvimento da pesquisa.

A opção foi por uma pesquisa qualitativa, uma vez que, como apontado por Denzin e Lincoln (1994), o pesquisador tem a possibilidade de vivenciar os sentidos e as interpretações que ocorrem a partir dos fenômenos, das significações e das dinâmicas das relações sociais que as pessoas trazem.

A pesquisa qualitativa é aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (MINAYO, 2010, p. 22)

Considerando a minha implicação com o objeto desta pesquisa, a cartografia trouxe importantes contribuições, uma vez que permite maior flexibilidade ao pesquisador para agregar novas questões relevantes que surgiram ao longo do processo e até mesmo aprofundar determinada discussão, já que propõe uma reversão metodológica ao acompanhar os processos sem um caminho pré-determinado (BARROS e BARROS, 2013; FERIGATO e CARVALHO, 2011; MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013), podendo assim dar maior visibilidade e dizibilidade ao que se passa no processo observado (FERIGATO e CARVALHO, 2011).

Diante disso, a Cartografia permite um entrelaçamento entre pesquisador, pesquisado e campo (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2015), o que afeta o cartógrafo significa algo que precisa ser elaborado e os atores envolvidos não poderão ser considerados apenas fontes de dados, pois deles se reconhece a condição de autores, cartógrafos e narradores.

Há uma implicação na produção de conhecimento que, como abordam Barros e Passos (2015), mais do que articulados, são aí desenhados e constituídos, daí ter um caráter intervencionista, aqui compreendido como “interpor-se”, “vir entre”, sendo, portanto, articulação entre teoria e prática, formação e aplicação do

conhecimento que, a partir da processualidade investigativa, propiciam problematizações e interrogações dos diversos sentidos cristalizados, portanto, análise. (MENDES; PEZZATO; SACARDO, 2016).

Ao resgatar Varela, Mendes; Pezzato; Sacardo (2016, p.1740) chamam a atenção para o fato de que

“há imanência entre viver, conhecer e fazer, que coloca a experiência, o conhecimento, o *experimental-se* que constitui, também, um *poder-fazer*, ou seja, um protagonismo nos movimentos de atuar que determina autocriação”. (grifos do autor)

Por isso, o cartógrafo tem um papel central já que é a partir de suas experiências, percepções, sensações e afetos no campo que ocorre o processo de produção de conhecimento, sendo esta implicação importante de discussão. Assim, a subjetividade do pesquisador também é objeto de análise na pesquisa (NASCIMENTO e TEDESCO, 2013; ROMAGNOLI, 2009; TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2016). Daí a utilização de um diário para registro dos momentos vivenciados.

Utilizamos a ideia de pistas para guiar o trabalho da pesquisa, sabendo que para acompanhar processos não podemos ter predeterminada de antemão a totalidade dos procedimentos metodológicos. Portanto, permite a elasticidade. (ROLNIK, 2014)

“As pistas que guiam o cartógrafo são como referências que concorrem para a manutenção de uma atitude de abertura ao que vai se produzindo e de calibragem do caminhar no próprio percurso da pesquisa”. (PASSOS, KASTRUP e ESCOSSIA, 2015, p.13)

Havia a perspectiva de provocar os profissionais a refletirem sobre as práticas que reproduzem e seus efeitos, suas potencialidades e limites tentando convocar à criação de outras possibilidades de atuação no modelo de assistência proposto pela gestão municipal. Para isso seriam optamos por realizar rodas de conversas com os médicos generalistas. Também acompanhar os processos de matriciamento dos médicos generalistas que ocorriam nos serviços.

As rodas de conversa como abordado por Afonso e Abade (2008), podem ser consideradas como metodologias participativas e têm por objetivo a constituição de um espaço onde os participantes reflitam acerca do cotidiano, ou seja, de sua relação com o mundo, com o trabalho.

De acordo com Mélo *et al* (2007, p.30), as rodas de conversa

“priorizam discussões em torno de uma temática, selecionada a partir dos objetivos da pesquisa, e no processo dialógico, em que as pessoas podem apresentar suas elaborações, mesmo contraditórias, sendo que cada pessoa instiga a outra a falar, sendo possível se posicionar, ouvir o posicionamento do outro e, ao mesmo tempo em que as pessoas falam suas histórias, buscam compreendê-las por meio do exercício de pensar compartilhado, o qual possibilita a significação dos acontecimentos”.

Frente à complexidade desse processo, as etapas de produção, análise e discussão de dados ocorreram de forma concomitante (BARROS e BARROS, 2013; MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013). E por considerar que não há uma dicotomia entre sujeito e objeto, e conseqüentemente não haveria uma neutralidade no processo de pesquisar, toda análise na cartografia parte de uma problematização (BARROS e BARROS, 2013).

2.2.Os caminhos da pesquisa

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP com o número 0054/2018, tendo sido aprovado com o número de parecer 2.481.953 em 01/02/2018. Também foi submetida à apreciação da Divisão de Educação Permanente em Saúde e Gestão Participativa do Departamento de Apoio a Gestão SUS da Secretaria de Saúde do Município de São Bernardo do Campo, sendo autorizada a sua realização por meio do Ofício SS.S – SBC/SS número 047/2017 em 22/11/2017.

Depois de aprovada nessas instâncias, iniciou-se a seleção dos participantes da pesquisa que integraram o estudo em conformidade com a Resolução 466/2012, sendo todos voluntários que concordaram em assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), inclusive com a ciência de que os momentos da pesquisa seriam gravados para posterior transcrição e análise do conteúdo. Vale ressaltar que, para preservar a identidade os participantes, foi realizada a troca dos nomes verdadeiros por nomes fictícios inventados pela pesquisadora.

Dentre as 25 unidades com ESF Ampliadas, foram selecionadas 04 unidades para serem campo de pesquisa. Tais unidades estavam localizadas em territórios com diferentes características, contemplando bairros mais centrais com população de classe média/alta e também bairros mais periféricos que mesclam áreas de vulnerabilidade social e população de classe média/alta.

Outro elemento também considerado para escolha das unidades foi a permanência do gerente após a mudança da gestão municipal, uma vez que continuamente estavam sendo realizadas trocas.

Mas os desafios para realização do campo foram se explicitando. Tendo em vista a necessidade de parceria com o gerente para disponibilizar o médico para participação na roda de conversa e que duas das selecionadas tiveram trocas de gerentes, a pesquisa foi desenvolvida em apenas 02 UBS com o seguinte quadro de médicos:

Quadro 1: Caracterização das UBS campo da pesquisa

UBS	Nº equipes	Nº médicos generalistas (CH: 40h)	Médicos das grandes áreas (CH: 20h)
01	03	03	Clínico geral, pediatra e ginecologista
02	05	04	Pediatra e ginecologista

Além disso, outras questões surgiram no caminhar, como a recusa de participação por parte de 01 médica e a solicitação de desligamento por 02 médicos ao longo dos encontros. Portanto, a pesquisa iniciou com a participação de 07 profissionais e finalizou com 04.

Para facilitar a pactuação com os gerentes das unidades, apresentei a proposta de realizar 03 encontros com os profissionais, com a duração estimada de 2 horas, dessa forma seria possível pensar junto e aprofundar questões que surgissem. Considerando que a rotina do profissional médico na unidade frente à demanda não seria possível contemplar o encontro de todos os profissionais, foram realizadas rodas de conversa em cada uma das unidades, com seus próprios profissionais. Ainda que as rodas tenham sido pactuadas com os gerentes, os encontros eram constantemente atravessados por demandas da unidade. Durante o percurso da pesquisa outros problemas surgiram.

Na UBS 01, a primeira roda de conversa estava prevista para acontecer com 04 médicos da Unidade Básica de Saúde. Desses convidados, apenas 03 participaram, uma vez que uma das médicas, ao ler o TCLE, expressou o desejo de não participar. O início deste encontro, já conturbado com atraso dos profissionais, entradas e saídas da sala, interrupções por colegas de trabalho, foi marcado por pontuações dos presentes

quanto à dificuldade de trabalhar com essa profissional, o que, apesar de não ter relação com a pesquisa, acolhi, inclusive como forma de vinculação aos participantes.

Os médicos desta unidade que atuavam como generalistas em equipes de saúde da família ampliadas com tempo de atuação distinto no município, variando de meses a quatro anos. As rodas seguintes, foram realizadas com apenas um médico, uma vez que os outros dois solicitaram desligamento da rede. No total foram realizadas 3 rodas.

Na UBS 02, os encontros foram igualmente atravessados por demandas, inclusive a primeira roda de conversa, prevista para ser realizada com 03 médicos generalistas, iniciou com 02 participantes, sendo que o terceiro chegou um tempo depois, transcorrendo com entradas e saídas da sala e interrupções por colegas de trabalho. Nesta unidade, os médicos tinham tempo de atuação no município variando de um mês a sete anos. Nesta unidade foi possível realizar apenas 02 rodas.

Todas as rodas foram realizadas no período de 27/4/18 a 16/10/18. A primeira roda de conversa, em cada unidade, foi iniciada pela apresentação da pesquisa, das questões éticas envolvidas (gravação, sigilo, TCLE, entre outros) e, como alguns profissionais me conheciam, pontuei que estava ali como pesquisadora e não como profissional-gerente de unidade, que, ainda assim, aparecia em diversos momentos dos encontros. Como elemento disparador da conversa, contei como surgiu o meu interesse pelo objeto de estudo da pesquisa abordando o modelo de organização da atenção à saúde básica no município.

Esse primeiro encontro foi marcado por nossa aproximação, retomada de trajetória de formação e de atuação dos profissionais bem como uma primeira reflexão sobre a escolha de trabalhar no município e como era estar ali. Ao final dessa roda de conversa, assim como nas posteriores, fui produzindo um diário com o relato das impressões, sensações, elementos discutidos e outros citados superficialmente e que valia retomar no momento posterior... enfim, as afetações.

A roda foi gravada sendo posteriormente transcritas. A partir da leitura do material produzido na roda e também dos meus registros do encontro, o que incluía as minhas impressões, elaborava um texto para ser apresentado no próximo encontro o que acabava por produzir novos dados e novas considerações.

Por inexperiência em conduzir esses espaços de produção de dados, em diversos momentos, percebi que poderia ter realizado interferências para aprofundar alguns assuntos, mas me deixei levar pela curiosidade que a função gerente me

provocava. Outras vezes, sentia receio em atrapalhar a conversa na roda e deixava fluir, mas ainda assim, por estar com um roteiro com questões norteadoras formuladas previamente junto à orientadora, conseguia resgatar o fio da pesquisa.

Em ambas as unidades, no segundo encontro, retomei brevemente a roda anterior e surgem questões relacionadas à organização do trabalho. Ao mesmo tempo em que elogios eram tecidos ao gerente e aos colegas, as entrelinhas vinham carregadas pelos desencontros entre proposta que havia no município e o que era vivenciado nos serviços.

Estávamos num período de incertezas e instabilidades que interferiram na realização das rodas. Cada vez mais me pressionava para finalizar a produção dos dados, afinal, a cada dia uma nova surpresa... desligamento de profissionais, mudanças de gerentes. Já me questionava se seria possível finalizar a pesquisa.

Quando chego para realização da segunda roda na unidade 02 sou informada sobre a iminente troca de gerente do serviço e convidada pelos médicos a participar de uma reunião técnica antes, para posteriormente sentar para conversar sobre a pesquisa. Porém não foi possível realizar a roda nesse dia; apenas participei da reunião e, perante o clima de tristeza entre todos, adiamos nosso encontro.

E sigo para o segundo encontro reagendado na unidade 02. Novamente me deparo com mudanças. A equipe, já com novo gerente, recebia a notícia do rompimento do contrato do Programa Mais Médicos (PMM) no Brasil e a saída de um profissional da unidade. E lá vou eu, chamada para observar mais um espaço possível de trocas, a reunião geral, agora atravessada pelo clima de despedida do médico que estava em seu último dia.

A segunda roda foi realizada, e, ao retomar as conversas anteriores, foram abordados aspectos que favoreciam e atrapalhavam a prática no cotidiano e também a percepção dos generalistas sobre o modelo assistencial de São Bernardo do Campo bem como um rascunho de propostas que gostariam de levar para a gestão como possibilidade de melhoria desse modelo. Infelizmente, depois, os profissionais dessa unidade deixaram de atuar na rede de São Bernardo do Campo e, mesmo sendo convidados a permanecer na pesquisa, não conseguem. Por este motivo, nesta unidade foram realizadas apenas duas rodas de conversa.

A unidade 01 também estava com nova gerente e apenas um médico permanecia da primeira roda. A opção foi continuar com esse profissional não mais se caracterizando como uma roda de conversa. Como chamar esse espaço? Foram

realizados além deste, um terceiro encontro com esse profissional com conversas em aberto, com trocas norteadas pelas questões da pesquisa.

Para além das rodas de conversa, como dito anteriormente, havia a proposta de minha vivência em momentos que os próprios profissionais apontassem como espaços de matriciamento. Movimento que não consegui realizar devido às mudanças que ocorreram durante a pesquisa no quadro de pessoal e na organização do serviço promovidas pela nova gestão municipal e também pela minha saída do município.

Assim, outros movimentos previamente pensados, como ouvir os gerentes das unidades e até mesmo os médicos das grandes áreas lotados nas unidades que foram campo para a pesquisa, não foram possíveis. Sendo realizada uma entrevista *online* com a diretora de Atenção Básica que esteve na gestão de 2009 a 2016.

A análise dos materiais ocorreu ao longo de todo o processo de pesquisa, com uma sistematização após cada roda. Ainda assim, com o conjunto do material produzido em mãos, uma nova leitura das transcrições foi realizada, bem como dos demais registros de pesquisa e do meu diário com as minhas memórias e anotações realizadas em orientações, disciplinas. Essa releitura proporcionou a percepção de pontos de conexão, permitindo agrupar as falas dos participantes e os trechos de cenas que recuperava em minha memória em quatro eixos: Trilhas profissionais; O trabalho no modelo de Saúde da Família no município de São Bernardo do Campo, Generalistas e as práticas de cuidado e Matriciamento: entre possibilidades e desafios.

Eixos esses que se entrelaçam e, por vezes tornam-se um complexo emaranhado de informações, sendo realizada uma divisão didática para facilitar a análise do material.

Vale ressaltar que as questões e discussões dessa pesquisa foram recortadas e apresentadas a partir de certo ponto de vista, uma vez que o material empírico comporta diferentes entradas e recortes. Podemos dizer que se desenhou um mapa, tal qual definição a partir da ideia de Deleuze e Guattari (2011), em que

Mapas são abertos, conectáveis em todas as suas dimensões, desmontáveis, reversíveis, suscetíveis de receber modificações constantemente. Podem ser rasgados, revertidos, adaptarem-se a montagens de qualquer natureza, serem preparados por um indivíduo, por um grupo. Podem ser uma formação social. (...) Um mapa tem múltiplas entradas contrariamente ao decalque que volta sempre 'ao mesmo' (DELEUZE e GUATTARI, 2011, p. 220).

Diante disso, apresentamos certas possibilidades de compreensão de potências e desafios de um modelo de atenção à saúde básica a partir de alguns planos de visibilidade: a dos trabalhadores enunciam a vivência dos processos de matriciamento em sua prática profissional e o plano das percepções e vivências da pesquisadora, que integrou a rede de saúde do município por oito anos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Pelos mesmos caminhos não se chega sempre aos mesmos fins”.
Jean-Jacques Rousseau

A realização desta pesquisa possibilitou sobrevoos interessantes nos quais foram se entrelaçando as percepções da pesquisadora e a dos médicos generalistas.

3.1. Trilhas profissionais

A seguir, apresento brevemente a trajetória dos participantes da pesquisa, para uma aproximação com seus percursos formativos, suas escolhas profissionais e seus interesses em atuar no município de São Bernardo do Campo.

“Eu trabalhei no Rio de Janeiro, me formei há pouco mais de um ano em um município de lá, em uma escola que já saía do modelo tradicional, e a formação foi direcionada para o SUS. Depois de formada trabalhei por um tempo em Unidade Básica no Rio de Janeiro que eu achei, honestamente, maravilhosa, gostei bastante e eu sempre tive dúvida de onde trabalhar no SUS e ficava imaginando como seria aqui em São Paulo. Eu gosto muito de SP. Saí da UBS, fiquei trabalhando em emergência. Honestamente eu gosto muito de UBS, mas eu ainda gosto mais de emergência.” (DRA. MARTA - 1º encontro)

“Eu sou de outro Estado. Me formei por lá, fiz especialidade por lá também, sou reumatologista. Sempre gostei muito da Atenção Básica. O modelo de formação na faculdade que eu fiz, você atua já na Atenção Básica desde o primeiro período e isso se delonga até o décimo segundo período. Então, por conta desse contato, eu acho, que eu não escolhi ficar só na especialidade. Então, passei em um concurso do Estado, trabalhei na Força Estadual da Saúde. A gente ia nos municípios de pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil que têm realidades muito duras, muito complicadas pra tentar montar alguma estratégia de melhorá-lo. Eu gosto muito de gente. E foi aí que eu pensei: ‘bom, que especialidade que vê gente, vê tudo?’ e foi aí que pensei em ser médico de família.” (DR. JONAS - 1º encontro)

Ambos profissionais referem uma aproximação com a Atenção Básica já durante a graduação, havendo uma identificação com a atuação nesse nível de atenção desde então, inclusive Dr Jonas que após concluir a graduação opta por uma

especialidade. Fato não observado junto aos demais participantes, que se aproximam do trabalho na Atenção Básica em outros momentos profissionais.

Dra. Maria não teve uma aproximação com a Atenção Básica, mais especificamente ao Programa de Saúde da Família, durante sua graduação, optando pela especialização em Homeopatia. Foi a partir de sua inserção como médica em uma unidade de PSF que complementa sua formação por meio do curso de especialização em Saúde da Família e Comunidade.

“Estou há 01 mês em São Bernardo do Campo, tenho 18 anos de PSF, na realidade comecei a trabalhar no PSF na Bahia em um município modelo de PSF e eu vim praticamente com o nascimento dele [PSF]. Na época que me formei não tinha Medicina de Família na faculdade. Na verdade não tinha essa especialidade no Brasil. PSF nasceu depois que me formei. Era pequenininho quando eu comecei a trabalhar. E me identifiquei muito e não consegui mais sair dele. Até hoje tenho muita afinidade e não consegui mais sair. Eu sou homeopata de formação e fiz especialização em Saúde da Família e Comunidade.” (DRA MARIA - 1º encontro)

Dr. João teve sua formação em Pediatria e Homeopatia e, após várias experiências profissionais em diferentes serviços, insere-se como pediatra na Atenção Básica do município de São Bernardo. Com a implantação da ESF no município aceita atuar como médico generalista, realizando, inclusive, a formação em serviço com a Especialização em Saúde da Família que, como já citada anteriormente, foi ofertada pela gestão municipal aos profissionais da rede.

“A primeira especialidade que eu fiz foi Pediatria. Terminei a faculdade, fiquei 01 ano no Exército, e por isso tranquei a residência. Voltei, fiz a residência, e depois de Pediatria, eu também fiz Homeopatia. Até hoje atuo nessas especialidades. Tenho consultório. E aí comecei a trabalhar como pediatra; trabalhei em quase todos os hospitais aqui do ABC. Chega uma hora que você cansa, não aguentava mais fazer tanto plantão. Fui fazer Medicina do Trabalho. Trabalhava em um clube e cheguei a montar empresa, fiquei uns bons anos trabalhando com isso, trabalhei em várias empresas, mas também cansei, não era mais o que eu queria. Fui trabalhar na faculdade Fundação do ABC como pediatra e vim pra cá começar como pediatra nessa unidade. Finalizada a reforma do prédio da UBS, que durou ainda em torno de seis meses, a Secretaria Municipal de Saúde implantou a Estratégia de Saúde da

Família, me chamaram pra fazer um curso, vários profissionais fizeram, foi um ano e meio mais ou menos de curso e aí quando terminou o curso, pela Faculdade Fundação ABC, comecei a trabalhar como Médico de Família.” (DR. JOÃO - 1º encontro)

Dentre os generalistas que participaram da pesquisa, Dar Juca conheceu a Atenção Primária e o Programa de Saúde da Família em ato, no momento que ingressou em SBC, tendo seu percurso profissional ligado à área hospitalar, de urgência e emergência, aproximou-se da proposta de Medicina da Família caminhando para a especialização nessa área.

“Formei em 2010 e na verdade não tinha intenção nenhuma de vir pra área de Medicina de Família não. A minha vontade era de fazer cirurgia, eu fiz a prova de Residência na faculdade e inclusive passei, mas eu estava cansado de ficar dependendo dos pais e não queria continuar assim ao longo da Residência. Fui para outro Estado, comecei no Hospital de referência para urgência e emergência, e as condições eram bem precárias. Não tinha formação nenhuma e estava tocando Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e frequentemente tinha que fazer plantão. Acabei gostando e até pensei em fazer um curso de especialização em UTI, mas estava bastante desgastante o trabalho e, por ter familiar estudando aqui em São Bernardo, acabei vindo pra cá, entrei aqui e foi aqui que aprendi a gostar da área de Medicina de Família. Não fiz e nem penso mais em fazer Cirurgia. Vou fazer a prova agora para Especialização em Medicina de Família” (DR. JUCA - 1º encontro)

Entre os participantes, Dr José é um médico cubano que atuava no município por meio do Programa Mais Médicos, sobre o qual abordarei posteriormente.

“Comecei o trabalho no PSF aqui em São Bernardo nessa unidade há 04 anos, de formação tenho 18 anos, fiz especialidade em Saúde da Família em Cuba e trabalhei no PSF lá durante 8 anos até que fiz especialidade em Oncologia e comecei a trabalhar também até chegar no Brasil e começar a trabalhar novamente no PSF”. (DR. JOSÉ - 1º encontro)

Diante do apresentado, é possível destacar que, dentre os médicos participantes da pesquisa, poucos vivenciaram a aproximação com a Atenção Básica durante a graduação, enquanto outros, apesar de terem uma formação em alguma outra

especialidade, vão se aproximando da prática em UBS antes de ingressarem no município, conforme quadro síntese abaixo.

Quadro2: Caracterização dos médicos generalistas participantes da pesquisa

Participante	UBS	Formação	Atuação no município	Experiência prévia
DRA MARIA	02	Homeopatia, Médico de Família	Iniciou em março/2018 na função de generalista	18 anos de PSF em diferentes Estados Brasileiros
DR. JOSÉ	02	Oncologia, Médico do Programa Mais Médico	Iniciou em 2014 na função de generalista	8 anos em Medicina de Família em Cuba; atuação como Oncologista em Cuba
DR. JOÃO	02	Pediatria, Homeopatia, Médico do Trabalho Médico de Família	Iniciou atuação no município como pediatra e desde 2011 atua como Generalista	Atuação em hospitais, consultório particular, clube e empresas como pediatra, médico do trabalho e homeopata
DR. JONAS	01	Reumatologia	Iniciou em fevereiro/2017 na função de generalista	Trabalhou na Força Estadual de Saúde; tem consultório onde atua como Reumatologia
DRA. MARTA	01	Médica Clínica	Iniciou em agosto/2017 na função de generalista	Atuação por 02 anos em UBS e em serviço de urgência/emergência no Rio de Janeiro
DR. JUCA	01	Médico Clínico	Iniciou em 2012 nesta função e também atuando como plantonista no Pronto Socorro do Município até 2016; intenção de fazer a prova para Residência em Medicina de Família no final de 2018	Atuou em Hospital de referência para urgência/emergência em outro Estado

Dentre os participantes, é possível observar que atuar como generalista provocou o desejo de busca pela formação na área.

Ainda que os médicos que participaram da pesquisa tenham uma formação em outras especialidades, assumiram um compromisso em atuar enquanto generalistas na Atenção Básica.

A partir do relato de suas trajetórias, podemos vislumbrar movimentos que vêm acontecendo na formação do profissional médico.

Diversos autores colocam em pauta a necessidade de readequação da formação do profissional médico, uma vez que a formação é centrada em serviços hospitalares e especializados. Como abordado por Schraiber (2002), as situações assistenciais vivenciadas nas UBS quase sempre podem ser conceituadas como complexas. Assim, a inserção desta prática no aprendizado curricular médico pode contribuir tecnicamente para a formação voltada à integralidade do cuidado em todos os níveis da assistência, visando responder às demandas e necessidades de saúde da população.

No Brasil, há um movimento desde a segunda metade do século passado para que as escolas médicas reestruturem seu ensino tendo como perspectiva a construção de um novo paradigma, que busca responder à necessidade de mudanças nas relações entre prática médica, organização da assistência da saúde e comunicação entre médicos e pacientes. (GONÇALVES *et al*, 2009)

Segundo os mesmos autores,

“a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina enfatiza a necessidade de formar um profissional adequado às necessidades do sistema de saúde pública e políticas recentes do Ministério da Saúde como a implantação de projetos como Promed, Aprender SUS, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) que podem favorecer as referidas proposições”. (p.383)

Há, assim, em nosso país, um movimento de escolas médicas que vem buscando vivenciar um processo de transformação "na direção de um ensino que valorize a equidade e a qualidade da assistência e a eficiência e relevância do trabalho em saúde", apontando-se a importância da integração ensino-serviço, tarefa que requer participação de instituições de ensino, governo, entidades e sociedade. (GONÇALVES *et al*, 2009)

O Relatório da Organização Mundial de Saúde (2006), publicado em 2007, intitulado 'Trabalhando juntos pela saúde', também foi um marco importante que impulsionou mudanças para a formação de profissionais de saúde no mundo. O

documento enfatizava, além dos déficits de profissionais de saúde existentes em diversas localidades do mundo e sua irregular distribuição, problemas também inerentes à formação. Nesse documento, mudanças institucionais relacionadas com a prática de ensino, atenção ao conteúdo curricular e aos métodos pedagógicos foram incentivados.

Vale ressaltar que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014 defendem que o graduado em Medicina deve ter formação generalista, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, nos âmbitos individual e coletivo, a partir do desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Além disso, buscaram aprofundar a discussão sobre o conceito de competência enquanto a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde bem como a abordagem das três áreas de competências – Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde – a serem desenvolvidas durante a formação, o que poderá facilitar a mudança curricular.

Apesar das tentativas de modificar a fragmentação dos currículos, a desarticulação entre teoria e prática e a ênfase excessiva no componente biológico do processo de adoecer, a partir das inúmeras iniciativas de indução, a formação médica no Brasil ainda parece enfatizar profissionais especialistas, embora esse cenário esteja sofrendo mudanças ao longo dos últimos anos. (VIEIRA *et al*, 2018)

Dentre os participantes da pesquisa, os médicos que tiveram experiências na Atenção Básica durante a graduação pareceram ter uma aproximação que favoreceu a escolha de trabalho neste nível de atenção.

3.2.O trabalho no modelo de Saúde da Família no município de São Bernardo do Campo

Como abordado anteriormente, o município de São Bernardo do Campo, de 2009 a 2016, passou por um intenso investimento na estruturação e qualificação da atenção à saúde com inúmeras estratégias que contemplaram desde a realização de reformas prediais de serviços já existentes, ampliação do número de serviços, até a adequação do modelo assistencial que conferiu à Atenção Básica o papel de coordenação do cuidado junto à Rede de Atenção à Saúde. (SANTOS, 2018)

“As Unidades Básicas de Saúde funcionavam, até então, com atendimentos ambulatoriais de especialistas em Ginecologia, Pediatria e Clínica Geral havendo, no entanto, 16 Equipes de Saúde da Família em regiões de maior vulnerabilidade social, sendo que muitas estavam sem médicos. Essas equipes atuavam de forma mais próxima a um Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com relatos inclusive de dificuldades de integração dos Agentes Comunitários de Saúde.” (Diretora DAB)

A proposta de ampliação da Estratégia de Saúde da Família em São Bernardo do Campo foi realizada, como já abordado anteriormente, com um desenho diferenciado em 25 do total de 34 unidades básicas do município no modelo denominado Programa de Saúde da Família Ampliado.

“Como conversamos no encontro passado, iniciei aqui como pediatra e depois passei para o PSF, então peguei desde o comecinho... me chamaram pra fazer um curso, vários profissionais fizeram, foi um ano e meio mais ou menos de curso e aí quando terminou o curso, pela Faculdade Fundação ABC, comecei a trabalhar como Médico de Família.” (DR. JOÃO - 2º encontro)

Apesar da oferta para os profissionais médicos da rede se tornarem generalistas e da abertura de contratações, o município aderiu ao Programa Mais Médicos⁹ (PMM) em 2013 para completar suas equipes.

“A partir da definição de nova Política Municipal de Saúde, em 2010, houve uma opção de governo pela ampliação da Estratégia de Saúde da Família no município que passou a contar com 133 equipes após adesão ao Programa Mais Médicos.”(Diretora DAB)

⁹ O Programa Mais Médicos (PMM) teve início no Brasil em 2013 como parte de uma série de medidas para combater as desigualdades de acesso à Atenção Básica resolutive. O programa foi estruturado em três eixos de ação, sendo que o primeiro aborda o investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente nas Unidades Básicas de Saúde; o segundo refere-se à ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica no país e o terceiro, intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), trata da provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis. Em menos de um ano, o PMMB recrutou e alocou 14.462 médicos em 3.785 municípios. A grande inovação do PMMB se refere à estratégia de chamadas internacionais, quando, além dos 1.846 médicos brasileiros, o programa passou a contar com 12.616 médicos estrangeiros de 49 países participando do programa. Dos médicos estrangeiros que atuaram no PMMB, 11.429 são médicos cubanos que foram recrutados por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde e desta última com o Ministério de Salud Pública de Cuba. (OLIVEIRA *et al*, 2015)

Neste município, a adesão ao PMM foi realizada logo que o mesmo iniciou e, até 2016, contou com 34 médicos, o que possibilitou a cobertura de médicos em todas as Equipes de Saúde da Família.

Os médicos especialistas que atuavam nas UBS e não aceitaram o convite de se tornarem generalistas puderam permanecer nos serviços de Atenção Básica como especialistas das grandes áreas e matriciadores. A gestão foi assim compondo as equipes ampliadas com médicos generalistas e médicos especialistas de grandes áreas, preferencialmente de formação complementar aos generalistas. Com a proposta desses médicos especialistas também assumirem o atendimento de casos clínicos mais complexos de sua área, as equipes ampliadas eram responsáveis por uma população de 6 a 8 mil pessoas, como apresenta a então diretora do DAB:

“Esse desenho ampliado era composto por médicos das grandes áreas nas unidades, preferencialmente com formação complementar ao generalista, que deveriam contribuir para o matriciamento dos médicos e equipes contribuindo para maior resolutividade no cuidado. Com a integração desses médicos às ESF foi possível ampliar o território de referência das unidades, sendo que cada equipe era responsável por uma população de 6000 a 8000 pessoas a depender da vulnerabilidade do território, uma vez que, além do apoio matricial, esses médicos também assistiriam aos casos mais complexos que eram acompanhados pela UBS.” (Diretora DAB)

Esse desenho de ESF ampliada apareceu como atrativo para a vinda de alguns dos médicos participantes da pesquisa:

“Eu tenho uma amiga que trabalha aqui na rede e me falou sobre o município, que aqui é muito tranquilo, o cotidiano é tranquilo, o pessoal respeita... aí... eu vim... fui na (Secretaria Municipal de Saúde (SMS), foram apresentadas as unidade possíveis, eu gostei bastante dessa unidade e, como eu estava mudando pra cá pelo trabalho, eu pensei que teria que ser um bairro bom de morar e eu gostei bastante dessa unidade até por ela ser uma unidade expandida. Tem acesso à ginecologia, pediatria... eu pensei que seria bom, uma oportunidade de crescer trabalhando com alguns especialistas que estão dentro da Atenção Básica mas dentro da especialidade deles, e dito e feito, eu gosto bastante disso, gosto de trabalhar bastante com o ginecologista que é solícito com a gente” (DRA. MARTA - 1º encontro)

“Fiquei muito interessado em vir para São Bernardo porque de onde eu venho usamos como base alguns documentos norteadores para modelo de gestão, funcionamento de algumas coisas e alguns protocolos inclusive. Aí conversei com um a pessoa que conheço que já estava aqui e ele comentou sobre a unidade, falando que é uma UBS ampliada em que temos especialistas dentro, está em uma região de transição bem populosa e que tem bairro de classe média e média/alta, comunidade e uma área de invasão.” (DR. JONAS – 1º encontro)

Vale ressaltar que tal modelo compõe um cenário com diversas iniciativas da gestão para aprimorar o cuidado em rede, com muitos dispositivos de articulação entre os serviços, de formação e educação permanente bem como de inovações no modo de fazer a gestão, conforme já abordado anteriormente.

No momento em que ingressei na rede de saúde de São Bernardo do Campo, em 2010, como apoiadora em saúde, me deparei com os desafios de implantar um modelo de atenção à saúde centrado no cuidado, qualificado e em rede, mais especificamente, com o desafio de apoiar os gerentes das UBS na implantação do modelo de saúde da família proposto pelo município.

Para tanto, diferentes processos formativos em serviço foram ofertados, como a semana de integração, em que gestores de diferentes departamentos da Secretaria Municipal de Saúde apresentaram documentos que abordavam desde os princípios e diretrizes do SUS, a rede de atenção à saúde do município, a organização territorial de São Bernardo, modelo assistencial das UBS até as atribuições e expectativas do trabalho do apoiador.

A partir daí, conforme orientação da gestão, iniciamos o trabalho nas unidades, que vivenciavam cenários diversificados, sendo que algumas estavam no momento de discussão do modelo de Saúde da Família Ampliado junto às equipes que, até então, haviam recebido apenas os agentes comunitários de saúde e estavam reorganizando processo de trabalho da UBS com PACS.

Nesse momento inicial, trabalhávamos com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, uma vez que a primeira edição do Documento Norteador da Atenção Básica estava sendo construído e foi disponibilizado somente em 2011.

Os momentos iniciais não foram fáceis. O cenário encontrado nas unidades?

Enfermeiras com perfil administrativo que não se identificavam como coordenadoras de uma equipe de Saúde da Família e que referiam não saber como fazer para organizar o trabalho na unidade da maneira que era solicitado pela gestão.

Agentes Comunitários de Saúde que encontravam inúmeras dificuldades no cotidiano ao seu trabalho: poucas orientações, resistências dos usuários para aceitarem o cadastro, resistências dos demais profissionais da equipe, que frequentemente consideravam que traziam mais trabalho e, inclusive, restringiam o acesso a setores da unidade (registro diário pesquisadora)

Foram inúmeras as estratégias utilizadas para realizar as discussões sobre a ESF Ampliada tais como: semana de sensibilização junto à toda equipe das unidades, contando com a presença do Secretário de Saúde, representantes do Departamento de Atenção Básica, apoiadores, entre outros profissionais da rede para sensibilizar a equipe quanto ao trabalho a ser desempenhado.

Apenas um participante da pesquisa vivenciou esse momento inicial de sensibilização e apresentação da reorganização e a transição do modelo assistencial, que pontuou o quanto contribuiu para a sua compreensão do processo de mudança.

“Antes de começarmos veio o secretário de saúde e enfatizou a forma de funcionamento do PSF Ampliado. Ele já trabalhava no Ministério da Saúde, então já tinha essa formação. E ele trouxe aqui para São Bernardo, então a ideia foi dele e ele foi passando para os gerentes e eles replicando para os profissionais. A divisão em equipes, ter enfermeiro, médico e os ACS e foi explicando... foi na época que estava reformando o prédio aqui... a gestão tinha todo o projeto que foi apresentado para todos os profissionais da UBS” (DR. JOÃO - 2º encontro)

Além dessa semana de sensibilização, os apoiadores também compunham as reuniões de equipe para abordar importantes ferramentas de organização do trabalho e do cuidado, como humanização, territorialização, linhas de cuidado, prontuário de família, trabalho em equipe e em rede, papel da ESF com a atribuição de cada profissional (ACS, generalistas, enfermeiros, médicos matriciadores, auxiliares de enfermagem, dentistas...), organização das agendas, atividades coletivas, organização de visitas domiciliares, entre outros.

Esses momentos iniciais de construção também foram lembrados por Dr João.

“O que foi interessante é que tinha o projeto, mas a gente tinha que montar junto. Apesar do que já está pronto, a gente tinha que participar do como vamos fazer? Como vamos montar a equipe? Como a equipe vai atuar? Então achei legal isso porque não foi ‘tá aqui, vai lá e faz’, não, a gente vai ter que montar junto. Fizemos diversas reuniões até chegar e adequar conforme a equipe e conforme a população porque cada bairro é uma população diferente, então teve que se adequar a tudo isso. Viemos conhecer como era o espaço físico da nova unidade, então ficou legal porque tivemos todas essas etapas: a parte da estrutura física, depois viemos conhecer as ruas do bairro pra saber como funciona e fomos construindo tudo. Conhecer os locais públicos, como as praças, a biblioteca... então tudo isso foi interessante. Depois a gente tinha a Reunião Geral e fazia a construção ‘o que precisa modificar, o que precisa melhorar?’ e foi legal porque começou tudo do zero. Nós que fizemos tudo isso do começo. (DR. JOÃO - 2º encontro)

Discussões e readequações demoravam meses, mas havia uma aposta que envolver os trabalhadores na discussão, desenhava-se como um caminho mais enriquecedor e possível de concretizar mudanças. A importância de construir junto foi reconhecida por Dr. Jonas.

“Vou te dizer uma coisa: sou uma pessoa enxerida. Não no sentido de me meter em processo para dizer o que fazer de forma autoritária, mas eu gosto de construir junto.” (DR. JONAS - 3º encontro)

Em 2014, o DAB disponibilizou o segundo Documento Norteador da Atenção Básica (2014) com diretrizes gerais que destacavam as competências e a proposta de organização da agenda dos médicos e que pôde ser utilizado em reuniões das unidades para debater o modelo assistencial proposto. Em relação aos médicos generalistas apresentava que:

“cabe ao médico generalista atender as áreas da mulher (incluindo gestantes), crianças/adolescentes, adultos, idoso, saúde mental, tuberculose, hanseníase, consulta médica geral, hipertensos, diabéticos, resultados de exames, grupos educativos, reuniões de equipe, educação permanente, reuniões da unidade de saúde, participação no processo de acolhimento à demanda espontânea, visita domiciliar”. (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014, p.26)

Com os movimentos que aconteceram junto aos serviços, aos profissionais, aos gerentes delineava-se uma Atenção Básica além dos protocolos previamente

estipulado se das ações programáticas, na qual a responsabilidade pelo cuidado das pessoas/famílias estava no centro das ações. Essa proposta foi considerada diferente da de outros modelos de PSF, como explicita a Dra Marta.

“Eu acho bastante diferente a identidade de ubs lá do RJ, que é realmente atenção básica, Atenção Básica, primeiro contato com o paciente, basicamente com a função de saneamento, obvio que dentro de saneamento entra tudo... entra tuberculose, entra verminose, entra HIV, profilaxia para várias doenças. Aqui eu sinto muito mais uma demanda de consultas muito mais especializadas do que a gente faz e a necessidade de ter protocolos pra isso. Essa é uma diferença que sinto daqui em relação ao RJ, que tem muita demanda de especialista aqui, consulta muito mais especializadas, uma tecnologia mais dura do que a gente precisa fazer.” (DRA. MARTA - 1º encontro)

“A médica nova (DRA. MARINALVA) achou interessante porque ela imaginava que o serviço de Atenção Básica fosse aquela coisa de ‘Pressãozinha altinha e Diabetes’ e aparece cada coisa mirabolante e que ela está achando fantástico. E eu acho isso interessante também”. (DR. JONAS - 2º encontro)

“Eu me sinto como se estivesse em uma unidade mista entre pronto socorro com UBS e serviço de especialidade.” (DR. JONAS - 3º encontro)

As falas expressam a complexidade da demanda que chega para atendimento do nos serviços de atenção básica. Se por um lado é considerado interessante o atendimento não ser apenas focado nas ações programáticas, nas ações de prevenção e promoção, por outro, isso parece ser considerado um certo “desvio” do que seria a função principal do PSF

“Vejo que se exige da Atenção Básica cuidados que não são de UBS. Esse modelo de Medicina de Família ‘resolve tudo’ não é o modelo de outros países. É como se fosse um grande jeitinho brasileiro. A ideia que eu tinha de Atenção Básica era um pouco mais microscópica, não era tão macroscópica como é aqui. E quando penso no grande objetivo da AB que é a prevenção quaternária, aquela coisa de não deixar ficar doente, de não ficar enchendo a pessoa de remédio... não faço isso aqui.” (DR. JONAS - 3º encontro)

Em síntese, os profissionais apontam que o modelo proposto pelo município exigia um atendimento “mais especializado” do que seria o esperado para um serviço de Atenção Básica, sendo considerado mais “exigente”, por ter que resolver “todos os tipos de casos” e até urgências clínicas.

Parece haver, dentre os médicos participantes da pesquisa, a necessidade de maiores discussões sobre o modelo proposto de Saúde da Família do Documento Norteador municipal, que incluía assumir a responsabilidade pelo cuidado das pessoas do território.

Podemos caracterizar a Atenção Básica como um local de menor complexidade tecnológica material, recursos técnicos e laborais, no entanto, trata-se de um local de grande complexidade para estabelecer procedimentos de intervenções no coletivo e individual referentes à prevenção e à promoção. Local essencial para realizar a integralidade de ações individuais e coletivas, bem como articulação dos serviços envolvidos no cuidado à população (MERHY, 1998; SCHRAIBER, 2002; MENDES-GONÇALVES, 1996 *apud* CAPOZZOLO, 2003).

Desde a Reforma Sanitária tem sido intenso o debate em torno de modelos de organização da Atenção Básica para responder às necessidades de saúde da população de um território. No que diz respeito à organização do trabalho da ESF, encontra-se predominantemente uma centralidade no atendimento de grupos prioritários, com ações programáticas organizadas a partir dos problemas de saúde prevalentes, com dificuldades de acesso para os grupos não considerados prioritários. Franco e Merhy (2003) chamam atenção ao caráter prescritivo, bastante exacerbado deste modelo, uma vez que há inúmeras definições que acabam por engessar a prática da equipe.

“São definidas a priori os locais de atendimento: unidade básica para pacientes vulneráveis, visitas domiciliares para outros atendimentos e grupos na comunidade. Da mesma forma existe uma lista das atividades que devem ser realizadas pela equipe. Pode-se dizer, portanto, que no PSF existe uma confusão entre o que é ferramenta para diagnóstico e intervenção, e o que é resultado em saúde. Os resultados desejados são anunciados (85% dos problemas de saúde resolvidos, vínculo dos profissionais com a comunidade, etc...) e infere-se que seguindo a prescrição altamente detalhada será obtido o resultado anunciado”. (p.31)

Os participantes da UBS 02 retrataram uma unidade na qual a organização do processo de trabalho parece satisfatória, sendo realizada uma ponderação por Dr João, que está há mais tempo na unidade.

“Tivemos que fazer adaptações. Funcionando certinho não está, mas é o que dá pra fazer agora. Sinto que vamos fazendo e depois vamos ajeitando para poder seguir com as coisas.” (DR. JOÃO - 1º encontro)

“Acho muito organizado o trabalho de São Bernardo, muito legal. A gente aprende muita coisa, é um jeito diferente de trabalhar o PSF, mas muito bom. Acho que tem coisas, como em todo lugar que precisam ser arrumadas, mas acho muito bom.” (DR. JOSÉ - 1º encontro)

“E aqui eu acho eu o trabalho em equipe é muito mais bem desenvolvido do que nos outros municípios que trabalhei. A integração da equipe é bem desenvolvida. E falo dos agentes comunitários de saúde, médico, enfermeiro, dentista que está inserido na equipe. Até a parte administrativa é bem organizada. Com o desenho que temos nessa unidade o modelo do município está funcionando” (DRA MARIA - 1º encontro)

De fato, esta unidade está localizada em uma região mais central do município, é composta por três equipes de Saúde da Família Ampliadas e, no momento da pesquisa, todas as equipes estavam completas, inclusive com uma generalista que, apesar de recém chegada, mostrou-se bastante implicada com o processo de organização e cuidado propostos pelo município.

Esta situação é diferente da vivenciada pelos profissionais da UBS 01, que no momento dos encontros estava com 02 equipes sem generalistas e ao longo da pesquisa, passou para 03 equipes sem generalistas (de um total de 5 equipes) além de um pediatra com afastamento médico e uma ginecologista em licença maternidade, cabendo aos profissionais presentes na unidade, absorver a demanda de toda a população.

Vale ressaltar que principalmente em UBS situadas em regiões periféricas do município, ocorria muita rotatividade dos médicos que, mesmo com os salários e as possibilidades de formação em serviço ofertadas pela gestão, frequentemente permaneciam por pouco tempo na equipe. Aos médicos que ficavam, cabia, além do cuidado aos usuários do seu território, os cuidados prioritários – gestantes, menores de dois anos, portadores de doenças crônicas – dos usuários da equipe que estava sem médico, fato que em alguns locais se estendia por meses.

Isto também tem sido relatado nas experiências de outros municípios, sendo um desafio a fixação desses profissionais em áreas de maior vulnerabilidade.

No Brasil, antes da implantação do PMM, cerca de 20% dos municípios brasileiros apresentavam escassez de médicos, principalmente naqueles de menor porte, mais distantes e com maior dificuldade de acesso. (EPSM, 2012)

Nessas regiões periféricas, os adoecimentos e as necessidades de atendimento da população são maiores.

No nosso contexto aqui, dessa unidade, acho muito difícil a aplicabilidade da proposta da gestão, porque a quantidade de demandas é muito grande. O modelo que me falaram foi um modelo que eu já imaginava de atendimento, mas não imaginava o fluxo de pessoas. Tem coisas que são super resolvíveis na AB. E digo em termos de população, agravos. Eu percebi que é muita gente muito doente... Existem documentos norteadores da assistência e eu entendo o papel dos documentos, mas é o que eu sempre falo com o gerente: 'papel, é papel... o papel funciona muito bem para algumas unidades, mas aqui?! Que temos 50.000 pessoas'?! É um grande descontentamento meu de quando vim pra cá. Eu achava que não tinha esse tanto de gente pra atender. Eu achava que era uma coisa mais "ok". eu acho que não adianta nada eu mostrar para o município que estou atendendo 500 pessoas e fazendo nada.... eu prefiro atender 250 pessoas e resolver o problema."
(DR. JONAS – 3º encontro)

No entanto, no decorrer dos encontros, os profissionais dos dois serviços trouxeram questões relacionadas à demanda de atendimentos, destacando o elevado número de pessoas/famílias vinculadas a cada equipe, mesmo considerando a composição com os médicos especialistas

"E a questão da proposta ampliada que eu imaginei que fosse mais gostosa de fazer pelo fato de ter os especialistas do lado, o que tornaria o trabalho mais suave. Mas não. Nada mais suave. Eu recebo pacientes completamente descompensados que precisam de atenção. O pediatra não consegue atender, o psiquiatra atende milhares de pessoas, o ginecologista faz ambulatório dentro da unidade. Então a gente fica nessa situação e acabo absorvendo grande parte das demandas."
(DR. JONAS – 3º encontro)

Assim, vão expondo que não conseguem participar de espaços de discussão, como reuniões que ocorrem na unidade para avaliação e reorganização do processo de trabalho, planejamento e execução de atividades de cuidado para além das consultas médicas, como grupos.

“É uma insatisfação dos profissionais. Falta tempo para fazer mais. Sentar e poder ajudar no planejamento das próprias ações. Falta tempo para participar de mais grupos, sentar e planejar atividades que seriam muito melhores. E se não pararmos, o serviço que sofre com isso, as coisas vão ficando cada vez pior, a gente não se atualiza, não se conversa. (...) às vezes tem algum caso que queremos estudar, mas não dá tempo, então precisamos organizar bem isso, pensar.” (DRA MARIA – 2º encontro)

“O que eu sinto falta, que eu sempre falo é que a gente não tem muito tempo. Eu chego às 8:00 e saio às 17:00 e atendo muitas pessoas. Falta tempo para podermos sentar com calma e conversar.” (DR. JOÃO - 2º encontro)

Além da questão quantitativa de demanda de atendimentos, dois participantes também pontuaram como problemática a forma de acesso ao serviço pela população.

“Às vezes o paciente não entende que não dá pra fazer aquilo naquela hora. Agora já estão filtrando mais. Estão explicando o fluxo. Por isso é importante ocorrerem essas reuniões para acertarmos essas coisas e termos a mesma fala e com propriedade. Se a equipe não está afinada no processo de trabalho, o médico passa a ser a única resposta para o paciente. E aí aparece a questão de não termos tempo para mais nada a não ser atender.” (DR. JOÃO - 2º encontro)

Essa procura pode ser compreendida a partir do estabelecimento do vínculo que os usuários apresentam com os profissionais preferindo ser cuidados por sua equipe de referência ao invés de procurar por um serviço onde não conhecem os profissionais e onde serão atendidos com foco na sua queixa no momento.

No entanto, essa visão parece não ser compartilhada por alguns dos participantes da pesquisa, que consideram que a população deveria ser orientada quanto à organização do PSF, referindo que eles deveriam acessar o serviço apenas para consultas agendadas.

“então precisamos organizar bem isso, pensar. Senão aqui vai acabar virando um pronto socorro. Já é mais ou menos assim. A população não quer ir para a UPA, querem passar aqui....Na realidade quando você implanta uma unidade de Saúde da Família no território e a população não foi orientada, acaba não aceitando ou não entendendo o que é o PSF. Quando eu comecei em outro Estado, eram realizadas oficinas com a comunidade. Os profissionais que iam trabalhar no serviço

conheciam a área, participávamos das oficinas para nos apresentar e ensinar para a população o que é o PSF, quem é o médico de família. A equipe permanecia duas semanas na área trabalhando a comunidade, entendendo as demandas. Então, acho que em muitos locais já começa errado. ‘Joga-se’ o PSF no local e a comunidade nem sabe o que é.” (DRA MARIA - 1º encontro)

Retomo a aposta da gestão entre 2009 e 2016 no acolhimento à demanda espontânea enquanto tecnologia para aprimoramento do cuidado. Trata-se de um debate quanto a diferentes concepções de cuidado das equipes de saúde da família se deveriam atender apenas a demanda programática ou realizar o cuidado programático e também atender as diversas demandas da população de seu território.

Outra importante questão que surgiu referia-se à mudanças nos agendamentos, uma vez que, na UBS tradicional, o usuário direcionava-se à recepção e escolhia o agendamento com pediatra, ginecologista ou clínico geral conforme sua demanda, já no modelo do PSF a agenda era com o médico generalista que direcionava aos outros médicos se avaliasse ser necessário.

“As mulheres estavam acostumadas a sempre passarem com o ginecologista para fazerem a rotina. Então, até desmistificar... tem muita reclamação. É difícil, mas temos conseguido. Um caso ou outro que acabamos cedendo... eu acabo encaminhando... mas temos conseguido.” (DR. JONAS - 2º encontro)

A organização do processo de trabalho apresenta tensões, pois há diferentes perspectivas e concepções em disputa quanto à forma de pensar o cuidado. A investigação indicou que havia também tensões decorrentes da pressão da gestão quanto à resolutividade da Atenção Básica qualitativa e quantitativamente.

Os participantes trazem nas falas importantes considerações que podem contribuir para uma reflexão acerca da composição das equipes em um cotidiano atravessado por inúmeros fatores que permeiam a prática tais como: as características do território, as condições sociais e epidemiológicas que se traduzem em diferentes demandas de cuidado para além dos atendimentos programáticos.

Um cotidiano que demandava o olhar da gestão para os processos de trabalho nas unidades.

“Frente às demandas nas unidades tivemos que flexibilizar a organização do trabalho. Acompanhávamos cada UBS e, entendíamos que o generalista não conseguiria coordenar o cuidado do território todo. Então os outros médicos também precisavam atender. Claro que monitorávamos e se necessário íamos até a unidade ou chamávamos o gerente para realinhar a proposta.” (entrevista diretora DAB)

Apesar da proposta de mudança do modelo de assistência, a organização do serviço, mostrava-se ainda muito permeada pela lógica ambulatorial.

Inúmeras vezes observava que cada profissional permanecia em seus consultórios, atendendo o que cabia às respectivas especialidades sem interação entre si. Ainda a população chegando ao serviço para realizar agendamento e escolhendo o desejado médico especialista. (registro diário pesquisadora)

Muitos profissionais, ainda que tivessem aceitado permanecer em uma Atenção Básica em transformação, pareciam não se implicar com a nova proposta, permanecendo na lógica de um atendimento ambulatorial, sem envolvimento com a rotina do serviço bem como com a cobertura de equipes que estavam sem médico.

É necessário reconhecer que todos governam e que, em especial, na saúde, em que predomina o trabalho vivo em ato, todos governam e são autores do modelo tecnoassistencial. Só se pode imaginar a produção da integralidade, da continuidade da atenção e de ampliação da resolubilidade por meio da construção de novos espaços de conversa, pactuação e cooperação técnica entre os trabalhadores dos diferentes tipos de serviço de saúde, tendo as necessidades dos usuários como referência para essas pactuações. (BERTUSSI, 2010)

A alta rotatividade dos profissionais nas equipes também foi destacada:

“As equipes estão sempre mudando... Então, ficamos amarrados, porque temos que começar tudo de novo... prepara tudo de novo... Os passos que havíamos conseguido avançar, volta tudo de novo...” (DR. JOÃO - 2º encontro)

Também compõe a complexidade vivenciada no cotidiano do serviço, um fator importante abordado por um profissional: continuidade do trabalho a partir da Política Municipal de Saúde independente da gestão municipal e local.

“Eu acho que temos que pensar como organizar. Vamos seguir o preconizado? Vamos atender a família toda? Como? No início tentamos realizar o agendamento da família toda para o mesmo período. Não deu certo. Precisamos pensar como fazer.” (DR. JOÃO - 1º encontro)

“Vamos ver se conseguimos uma continuidade, porque não sei se vocês sentem isso... mas sinto que estamos sempre amarrados. Quando parece que as coisas vão caminhar, sai gestão, sai gerente... aí começa tudo de novo... sai outro gerente... e estamos sempre recomeçando. Vamos ver se agora conseguimos uma sequência para conseguir ampliar o trabalho. E ter um gerente que defende a proposta do PSF é muito legal. Quando era da gestão anterior eu tinha cada dia um tipo de atendimento, então atendia adulto, idoso, criança, gestante... fazia de tudo, inclusive procedimento, Papanicolau. Agora não. Como agora temos meta para cumprir mudou... Estamos passando por diversas mudanças. Mudou tudo né?! Então não sei o que a gestão pretende. A gente não sabe né?! Precisamos pensar como vamos acertar, porque o médico de família tem que olhar para a família, né?!” (DR. JOÃO - 2º encontro)

Frente aos relatos, trago à luz a necessidade de a gestão revisitar o modelo assistencial que propõe, considerando a vivência dos profissionais no cotidiano dos serviços, as características da população, inclusive avaliando a necessidade de mudanças no número de famílias sob responsabilidade de uma equipe.

As breves conexões, percepções e vivências da ESF Ampliada apontadas pelos participantes da pesquisa torna possível identificar que a organização dos serviços, cobertura das equipes por médicos, inserção do serviço no território e demanda da população interferem nas práticas.

3.3. Generalistas e as práticas de cuidado

Ao longo dos encontros, os participantes realizavam importantes resgates referentes a percepções acerca da atuação como generalista.

“80% do que eu faço é atendimento de médico de família. É um pouco diferente por causa da demanda. Como tem muito idoso, adulto, essa demanda acaba sendo de 80% a 90% da minha agenda. Crianças raramente atendo porque a pediatra absorve a maior parte dessa demanda e também as gestantes, que são poucas, ficam com os ginecologistas.” (DR. JOÃO - 1º encontro)

Aparentemente há um descontentamento com a organização do processo de trabalho, sendo necessário que os diferentes atores – generalista, matriciador, gerentes e Gestores – assumissem as responsabilidades que lhes cabem para efetivação da estratégia, afinal, de nada adianta combinados verticalizados em que não se disponibiliza informação e recursos adequados.

“Dentre todas as coisas [especialistas disponíveis] eu vi que faltava generalista na cidade e eu vi que faria diferença na vida das pessoas... uma coisa teoricamente simples... que não exige grandes tecnologias, grandes habilidades, mas uma coisa simples, pequena que consegue modificar o cotidiano das pessoas, acesso da população à saúde.” (DRA. MARTA - 1º encontro)

“...É muito gostoso. Na Atenção Básica eu consigo ver tudo, eu gosto de tudo... Acho que te falei na vez passada que eu sinto muito prazer em fazer essa atividade e, independente da questão de ganhos financeiros, metas financeiras pra vida, eu estabeleci uma meta pessoal que é a de intervir positivamente na vida das pessoas, e aqui eu consigo fazer isso. Tenho conseguido fazer isso. Tem sido muito proveitoso, tem sido legal, estou conseguindo bons resultados, meus pacientes melhoram com o que eu faço... isso é bom. É positivo. Eu percebo que consigo, mas é uma coisa mais voltada para minha capacidade técnica, resolver em uma consulta, coisa que às vezes está esperando por anos uma resolutividade e às vezes é uma mudança de dose, trocar um remédio, tirar um remédio...” DR. JONAS – 1º encontro)

“Até hoje ela continua passando em consulta comigo e é muito agradecia. E foi uma coisa que me marcou muito... o quanto a gente pode impactar na vida de uma pessoa sem precisar usar algo muito complexo pra conseguir ajudar. E esse tipo de coisa que me fez valorizar bastante o trabalho desenvolvido na saúde básica.” (DR. JUCA - 1º encontro)

As falas valorizam a atuação do generalista destacando a percepção dos impactos que produzem na vida das pessoas acompanhadas, a possibilidade de fazer diferença na vida dos usuários. Tema que retornou nos diferentes encontros da pesquisa.

“...O que eu sei é que se eu resolver o problema, é menos uma pessoa que vai ficar ali na fila do acolhimento... então eu percebo que minha resolutividade é muito boa. Eu consigo resolver a maioria das coisas que eu me proponho a resolver.

Sei dar uma boa assistência, e eu acho isso legal! (DR. JONAS – 2º encontro)

“...Hoje eu consigo já colher uns frutos disso porque quando eu cheguei tinha muitas gentes tomando muito remédio errado. Vejo que otimizando o atendimento gera-se uma melhora.” (DR. JONAS – 3º encontro)

Uma atuação que, pela característica da longitudinalidade, permite ao profissional acompanhar a resolutividade do cuidado realizado.

“...a gente tem essa demanda pra seguir com essas consultas mais especializadas que a gente tem que fazer mesmo.” (DRA. MARTA - 1º encontro)

“Estou aqui atendendo e a qualquer momento chegará um problema.” (DR. JONAS - 3º encontro)

Cuidado esse que colocou os profissionais em diálogo quanto à complexidade da atuação do generalista.

“Olha, teoricamente, é simples! A gente às vezes se “engasga” em protocolos, acontece mais esse tipo de coisa... mas eu diria que sim.... não é das tecnologias mais complicadas, nem de coisas que exija mais tempo. É atenção. Mas eu ainda acho que não é nada de muito complexo não. Eu acho bem possível.” (DRA. MARTA - 1º encontro)

“Nossa!!!! Eu acho dificilimo. DRA. MARTA falou um negócio sobre simples, e é interessante que a origem etimológica da palavra ‘simples’ e ‘complexo’ é a mesma palavra. Uma coisa ser simples não significa que ela é fácil. Eu tive um professor de ética médica que falava pra gente isso. E marcou. E quando DRA. MARTA falou, eu me lembrei exatamente dessa frase. Que ele falava ‘gente, muitas coisas são simples, simples mas não são fáceis. Porque se fosse fácil alguém já teria feito’...” (DR. JONAS – 1º encontro)

Notam-se diferentes percepções quanto à atuação do generalista. Também destacaram aspectos interessantes dessa atuação:

“Atuar como generalista oportunizou fazer coisas a mais que não fazia. É bem legal isso. Sempre tem coisa nova e isso ajuda

bastante. Ter formação em Homeopatia tem muito a ver com Medicina de Família. A gente olha o todo...” (DR. JOÃO - 1º encontro)

A fala a seguir destaca a possibilidade de oferecer espaço de escuta e isso produzir um cuidado que não seja apenas medicamentoso.

“Na medicina de família, depois de começar a trabalhar aqui, que eu comecei a criar gosto por isso. No primeiro ano que eu estava aqui, que foi em 2012, uma paciente que marcou muito.... ela veio, tinha acabado de perder um filho por acidente e veio já querendo tomar algum remédio pra ajudar... um antidepressivo.... ela estava entrando no segundo mês de luto, estávamos sem psicólogo, sem psiquiatra, eu não tinha conhecimento nenhum em saúde mental, interesse nenhum em saúde mental e, a única coisa que consegui fazer na hora, foi disponibilizar bastante tempo de consulta pra ela, pra desabafar... acho que ficamos uns 40 min de consulta e... passei pra ela algumas coisas que lembrei da faculdade, que o luto normal pode durar até 2 meses, de pessoas próximas pode chegar a 6 meses, passei encaminhamento pra psicólogo e, graças a essa interação na consulta e a força dela, conseguiu superar e sem precisar tomar remédio nenhum...” (DR. JUCA - 1º encontro)

A partir dos relatos dos profissionais, podemos dizer que atuar como generalista pode conferir desafios que mantêm o interesse em uma prática que parece transbordar o olhar para uma clínica mais ampliada e, conseqüentemente mais cuidadosa e resolutiva, com impacto na vida dos usuários que acompanham.

Para além dessas questões, o salário também foi mencionado por um dos participantes como um dos motivos que o mobilizou a aceitar o convite para se tornar um generalista.

“E o salário né?! Como pediatra é quase a metade. Porque, você vai ganhar mais. Tem que fazer outras coisas sim, mas foi interessante. Na época eu pensei que pra ficar aqui ganhando menos, eu preferi atuar como generalista. Temos vários médicos na rede que também optaram por isso. Tem muitos ginecologistas e pediatras como médicos de família em outras unidades.” (DR. JOÃO - 1º encontro)

No entanto, a atuação no PSF, ainda que apresentada como interessante, foi problematizada.

“Acabo fazendo um grande ambulatório de clínica médica e especialidade, que é um outro perfil de trabalho. E prevenção, quase nada, quase zero. Só não digo que é zero porque é um número muito absoluto. E cada vez mais observo que o modelo hospitalocêntrico, médico centrado não se sustenta. O remédio ajuda, mas não é a resposta para tudo...” (DR. JONAS – 2º encontro)

Abordam que pouco atuam no âmbito da prevenção, ocorrendo ainda uma prática predominantemente médico centrada, medicalizante.

Franco e Merhy (1999) apontam diversas tensões presentes na ESF destacando que se os profissionais não conseguirem rever a forma de produzir o cuidado dispendo-se a atuar também na direção da clínica, dando-lhe valor com propostas como a da clínica ampliada, a ESF pode, assim como ocorreu com a Medicina Comunitária e os Cuidados Primários em Saúde, configurar-se na sua ação "como linha auxiliar do Modelo Médico Hegemônico".

Para os mesmos autores, a ESF pode persistir como um modelo no qual outros profissionais da equipe – como enfermeiro e ACS – cuidam “dos terrenos de competência da saúde coletiva”, e ao médico cabe o cuidado da saúde individual. Esse aspecto foi apontado por um dos participantes da pesquisa

“...eu sinto que nós ainda estamos muito distantes de uma atenção descentralizada do médico. Eu sinto que falta autonomia para os enfermeiros. Acho que isso é muito ruim para a Atenção Básica. E a equipe de uma forma geral é boa, inclusive com as orientações da enfermagem, ajuda muito” (DR. JONAS – 3º encontro)

Diversas características quanto ao trabalho do médico generalista nesta rede de Atenção Básica foram apresentadas pelos participantes da pesquisa, sendo destacada a potencialidade para apresentar uma prática resolutiva a partir de uma abordagem mais ampla do usuário, ou seja, para além da dimensão biológica e problematizar uma prática medicalizante, uma vez que há a possibilidade de acompanhar longitudinalmente o usuário.

No entanto, trata-se de um trabalho que não parece ser tão fácil sendo atravessado por concepções e entendimentos dos profissionais e da população acerca do cuidado realizado pelo serviço:

“Quando se conhece o paciente, como no meu caso que estou aqui há 4 anos e conheço a maioria, é muito mais fácil. Difícil quando chega um paciente novo e demoramos muito mais para coletar história e entender o processo dessa pessoa.” (DR. JOSÉ - 1º encontro)

“E paciente de primeira vez geralmente quer que se resolva tudo em apenas uma consulta. Não dá.” (DR. JOÃO - 1º encontro)

“Às vezes o paciente vem solicitar um exame que encontrou na internet e acredita que é o melhor para o cuidado. Enquanto profissional, tento explicar que não é assim, há um procedimento, protocolo a ser seguido, mas é muito difícil de compreenderem. E ainda falam que o profissional que passou não é bom. Mas eu ainda acho que dá para olhar o paciente como um todo” (DRA MARIA - 1º encontro)

A atuação de generalista pode ser considerada tecnologicamente de baixa complexidade, mas lida com uma diversidade de demandas a partir de vulnerabilidades e situações de risco que requer, além da disponibilidade dos profissionais da Atenção Básica, uma rede de serviços que componham o cuidado.

A Atenção Básica não pode ser pensada desvinculada de uma rede de serviços de apoio diagnóstico terapêutico de maior complexidade e da garantia de acesso a exames subsidiários à identificação precoce e prevenção de diversas patologias, tendo um lugar estratégico nesta rede. (CAPOZZOLO, 2003)

“Realmente tem coisas que precisamos das especialidades, senão não faria sentido tê-las, crítica inclusive que faço a colegas que encaminham qualquer caso para o especialista e eu, por ser especialista, fico incomodado com a situação. Tudo bem, tem coisa que o profissional não é obrigado a saber.” (DR. JONAS - 3º encontro)

Uma rede de serviços da Atenção Especializada que requer encaminhamentos qualificados para que tenha possibilidade de realizar o cuidado necessário em tempo oportuno.

“Gostei bastante da rede daqui, é uma rede bem estruturada. Mas eu acho que até nisso aqui é mais bem organizado.” (DRA MARIA - 1º encontro)

Apesar dos apontamentos positivos referentes a estruturação da Rede de Atenção Especializada à Saúde, que em 2016, era composta por 8 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; 1 Centro de Referência de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/AIDS; 1 Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM; 3 Centros de Especialidades com: Cardiologia, Nefrologia, Reumatologia, Neurologia, Ortopedia, Dermatologia, Gastroenterologia, Endocrinologia e outras; 1 Centro Especializado em Reabilitação – CER (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2016), os participantes fazem importantes ponderações referentes ao acesso a essa rede.

“Temos problemas com algumas especialidades da atenção secundária aqui... às vezes o paciente precisa do atendimento deles, mas o encaminhamento é indeferido. O que eles querem que eu faça?... Otorrino é um grande entrave porque nossos encaminhamentos são negados e fico pensando o que fazer.” (DR. JONAS - 3º encontro)

“Fala que o caso não é pra estar na especializada, mas não tem uma resposta.” (DR. JUCA - 1º encontro)

“...Então, essa falta de comunicação da Atenção Básica com a especializada eu acho que gera a maioria das dificuldades e eu lido com isso tentando resolver o máximo que eu posso e aí quando é algo que eu não posso?” (DR. JONAS - 1º encontro)

É possível identificar, a partir das falas, certa dificuldade de acesso à Atenção Especializada quando há necessidade de encaminhar o usuário. Para além do acesso, a questão da integração entre os serviços também foi abordada.

“Algo que vejo que precisa melhorar é o relacionamento entre a Atenção Secundária e a Atenção Básica, que ainda se relacionam pouco...” (DR. JOSÉ - 1º encontro)

Os participantes compartilharam suas percepções acerca dessa relação.

“Às vezes dá a impressão de que o trabalho do médico de família, da atenção básica não é muito relevante para o pessoal da especializada, porque não dá resposta.” (DR. JUCA - 1º encontro)

“Eu concordo com DR. JONAS e DR. JUCA... eu gosto bastante de trabalhar aqui mas também vejo que parece que não veem

importância do que é feito aqui na atenção básica.” (DRA. MARTA - 1º encontro)

Um discurso que parece ainda pautado na existência de uma sensação de que não há relevância no trabalho do médico da Atenção Básica.

Como abordado por Cunha e Campos (2011), há uma valorização social/organizacional diferenciada de saberes profissionais e de serviços complementares entre si. Os autores retomam Balint que, desde 1988 apontava a existência de uma sensação de inferioridade por parte dos profissionais da Atenção Básica em relação aos profissionais de outros serviços. Essa sensação era reforçada pela crença da própria população de que a inferioridade era real. Isso se refletia nas relações dos profissionais quando compartilhavam pacientes. Aponta-se, então, a necessidade de construir-se mecanismos para valorizar com mais equilíbrio as diversas especialidades médicas, bem como os diversos profissionais de saúde, de diferentes serviços da rede assistencial. A escolha por especialidades cada vez mais segmentadas torna o mundo médico mais restrito e as relações mais fechadas dentro da própria profissão.

Outro desafio abordado pelos participantes da pesquisa refere-se à questão da referência e contrarreferência.

“...E uma coisa assim muito ruim aqui é, por exemplo, estamos acompanhando o paciente que está com problema e não está dando pra resolver aqui, então encaminhamos para a especialidade. E na maioria das vezes a gente não tem uma contrarreferência do que aconteceu lá. Quando o paciente vem de volta, vem só com o relato dele e pronto. E isso é muito ruim. Não ter uma resposta pra gente” (DR. JUCA - 1º encontro)

“Às vezes não compreendo a conduta do outro profissional e também não sei que protocolo ele está seguindo e não tem como eu acessá-lo para descobrir. E assim, se é da minha responsabilidade manter o receituário, eu gostaria de entender o porquê de algumas coisas, entendendo que há coisas que são dos especialistas, mas tem coisas que a gente precisa saber, entender e aí, entram alguns desacordos” (DRA. MARTA - 1º encontro)

“...A questão da contrarreferência não está muito legal ainda” (DR. JOSÉ - 1º encontro)

“É, aqui é difícil receber uma contrarreferência até dizendo o que o especialista fez o caso que você encaminhou. Se medicou, se pediu exame, se pediu retorno se não. É difícil essa comunicação. A gente sente muita deficiência em relação a isso.” (DRA MARIA - 1º encontro)

Para além do acesso, os participantes também identificam a necessidade de melhorar a comunicação entre os profissionais dos diferentes serviços.

Vale ressaltar que, concomitante à aposta da gestão nos matriciamentos, os profissionais da rede também eram orientados quanto à importância do preenchimento das referências e contrarreferências de forma a dar suporte ao profissional que recebia o usuário para a continuidade do cuidado, uma vez que os serviços especializados são compreendidos como ponto de atenção à saúde em um determinado momento da vida do usuário para compor o cuidado junto à equipe de referência que atua no território desse usuário. Enfim, uma formação de rede de cuidado em ato.

Tal estratégia contempla a Equipe de Atenção Básica como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde e Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos.

“Mas eu posso contar nos dedos as contrarreferências que recebi trabalhando no PSF. Não é algo de São Bernardo. Muitos lugares são assim. Aqui ainda considero que tem uma organização melhor, porque trabalhei em municípios próximos que era mais complicado ainda” (DRA MARIA - 1º encontro)

Ainda que identificada a necessidade de melhorar a comunicação, há um reconhecimento quanto ao trabalho em rede desenvolvido no município bem como o possível impacto positivo na resolutividade do cuidado na Atenção Básica mediante uma comunicação efetiva.

“Quanto mais eles dessem o retorno do que acontece lá, às vezes o caso que a gente encaminhou uma vez, depois não encaminharia mais, mas aí você não tem retorno nenhum e aí... continua todo mundo perdido.” (DR. JUCA - 1º encontro)

“...na realidade assim, eu vejo que quanto mais eles conversassem, capacitassem aqui, encaminharíamos menos.” (DRA. MARTA - 1º encontro)

Estaria aí caracterizada uma ponderação a ser considerada por todos os envolvidos no processo de articulação de rede: sem encontro não há rede?

3.4. Matriciamento: entre possibilidades e desafios

Dentre outras propostas já mencionadas, o matriciamento foi uma das apostas da gestão municipal de São Bernardo do Campo para qualificação do cuidado da Atenção Básica por meio da ESF Ampliada e também para qualificação da Rede de Atenção à Saúde por meio da aproximação da Atenção Especializada e Atenção Básica.

Ao longo de minha atuação em São Bernardo do Campo, tive a oportunidade de participar de diferentes propostas de matriciamento, seja como apoiadora, quando inclusive articulava tais espaços, seja como gerente de UBS que acreditava na potência desse dispositivo em contribuir para a integralidade do cuidado.

Bertussi resgata a ideia de dispositivo a partir de Feuerwerker, enquanto

“espaço privilegiado para mudança nas práticas de saúde, possibilitando a apropriação do conhecimento produzido a partir da realidade cotidiana do trabalho e, portanto, a partir dos problemas ou necessidades que interferem na qualidade da atenção à saúde ao usuário que se apresentam como problemáticas para reflexão, debates e reajustes nos pactos que orientam a ação dos trabalhadores, gestores e participação social”. (FEUERWERKER *apud* BERTUSSI, 2010, p.31)

Baremlitt traz dispositivo como “uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidades e inventa o novo Radical”. (BAREMLITT, 1992, p.151).

Pode-se dizer que os dispositivos combinam diferentes recursos que provocam mudanças organizacionais, sendo artifícios utilizados temporariamente com o intuito de instaurar algo novo, modificar traços da cultura institucional ou reforçar valores com potencialidade para intervir na realidade cotidiana do serviço. (CAMPOS, 1999)

3.4.1. Matriciamento e a qualificação da Rede de Atenção à Saúde

“Quando cheguei já estava tudo praticamente organizado, eu gostei muito dessa experiência do matriciamento, porque onde trabalhava tínhamos apenas matriciamento em saúde mental e aqui temos diversos, o que ajuda muito no dia a dia para o

manejo com o paciente. Eu gostei bastante. Isso é bom. Acho que o matriciamento veio para somar na prática do PSF. E observar o progresso do paciente é um estímulo.” (DRA MARIA - 2º encontro)

A constituição de redes exige o estabelecimento de dispositivos que aprimorem as relações entre diferentes serviços, especialidades e saberes. (BRASIL, 2009)

Para qualificação da rede de cuidado, o município propôs diversos desenhos de matriciamento, como encontros mensais entre generalista e médicos da Atenção Especializada para realização de atendimentos compartilhados de casos que a equipe da UBS estivesse com dificuldade de manejo; reuniões mensais entre equipes de diferentes serviços para discussão de fluxos, de casos complexos e de Educação Permanente; utilização de tecnologias, como Skype com o intuito de facilitar o encontro entre os profissionais dos diversos serviços.

As equipes da Atenção Especializada tiveram abordagens diferentes de encontro. A Pneumologia organizou os especialistas por referência de UBS que, inicialmente, iam até a unidade para realização de consultas compartilhadas junto como o generalista. Posteriormente também realizaram Educação Permanente presencial junto à equipe e, com o passar do tempo, o acesso ao especialista passou a ser por telematriciamento. Também a Saúde Mental se organizou por profissionais de referência das UBS que participavam de encontros mensais junto às equipes de Saúde da Família para discussão de casos complexos e fluxos entre os serviços. Outras experiências de matriciamento contemplavam atendimentos compartilhados entre médico generalista e especialista de referência para a UBS, como em Dermatologia e Reumatologia.

Havia a perspectiva de proporcionar uma aproximação da Atenção Especializada ao território e contribuir para mudanças na atitude dos profissionais e nos processos de trabalho bem como da gestão, visando a qualificação da Rede de Atenção à Saúde.

Nessa perspectiva, o apoio matricial, como concebido por Campos (1999) tem o objetivo de superar as limitações estabelecidas pela organização tradicional dos serviços de saúde permitindo ampliar as relações entre si. Portanto, vai além de mecanismos como a referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação.

(CUNHA e CAMPOS, 2011). A equipe matricial deve agregar conhecimentos e aumentar a capacidade da equipe em resolver problemas de saúde. (ARONA, 2009)

“Por causa dos matriciamentos a relação da Atenção Básica com a Especializada não é de todo ruim” (DR. JOSÉ - 1º encontro)

“Logo que eu comecei tinham os matriciamentos em outras especialidades, como até hoje ocorre da Pneumologia, que é bem regular. O matriciamento é tão legal que eu estou sem casos. Resolvemos por aqui mesmo a maioria das situações” (DR. JONAS - 3º encontro)

Há uma avaliação positiva dos participantes do matriciamento entre diferentes serviços que parece impactar na resolutividade do cuidado realizado pelo generalista bem como na qualificação dos encaminhamentos para outros serviços da rede.

“Vejo que a Saúde da Família, pelo menos aqui em São Bernardo, está alcançando bons resultados e avalio que os matriciamentos são positivos, em específico em Psiquiatria, Pneumologia. Inclusive quando converso com colegas que estão em outros municípios e pergunto sobre matriciamento, muitos me perguntam o que é. Então, vejo que aqui funciona bem.” (DR. JOSÉ - 2º encontro)

Retomo na memória alguns momentos, como a proposta de garantir na agenda dos profissionais a participação de encontros mensais com o CAPS de referência para ser discutido o cuidado em saúde mental, sendo a equipe autônoma para pactuar o desenho desse espaço a partir das necessidades do grupo ali participante.

Um encontro que foi pactuado entre os diretores da Atenção Básica e Especializada; gerentes de serviços e trabalhadores para garantir mensalmente o encontro dos profissionais para discussão do cuidado em saúde mental, uma vez que a partir de 2011 houve a descentralização do acompanhamento das pessoas em sofrimento psíquico para as UBS de referência, ficando o CAPS como retaguarda para os casos graves.

Os encontros iniciaram timidamente, com a participação dos agentes comunitários de saúde, enfermeiros das UBS, terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social da equipe de apoio e geralmente psicólogo e assistente social do CAPS. O movimento inicial contemplou que os profissionais se conhecessem e a partir daí, desenhar quais necessidades de discussão haviam para aquele espaço.

Os profissionais presentes organizavam o encontro para garantir discussão de casos, fluxos entre os serviços, esclarecimento de dúvidas quanto à vinculação junto a esse usuário visando um cuidado promotor de saúde a essa população que, muitas vezes, já frequentava o serviço para cuidar ‘de outras questões de saúde’ e agora, com o rótulo do sofrimento psíquico, pareciam ser desconhecidos pela unidade.

Assim passaram-se meses e os encontros iam se construindo em ato.

Os profissionais que tinham a participação garantida nesses momentos traziam retornos de que os encontros eram produtivos e melhorias podiam ser observadas, inclusive sobre os medos que alguns profissionais das Unidades de Saúde sentiam em lidar com pessoas em sofrimento psíquico. (registros diário pesquisadora)

Um encontro que precisa ser cuidado para que não perca sua potência devido a questões que não garantam a disponibilidade de horário para os profissionais envolvidos no atendimento participarem dos encontros, os recursos necessários, entre outros.

“A gente nem conhece o paciente, acaba conhecendo junto com o pneumologista porque é paciente do outro médico que não participa desses encontros.” (DR. JONAS - 1º encontro)

Apesar da diretriz dos departamentos responsáveis pela Atenção Especializada e Básica para que os matriciamentos fossem realizados, faz-se necessário que os diferentes atores – generalista, matriciador, gerentes e gestores – assumam as responsabilidades para efetivação da estratégia que demanda maleabilidade nas pactuações.

“Depois passaram a fazer pelo Skype mas a gente nunca teve esse tal desse Skype, e na verdade a gente não tem tempo pra esse tal de Skype e os próprios horários, por exemplo, o horário da pneumologista é no meu horário de almoço... aí eu sacrifico meu horário de almoço pra ver pacientes da pneumo.” (DR. JONAS - 1º encontro)

Certo descontentamento com a organização do processo de trabalho foi apontado. Além disso, importantes ponderações foram realizadas pelos participantes da pesquisa, demonstrando um possível hiato entre necessidade dos profissionais do serviço e os matriciamentos propostos.

Parece haver a necessidade de realizar o planejamento em conjunto. Muitas vezes agendas da própria gestão demandavam a presença dos médicos em outras atividades no momento reservado para o matriciamento.

A partir de uma reunião de equipe os agentes comunitários de saúde referiram estar preocupados com a condição de saúde respiratória das crianças do território, uma vez que se tratava de uma região de mata, úmida e era recorrente a procura da UBS para tratamento de doenças respiratórias naquele período. Lembro, enquanto gerente da unidade, de pactuar com os profissionais a participação de todos no matriciamento com o pneumologista, uma vez que a questão colocada pelos agentes comunitários era de extrema relevância para o serviço. E assim fizemos, agendas protegidas para participação dos enfermeiros, médicos e agentes de saúde nesse encontro. Infelizmente a agenda de atividade dos médicos e enfermeiros junto à gestão [o chamado encontro de Educação Permanente] coincidiu com o encontro. Seguimos. Combinei com os agentes de saúde o momento com o pneumologista. E, para minha surpresa, quando o profissional chegou na unidade e soube que não seria possível a participação dos médicos e enfermeiros, informou a mim que não faria o matriciamento apenas com os ACS. Virou as costas e retirou-se da unidade. (registro diário pesquisadora)

O registro acima pode nos indicar que o matriciamento dos médicos especialistas está bastante centrado na discussão das questões médicas e que há pouca valorização do trabalho dos ACS.

Neste sentido, é possível que os profissionais envolvidos no matriciamento deixem escapar momentos importantes de vinculação e discussões envoltas no cuidado em saúde, por entenderem que a função do matriciamento se limita à transmissão de informação relacionada às questões de diagnóstico e conduta médica.

Como nos trazem Figueiredo e Campos (2009), o matriciamento necessita ser realimentado constantemente por espaços de reflexão e formação permanente, para que não se perca em uma prática hierarquizada e especializada baseada em procedimentos.

Temática essa pouco abordada pelos participantes da pesquisa que, na maioria das falas, contemplam o matriciamento enquanto discussão de casos parecendo ser receptores de informações transmitidas pelo especialista.

Recordo de espaços de encontro entre as equipes da UBS e do CAPS em que, este segundo pautava os profissionais que

considerava necessário para a discussão a ser realizada, além de definirem quais casos levariam para ‘passar’ para a unidade acompanhar, parecendo caber à UBS acatar as decisões pré determinadas sem possibilidade de negociação neste espaço. (registro diário pesquisadora)

Apesar de não ser citada pelos participantes da pesquisa, vale a pena ressaltar a necessidade de manter o olhar para que os encontros matriciais não sejam focados na transmissão de informação do matriciador, como abordado por Iglesias e Avelar (2019), que geralmente estruturam-se por relações marcadamente verticalizadas, como se apenas os generalistas tivesse algo a aprender e os matriciadores a ensinar.

Faz-se necessário possibilitar conversas, escuta, trocas, mesmo que existam projetos diferentes. Porque mesmo quando há conversas e novos acordos, muitas vezes continuam existindo diferença de projetos. E certamente continuará havendo diferentes modos de operar. (EPS EM MOVIMENTO, 2014)

Tal consideração abre a possibilidade de um encontro em que há possibilidades de invenção conjunta visando o aumento de potência do cuidar desde que os atores estejam de fato envolvidos com o processo e o modelo assistencial proposto.

Afinal, como já abordado anteriormente, o matriciamento envolve um transformar-se e ofertar-se ao outro, para a promoção coletiva de saúde em conformidade às políticas públicas.

Segundo Bertussi, (2010), o matriciamento se refere à criação de espaços de encontros favoráveis ao diálogo e à pactuação com vistas à ampliação das possibilidades de fomento de um cuidado integral por meio do envolvimento de vários atores.

Podemos dizer que tal concepção se entrelaça à concepção formação em serviço, a qual está ligada à conceituação trazida por Campos e Domitti (2007) e pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), que anunciam a função de suporte técnico-pedagógico do matriciamento aos profissionais que prestam atenção aos problemas de saúde da população.

“Nunca tivemos aqui na unidade matriciamento com o cardiologista, endócrino, ortopedia tivemos uma vez em 2017 e nunca mais. Otorrino é um grande entrave porque nossos encaminhamentos são negados e fico pensando o que fazer.”
(DR. JONAS - 3º encontro)

Em diálogo com o trecho acima talvez valesse destacar que os matriciamentos das diferentes especialidades, como já dito acima, ocorreram de

maneiras diferentes. Essas diferenças se relacionavam tanto ao número de profissionais quanto à disponibilidade dos especialistas para realizarem essa atividade.

Tal fato pode estar relacionado à resistência de alguns profissionais quanto à mudança no direcionamento de suas ações, reduzido número de especialistas e falta de capacitação da equipe. (ARONA, 2009)

Além disso, pode haver um distanciamento da formulação dos matriciamentos a serem realizados, tendo em vista a necessidade de responder à demandas identificadas pela gestão a partir de uma avaliação quantitativa de encaminhamentos para determinadas especialidades, visando diminuição da fila de acesso, qualificação do cuidado e, portanto, maior resolutividade na UBS. Um processo que não foi necessariamente compartilhado com o profissional da Atenção Básica, e que considerasse suas necessidades.

Daí, por exemplo, todas as unidades serem contempladas com o matriciamento em Pneumologia, especialidade que apresentava grande número de encaminhamentos e poucos profissionais na rede, ocasionando longos tempos de espera do usuário na fila para o atendimento especializado. Importante ressaltar que a equipe da Pneumologia mostrava-se disponível para realizar os matriciamentos.

“O que eu noto é que fazíamos mais reuniões, inclusive em outros serviços como no CAPS, CAISM.” (DR. JOSÉ - 2º encontro)

Na fala acima, Dr. José trouxe sua experiência com diferentes momentos vivenciados e comparou os matriciamentos durante duas gestões distintas, referindo haver mais momentos de encontro na gestão anterior (2009 – 2016).

Ainda a partir da mesma fala, é possível afirmar que os encontros requerem uma garantia de sistematização e continuidade entre os serviços, assim como abordado por outro participante da pesquisa.

Tal ponderação pode demonstrar a fragilidade de continuidade da proposta do matriciamento enquanto aproximação e qualificação da rede de serviços, uma vez que depende de interesse da gestão para que ocorra. Lembro que os encontros da pesquisa foram realizados um ano após mudança da gestão municipal, parecendo haver um movimento de desarticulação dos encontros entre os serviços.

3.4.2 Matriciamento e a qualificação do cuidado da Atenção Básica

O matriciamento também foi uma aposta para a qualificação do cuidado da Atenção Básica por meio do modelo do PSF Ampliado com o matriciamento dos médicos das grandes áreas junto ao generalista.

Este profissional apresentou sua experiência na implantação desta estratégia.

“Aqui tivemos uma situação que favoreceu esse processo de matriciamento porque na época da reforma do prédio fomos para um local muito pequeno e não dava pra atender muita gente e fomos aproveitando para atender junto... O ginecologista realizava atendimento e eu ficava com ele, da mesma forma com o clínico geral e assim íamos revezando. Como não tinha pediatra, eles ficavam comigo, então fomos nos adaptando. Quando chegamos aqui no prédio ficou mais fácil, porque já havíamos passado por esses estágios e estávamos adaptados e ainda teve o curso, onde fomos aprimorando... discutindo casos... Os matriciadores também participaram do curso de Especialização em Saúde da família ofertado pelo município, os outros generalistas na época também participaram. Aproveitamos o que já tinha, então, os ginecologistas já estavam aqui, então vamos aproveitá-los para treinar quem não tem tanta experiência em ginecologia, como eu tenho essa formação em pediatria, eu ajudava. E fomos juntando... Da parte de clínica geral, a médica também foi participando para matricular.” (DR. JOÃO - 2º encontro)

Dentre as combinações variadas de recursos para possibilitar a qualificação do cuidado estava a possibilidade de discutir casos, realizar consultas e visitas domiciliares compartilhadas, proporcionar momentos de educação permanente para a equipe e também participar de cursos de formação.

Portanto, envolvia parcerias entre os profissionais responsáveis pelo cuidado, uma vez que poder consultar o colega mediante alguma dúvida poderia aumentar a resolutividade.

Na UBS 02, os médicos referiram haver uma boa comunicação entre os médicos das grandes áreas e os generalistas.

“A comunicação aqui é bem legal. Muito tranquilo. Quando precisamos pedir alguma coisa para eles, a gente conversa. Tem que ter uma boa relação. O contato que temos aqui com os matriciadores e com os colegas é muito bom” (DRA MARIA - 1º encontro)

“Além do que DRA MARIA abordou, agrego a relação que temos entre os profissionais médicos daqui. Se você está com algum problema ou alguma coisa que não saiba, você recorre a um colega e resolve. Se o colega não está na unidade e algum paciente dele vem à unidade em urgência, resolvemos e depois repassamos o ocorrido. Desde que cheguei o trabalho com meus colegas foi desse jeito. Seja com o pediatra, ginecologistas. Todo mundo muito assertivo. Temos uma relação muito boa no dia a dia.” (DR. JOSÉ - 1º encontro)

Tais falas parecem remeter a uma relação cotidiana entre os profissionais médicos da unidade que enxergam aí potência na disponibilidade em sanar dúvidas que identificam nos atendimentos.

Envolve parcerias de profissionais responsáveis pelo cuidado longitudinal dos usuários e profissionais que se agregam disponibilizando sua prática e conhecimento específico em uma determinada área para a composição de um cuidado integral em saúde.

O matriciamento prima pela possibilidade de aprender a aprender inclusive com as críticas, com as dúvidas, com os equívocos, com o processo, por uma relação mais transversal de saber, o que reafirma a necessidade de uma proposta de formação em serviço sistemática e longitudinal envolvendo gestores, equipes e matriciadores, para que as possíveis resistências a tantas mudanças não se revertam em prática que, apesar de carregar o nome de matriciamento, caminhe na direção contrária aos princípios do SUS, à Política de Atenção Básica e ao modelo assistencial municipal. (IGLESIAS e AVELAR, 2019, p.1252)

Processo esse que requer abertura dos profissionais envolvidos, uma vez que pode ser estabelecida uma relação pouco produtiva caso enrijeçam suas fronteiras nos núcleo de saber, o que não favorece a formação em serviço, mas sim competitividade entre profissionais, dificultando o compartilhamento de saberes e práticas pretendidos pelo matriciamento para a construção de um cuidado integral em saúde.

Isto significa que a concretização do matriciamento depende do empenho, disponibilidade e mudanças por parte de todos os envolvidos. Implica negociação entre os diversos saberes presentes para a construção de diretrizes e estratégias de cuidado pertinentes.

“A única coisa boa é que ele sempre está disposto a tirar alguma dúvida que tenho. Sempre que eu tenho uma dúvida pergunto para o ginecologista no cotidiano, mas não passa disso. Quando tenho uma dúvida, entro no consultório, exponho

a situação e ele só fala 'faz isso' e pronto. "(DR. JONAS - 2º encontro)

Há o reconhecimento de um suporte assistencial realizado pelo médico da grande área ao generalista, ainda que momentos de reuniões, consultas compartilhadas, discussão em conjunto com a equipe não estavam ocorrendo.

"Uma coisa aqui é que não temos discussão de caso, não conseguimos conversar sobre casos mais complexos... é só um 'toma que o caso é seu'.... Não acontece atendimento compartilhado. Discussão técnica. Não. Com o clínico geral então... a relação com ele é de 'bom dia' e 'boa tarde'. Não existe espaço para fazer junto. Ele já deixou isso bem claro. "(DR. JONAS - 2º encontro)

"...Que posso acioná-los e haverá momentos específicos para isso. Esse momento nunca aconteceu." (DR. JONAS - 3º encontro)

Portanto, na UBS 02 parece haver uma organização do cotidiano do trabalho que contempla diferentes arranjos de matriciamento junto às equipes.

"E tem as reuniões de equipe que são semanais onde discutimos os casos. Nesse espaço participam os agentes de saúde, psicóloga, enfermeiro, médico, dentista e se precisar de algum outro profissional nós convidamos para participar. Farmacêutico e pessoal da equipe multi [NASF] às vezes entram também." (DR. JOSÉ - 1º encontro)

"Reunião Geral ocorre uma vez por mês com todos os profissionais da unidade, todas as categorias. É um momento mais administrativo. O gerente passa os informes. Na reunião Técnica que também é mensal discutimos sobre a organização do serviço, os grupos, combinados principalmente entre médicos e enfermeiros." (DRA MARIA - 1º encontro)

Houve ainda o reconhecimento por parte dos profissionais dos momentos coletivos e os participantes da pesquisa identificaram dois momentos como possibilidade de potência matricial: reuniões de equipe e reunião técnica, sendo a primeira realizada semanal e a segunda mensalmente.

Ressalto que essas reuniões podem se configurar como importantes dispositivos para a estruturação e organização, planejamento, acompanhamento e

avaliação das ações em saúde, repasse de informações, estabelecimento de diretrizes e espaço de tomada de decisões, definindo as ações e os seus responsáveis.

Ainda que as reuniões de equipe tenham sido identificadas como potentes espaços de discussões pelos participantes da pesquisa, inúmeras vezes vivenciei um espaço subutilizado, parecendo tornar-se um momento de “descanso” nos atendimentos pelos profissionais.

Entro para participar de uma reunião de equipe, era dia da médica clínica geral participar. A agente comunitária de saúde inicia a abordagem de um caso em que estava preocupada com Sra G. por estar utilizando a medicação para Diabetes prescrita pelo médico da equipe, no entanto, a glicemia continuava alterada. Enfermeira e generalista perguntam se a ACS identifica que a usuária está utilizando a medicação de forma correta. A profissional afirma que sim, então, a enfermeira solicita que Sra G. vá à unidade para verificar diariamente a glicemia, por temer que o aparelho da paciente possa estar com defeito. Combinado estabelecido, a clínica geral que utilizava seu celular para algo, continuou. Sem nenhuma contribuição na situação apresentada. Ao ser chamada à discussão pela enfermeira, solicitou que o caso fosse novamente exposto. (registro diário da pesquisadora)

A efetivação da prática do matriciamento enfrenta desafios importantes: mudanças nas relações de trabalho – historicamente hierarquizadas; mudança no modo fragmentado de se operar o cuidado em saúde; mudança na formação em saúde; mudança no modo de praticar saúde a partir da intersetorialidade. (IGLESIAS e AVELAR, 2019)

Mudanças essas muitas vezes não observadas no cotidiano da UBS, em que os médicos das grandes áreas mantinham uma prática baseada em atendimentos ambulatoriais e pouca interação com os demais profissionais do serviço, havendo constantes debates quanto à organização do trabalho desses profissionais junto aos generalistas.

Como abordado por Campos (2012), ao discutir as diferenças de opiniões sobre uma mesma situação: quem estaria com a “verdade”? A partir de informações trazidas para o encontro pode-se dizer que todas as perspectivas são parcialmente “verdadeiras”.

Diante disso, os encontros podem ou não ser produtivos, uma vez que partem de pontos de vistas para a construção conjunta das transformações necessárias ao contexto.

Desta forma, corrobora-se a afirmativa do autor sobre a importância da consolidação de espaços coletivos, que implique em “análise, discussão, interpretação, deliberação, contrato conjunto e definição de tarefa”, para que diferentes percepções não gerem conflitos paralisantes.

O mesmo autor destaca estes espaços dialógicos como capazes de construir uma compreensão complexa das situações e acrescenta ainda a capacidade desses encontros para clarificar as responsabilidades de cada um neste processo, e assim, possivelmente, terá força para diminuir possíveis asperezas das relações e consequentemente, viabilizar a proposta do SUS e a perspectiva de integração do matriciamento.

Superficialmente, pode-se concluir que se trata de uma tarefa de aparente tranquila resolução, afinal, o trabalho dos profissionais está pautado em documento da Secretaria Municipal de Saúde.

Este documento descrevia como atribuição dos médicos das grandes áreas a continuidade de atendimento dos casos que já acompanhavam e também dos casos de maior complexidade identificados em discussão com a equipe bem como participar no processo de acolhimento à demanda espontânea. Além disso, pontuava que deveriam participar de reuniões de equipes, ter dias e horários específicos para realização de consultas compartilhadas com os generalistas, participar em grupos desenvolvidos pela unidade, bem como realizar visita domiciliar a partir da necessidade apontada pela equipe. (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014)

Ainda assim, constantemente os médicos que participaram da pesquisa trouxeram importantes questões quanto à atuação dos matriciadores de suas unidades que, apesar das atribuições definidas em documento institucional, pareciam manter pouca interação com os demais profissionais do serviço.

Tais documentos não fazem sentido se não dialogarem com as especificidades de cada território, cada serviço, cada profissional frente às necessidades que apresentam, no entanto, não se pode ignorar a importância de voltarmos o olhar para o funcionamento dos fluxos do sistema.

Neste contexto, por conceber as instituições a partir das suas forças constitutivas políticas e desejantes, isto é, como lugar de disputa entre as formas instituídas e instituintes, como modo de produção ou não de vida e como possibilidade de efetivação de outros modos de subjetivação, trabalhamos a dobra de Deleuze, pois tudo isso nos remeteu ao aspecto coexistencial do dentro e do fora, do sujeito e do

coletivo, bem como a uma configuração ininterrupta entre os fluxos e as formas que tramam determinados planos históricos pertencentes à ordem do acontecimento. (BERTUSSI, 2010)

Nos encontros da pesquisa, alguns fatores são abordados como desafios para a prática dos matriciamentos entre os médicos das grandes áreas e os generalistas.

“Quanto ao pediatra, aqui temos muitas reclamações quanto ao atendimento, inclusive das famílias que acabam recorrendo a mim para atendimento das crianças.”

“Às vezes por qualidade técnica insuficiente e aí prefiro fazer eu mesmo, principalmente do que ser matriciado por profissional que não sabe nem o que está fazendo.”

“O matriciamento em Psiquiatria é um problema crônico, porque o modelo de cuidado que o psiquiatra daqui oferece é bem centrado no médico e bem medicamentoso. Eu entendo que tem um uso adequado das medicações, ele que é especialista, mas o que eu percebo é que as pessoas são super medicalizadas.” (DR. JONAS - 3º encontro)

Profissionais que apresentam diferentes envolvimento, diferentes qualidades técnicas e utilizam concepções de cuidado distintas que podem gerar confronto de ideias entre os pares.

“...médico que não participa desses encontros. Simplesmente não participa. Ele não é médico de família, nem generalista, ele é clínico geral.” (DR. JONAS – 3º encontro)

Olhar para a micropolítica e sua importância na compreensão da organização da assistência à saúde que favoreça a produção do cuidado de modo a estabelecer novas relações entre os trabalhadores e entre trabalhadores e usuários, centrando a atuação na necessidade destes últimos colocando-os como corresponsáveis pela produção da saúde em que todos são portadores de conhecimentos distintos e importantes para o processo do cuidado (MACHADO *et al*, 2007) o que é possível a partir da qualidade do encontro e, portanto, é influenciado pelas relações tanto quanto pelos saberes envolvidos.

Tal movimento pode gerar tensões que podem contribuir como potência inovadora, desde que trazidas com cuidado, em que os conflitos possam ser abordados e, novos projetos de cuidado criados ou transformados, deixando espaço para uma nova perspectiva de trabalho em equipe que é criada aproveitando o que o outro tem a

oferecer. Mas há ainda a possibilidade do contrário, em que se estabelece a disputa e talvez o ‘des’ encontro.

“A gente atende tanta gente, a demanda é tão grande que a gente entende que fazer o matriciamento com o especialista do meu lado é meio que impossível. Já tentamos implementar o matriciamento de ginecologia, mas impossível com a agenda dele.” (DRA. MARTA - 1º encontro)

“A gente atende muita gente, a gente nunca tem tempo. É sempre a questão de ter sempre muita gente esperando.” (DR. JONAS – 1º encontro)

“Esse ginecologista que está na unidade não consegue prestar o matriciamento devido à demanda, ao ritmo de atendimento dele. O modelo da agenda proposto para ele, não por ele, mas para ele, não contempla. Só faz atendimentos.” (DR. JONAS - 3º encontro)

Novamente a questão da alta demanda de atendimentos foi trazida como um fator que impacta negativamente na possibilidade de realizar atendimentos compartilhados.

Outro fator também apontado foi a ausência de agenda protegida para a prática do matriciamento.

“Porque nunca temos momentos na agenda protegidos para o matriciamento. Eu sinto que falta espaço aqui para pararmos e conversarmos... não tem. Os profissionais acabam sendo inacessíveis.” (DR. JONAS – 2º encontro)

“Acho que, se for proposto para o ginecologista um momento de consultas compartilhadas, acho que nunca se oporia.” (DR. JONAS - 3º encontro)

“Acho que muitas vezes é falta de tempo. A correria que ficamos aqui atrapalha. Eu acho que protegendo um momento haverá uma produção. É uma questão de parceria, ninguém trabalha sozinho. É uma equipe. Com certeza garantir o tempo ajuda muito e possibilita que o trabalho seja realizado de forma bem melhor.” (DR. JOSÉ - 2º encontro)

Aqui, parece haver uma questão de gerenciamento do tempo e organização da agenda e pactuação do processo de trabalho junto aos profissionais, elemento que

compete ao gerente do serviço organizar para favorecer a prática de uma diretriz da gestão.

“Não sei objetivamente como que deveria ser. Se é o próprio matriciador que deveria dizer que está disponível ou se sou eu quem tenho que solicitar isso, ou se a gerência que tem que propositalmente montar esses momentos. Eu não sei o que fazer nesse sentido, mas acho que tenho a proatividade de ir atrás e acabar resolvendo, mas isso demanda um desgaste... E eu sinto falta das outras práticas para compor o cuidado e sinto que hoje me resumo a passar receitas” (DR. JONAS - 3º encontro)

“Para fazer acontecer? Da gestão local. Gerente. No sentido de bater o martelo de ‘façamos’ mas super embasado em reuniões prévias com os envolvidos, para fazer acontecer com organização. Agendas protegidas; informar a população; determinar ao profissional que na rotina dele, essa atividade faz parte.” (DR. JONAS - 3º encontro)

Neste contexto, o gerente foi apresentado como figura essencial enquanto elo entre a proposta da gestão e a prática no cotidiano e, ainda que a organização para o encontro entre os profissionais seja apontada como responsabilidade desse profissional, há também referência quanto à importância de implicação de todos os envolvidos no processo para uma construção compartilhada do matriciamento no serviço, bem como da população para que possa compreender a proposta de cuidado ofertada pela equipe.

Frente a esses desafios, os participantes abordam diferentes possibilidades de parcerias no serviço.

“Por exemplo, atendi um paciente que procurou o serviço especializado de saúde mental e passou em consulta comigo chorando muito. Marcamos para ele a consulta compartilhada com psiquiatra e psicóloga e eu para acompanhá-lo mais de perto e hoje está muito bem. Utiliza a medicação de forma adequada e estamos vendo a evolução da situação. Com essa proposta conseguimos uma resolutividade muito maior do que se não tivesse.” (DRA MARIA - 2º encontro)

Os diferentes personagens envolvidos precisam estar abertos a propostas, o que requer compromisso e responsabilização pelo processo e seus resultados, pensar e repensar constantemente a atuação e, inclusive, ser capaz de reconhecer acertos e erros.

“Eu estou me lembrando aqui... a mudança do modelo assistencial do NASF [Núcleo Ampliado de Saúde da Família] foi muito legal. O jeito que estão fazendo tem sido muito legal. Nutricionista, psicóloga, fonoaudióloga... tem sido um principal ponto de destaque... principalmente para a nutricionista. Diariamente praticamente tem demanda... e quando tem esses casos difíceis, conseguimos observar de que forma a profissão pode contribuir mesmo.” (DR. JONAS - 2º encontro)

Dr Jonas refere-se à mudança de atuação da equipe multiprofissional que, entre 2010 e 2017 esteve voltada, principalmente, ao apoio institucional e articulação da RAS e, a partir de 2018, passou a atuar a partir da lógica matricial junto às ESF.

É justamente na tentativa de superação dessas práticas centradas em concepções individuais, uma vez que a compreensão de que o cuidar do outro é operado por diversas modalidades de saber e fazer e não culmina com as práticas particulares das profissões, tecnologias ou protocolos mas sim pela invenção de si, do entorno e do mundo (MERHY e CECCIM), que um novo cenário vem sendo proposto a partir da constituição de equipes formadas por diferentes núcleos profissionais em que o desafio é atuar na interdisciplinaridade.

Fortalecendo a premissa de que saúde é um assunto para muitos profissionais Maldonado e Canella (2009) afirmam que a saúde não é de competência de um único profissional, mas uma prática em que profissionais de diversas áreas agregados em equipes de saúde têm como objetivo comum estudar as interações somáticas e psicossociais para encontrar métodos adequados a uma prática integrada que contemple todos os aspectos relacionados ao processo saúde doença.

Daí a discussão acerca de arranjos organizacionais e metodologias de gestão do trabalho em saúde como matriciamento e apoio matricial, objetivando ampliar as possibilidades de realização da clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. (CAMPOS e DOMITTI, 2007)

Para além do NASF, outras parcerias também são abordadas pelos médicos.

“Se temos dúvida, se ocorre algum problema perguntamos uns aos outros, sem problema nenhum. A gente troca figurinhas. Trocamos ideias sem problema nenhum. Se não sei alguma coisa, pergunto para DR. JOSÉ e DR. JOÃO sem problema nenhum.” (DRA MARIA - 2º encontro)

“Eu acabo fazendo muito matriciamento com os outros colegas generalistas e com as enfermeiras”. Eu faço. Eu sendo

matriciador. Mas é uma parceria que está ficando entre os pares e não multidisciplinar e nem com os médicos matriciadores.” (DR. JONAS - 2º encontro)

Conforme relato acima, os próprios generalistas a partir de seus conhecimentos e experiências se apoiam no cotidiano.

“Busco por parcerias dos profissionais da unidade, como uma auxiliar de enfermagem que tem experiência em UTI neonatal. Por isso acredito na força da equipe.” (DR. JONAS - 3º encontro)

Outros atores da UBS também compõem o cuidado junto ao generalista a partir de seus núcleos.

Ainda assim, principalmente na UBS 01, foi apresentada a necessidade de olhar para o processo de trabalho a partir da potência do modelo proposto à Atenção Básica que contemple diferentes ofertas que compõem o matriciamento.

“Se eu tivesse uma sugestão a dar para o modelo assistencial, seria isso... mais atendimentos compartilhados, mais momentos na agenda desses atendimentos que estou junto com a enfermeira, avaliando e examinando o paciente.... acho que 2 cabeças pensam melhor que 1. Eu sou muito fã desse modelo de assistência” (DR. JONAS - 2º encontro)

“Eu propus uma vez em uma reunião, mas não aconteceu, sempre outras questões são mais importantes, então não deram bola. Minha ideia foi um período mensal para discutir casos difíceis ou fazer um matriciamento com a equipe para alinhar pontos que muitas vezes os profissionais questionam constantemente e um momento de orientação poderia sanar as entradas constantes no consultório durante os atendimentos para tirarem dúvidas. Gostaria de retomar a proposta de fazer um encontro mensal com os profissionais para conversar sobre temas difíceis, dúvidas, discutir casos, falar sobre visitas domiciliares, questões mais técnicas. Um momento de troca. Eu já vi isso acontecer em outros lugares, então aqui a gente não consegue por que? Proponho mais momentos de entrosamento entre os profissionais, como encontros semanais, quinzenais ou mensais com agendas protegidas para atendimento compartilhado, com a população ciente dessa proposta; momentos de discussão de casos, porque realmente entendo que uma vez que se discute um caso, os próximos se tornam mais fáceis e não preciso ficar perguntando o tempo todo como resolver aquela situação se já tive uma orientação anterior.

Reunião técnica mensal em que fosse proposta uma aula de uma hora para falar sobre um tema. Um tempo que não necessariamente compromete a agenda mas que permite o encontro” (DR. JONAS - 3º encontro)

A partir das falas, há uma legitimação de diferentes estratégias que podem viabilizar a aproximação da equipe e favorecer a qualificação do cuidado proposto pelo serviço por meio de atendimentos compartilhados, reuniões para discussão de caso, fluxos, Educação Permanente, visitas domiciliares.

Desta forma, pode-se dizer que não basta implantar o matriciamento se certas garantias não acompanharem este trabalho, como aqueles encontros produtivos regulares e longitudinais, que envolvam equipes de referência, matriciadores e gestores. Nisso os gestores têm uma grande responsabilidade, se afirmando como também imprescindíveis na consolidação do matriciamento. A partir daí é possível um processo de efetivação da proposta matricial de formação em serviço. (BASTOS *apud* IGLESIAS e AVELAR, 2019)

Frente aos elementos apresentados, pergunto aos participantes qual a percepção e vivência da proposta no cotidiano:

“Eu acredito que evoluiu bastante.” (DR. JOÃO - 2º encontro)

“Concordo. É não deixar o trabalho se perder e somar com os matriciamentos, colocar em prática as novas ideias que temos...” (DRA MARIA - 2º encontro)

“Eu acho que temos que pensar como organizar. Vamos seguir o preconizado? ... Precisamos pensar como fazer.” (DR. JOÃO- 1º encontro)

“Acho que muitas vezes é falta de tempo. A correria que ficamos aqui atrapalha. Eu acho que protegendo um momento haverá uma produção. É uma questão de parceria, ninguém trabalha sozinho. É uma equipe. Com certeza garantir o tempo ajuda muito e possibilita que o trabalho seja realizado de forma bem melhor.” (DRA MARIA – 2º encontro)

“...Por isso é importante ocorrerem essas reuniões para acertarmos essas coisas e termos a mesma fala e com propriedade. Se a equipe não está afinada no processo de trabalho, o médico passa a ser a única resposta para o paciente. E aí aparece a questão de não termos tempo para mais nada a não ser atender.” (DR. JOÃO- 2º encontro)

“Para fazer acontecer? Da gestão local. Gerente. No sentido de bater o martelo de ‘façamos’ mas super embasado em reuniões prévias com os envolvidos, para fazer acontecer com organização.” (DR. JONAS – 3º encontro)

“Concordo. É não deixar o trabalho se perder e somar com os matriciamentos, colocar as novas ideias que temos, até porque o gerente nos dá essa abertura. Quando temos ideias legais ele permite a realização.” (DRA MARIA- 2º encontro)

Inegável a importância do comprometimento do gerente e gestão quanto à viabilização dos encontros entre os profissionais, mas não cabe apenas ao outro tal responsabilidade, sendo igualmente importante a necessidade de formação profissional nesta perspectiva matricial, análise e acompanhamento constante desta prática, para que em nome do matriciamento não se reproduzam práticas que carregam apenas um nome politicamente aceito e valorizado, sem se sustentar no que ele traz de mais importante para a consolidação dos princípios doutrinários do SUS: a transformação das relações no sentido de maior compartilhamento para as transformações sociais. (IGLESIAS e AVELAR, 2019)

“Eu acredito que tem jeito, precisamos sintonizar. Fazer os ajustes finos.” (DR. JONAS – 2º encontro)

Como abordam Merhy e Ceccim, o desafio está na proposta de reconstruir ações institucionais, tendo os profissionais que apoiam ações de mudança, a função de cativar seus pares para uma situação de debate dos seus agires, fazendo-os operar intervenções em si mesmos, ativando a produção de encontro e do cuidar singular.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Toda pesquisa deveria realizar-se dentro de uma dinâmica de ciclo a partir de um processo de trabalho num produto provisório que recomeça nas interrogações lançadas pela análise final”

Maria Cecília de Souza Minayo

A realização dessa pesquisa foi desafiadora, o município havia mudado de gestão municipal trazendo mudanças no rumo da Política Municipal de Saúde.

Nesse clima, transcorreram as rodas de conversa junto aos médicos generalistas e, a cada encontro, novidades quanto à saída de profissionais que participavam da pesquisa, sendo que em uma das unidades apenas um profissional permaneceu.

Vale ressaltar que a maioria dos médicos que participaram da pesquisa, são profissionais comprometidos com um sistema de saúde público, ou seja, implicados com a produção do cuidado em saúde.

Seguimos.

A partir da problematização da estratégia de matriciamento, entendida como um dispositivo para qualificação do cuidado e da rede de saúde municipal, os médicos, foram trazendo as experiências e vivências cotidianas.

Inicialmente tal estratégia foi timidamente abordada pelos participantes, que apresentavam o desejo de enunciar a organização do processo de trabalho como um todo. No entanto, logo conseguimos olhar para esse dispositivo, ainda que inicialmente voltado para a relação entre Atenção Especializada com a Atenção Básica.

Este estudo nos indicou que existem diversas concepções e desenhos desses espaços. Reuniões técnicas, reuniões de equipe, atendimento compartilhado, reuniões de matriciamento, entre outros, foram apontadas como estratégias potentes para promover mudanças no processo de trabalho.

Os matriciamentos propostos eram diversos e tinham desde a perspectiva de qualificar os encaminhamentos e melhorar o acesso para os serviços especializados, quanto ampliar a resolutividade do cuidado na Atenção Básica e em rede, além de propiciar aprendizagem aos profissionais. No entanto, os médicos que participaram da pesquisa consideravam que suas demandas ou sugestões eram pouco consideradas.

Exemplos foram apontados quanto às dificuldades que vão encontrando ao tentar acessar os médicos das grandes áreas. De forma breve, nesta questão o

especialista da grande área foi apontado como aquele que resiste em sair de sua zona de conforto; não atuação em consonância com o modelo assistencial proposto, muitas vezes justificado pela demanda do serviço; abordagem técnica e assistencial do profissional matriciador em dissonância com a proposta de cuidado vigente; pouca permeabilidade ao diálogo.

Resistências foram pontuadas quanto aos matriciadores das grandes áreas, uma vez que há profissionais que preferem manter a comodidade da prática ambulatorial. Não se envolver com a unidade. Contudo, os profissionais que aceitaram investir e buscaram entender a proposta têm a possibilidade de compor equipes flexíveis, onde possam ser desenvolvidos espaços de diálogos entre as diferentes especialidades, buscando estabelecer formas de cuidado que atendam à necessidade da população assistida.

Apontamentos referentes ao distanciamento dos gerentes e gestão quanto à viabilização das diretrizes do modelo assistencial, sendo referida a falta de organização das agendas que contemplem a realização do matriciamento conforme documento norteador; hiato entre a realidade do serviço e a proposta de organização descrita em documento elaborado pela gestão; falta de comunicação junto aos profissionais referente a espaços pactuados de matriciamento, principalmente entre atenção especializada e atenção básica; não disponibilização de acesso aos recursos de telematriciamento; assegurar que os profissionais cumpram suas atribuições.

Há que se considerar que o matriciamento ocorre a partir da micropolítica e, portanto, está sujeito a disputas de várias ordens. Ali estão em jogo projetos, interesses e valores, mesmo que não de forma explícita. Parece conveniente dizer que é neste ponto que está o grande desafio de efetivação dessa estratégia, lidando, inclusive, com as tensões presentes no encontro e, pode-se afirmar que essas variáveis devem ser objeto de análise e intervenção do gerente que deseja promover mudanças com a participação ativa dos trabalhadores.

Em contrapartida, em algumas falas tudo aparecia como muito perfeito, tudo funcionando de forma adequada, elogios sendo tecidos aos colegas, gerentes e gestão. Nas entrelinhas e expressões corporais outras percepções eram possíveis de serem notadas e, nesses momentos, via-me incomodada durante as falas dos participantes e me questionava se de fato estavam expressando o que pensavam.

Penso que o fato de ser gerente em uma unidade do município atravessou os encontros, tanto na relação que os participantes estabeleceram comigo ao longo da

pesquisa como em meus próprios posicionamentos ao longo dos encontros. Ainda assim conseguimos avançar na discussão.

No decorrer dos encontros e das discussões parece que este espaço de conversa, propiciado pela pesquisa, colaborou para a reflexão quanto ao próprio trabalho para os participantes.

Novos olhares e reflexões acerca do cotidiano foram possíveis. E as próprias análises que tecíamos quanto ao nosso trabalho, nosso protagonismo, nosso estar com o outro, reconhecendo que talvez havia momentos de não disponibilidade em estar com o outro ou até mesmo de julgamento do trabalho de quem atua em conjunto no serviço.

Para mim, enquanto pesquisadora, houve um processo analítico quanto aos desejos e possibilidades de organização do processo de trabalho a partir do que o outro tem a oferecer para compor.

Daí a proposta desse estudo quanto aos processos de matriciamentos realizados na Atenção Básica junto aos médicos generalistas, que permitiu identificar que os trabalhadores podem produzir mudanças no modo de gerir e cuidar, assumindo ou não a corresponsabilização no cuidado ao usuário e na organização do processo de trabalho.

Certamente, guardo, momentaneamente, o desejo de uma possível conversa com gerentes que vivenciaram o processo de implementação desse modelo e médicos das grandes áreas lotados nas UBS para compor o quebra cabeça de percepções a respeito da prática de cuidado proposta nessa Estratégia de Saúde da Família Ampliada.

Frente às discussões, faz-se indispensável encarar um processo formativo e o diálogo sobre os pressupostos do matriciamento e seus objetivos como uma necessidade de aprofundamento por todos os envolvidos neste processo, uma vez que cada profissional traz conceituações sobre matriciamento que podem levar à práticas na contramão à complexidade da proposta, com pouco manejo das tecnologias relacionais que devem permear este processo de trabalho; ou ainda discussão superficial de caso; profissionais encaminhadores; gestores que parecem desconhecer a potência do matriciamento, o que poderia explicar vivências, aparentemente, tão heterogêneas entre as unidades.

Assim, o matriciamento se afirma como recurso de construção de novas práticas em saúde no que se refere à gestão e à assistência, uma vez que pode se caracterizar a partir de diferentes concepções, como possibilidade de encontros

produtivos e formação em serviço ao proporcionar suporte teórico técnico; assistencial; técnico pedagógico e/ou qualificação da gestão.

Diante das análises apresentadas, este estudo reforça a necessidade de criação, sistematização e fortalecimento de espaços de diálogo entre profissionais, gerentes e gestores, para a consolidação de um modelo de assistência na Atenção Básica que contempla em si a prática de matriciamento, com todos os desafios que carrega, e depende de um processo de construção de modos de se relacionar mais integrados que não cabe em documentos ou em encontros eventuais ou esporádicos, sendo de extrema importância discutir as tensões, os processos de trabalho e modelo assistencial, podendo assim vislumbrar a uma rede de saúde que alcance melhor qualidade de cuidado norteado pelos princípios do SUS.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, M. L.; ABADE, F. L. **Para reinventar as rodas**: rodas de conversa em direitos humanos. Belo Horizonte: RECIMAM, 2008.

ARONA, E.C. Implantação do Matriciamento nos Serviços de Saúde de Capivari. **Saúde e Sociedade**, v.18, n.1, 2009, p.26-36.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes**: Teoria e Prática. Rosa dos Ventos, Rio de Janeiro, 1992, 195p.

BARROS, L. M. R. DE; BARROS, M. E. B. DE. O problema da análise em pesquisa cartográfica. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 373–390, ao 2013.

BARROS, L.P.de; PASSOS, E. Diário de bordo de uma viagem-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V; ESCOSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015, p.172-200.

BERTUSSI, D.C. **O Apoio Matricial Rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2010. 234 f. Tese de doutorado apresentada à UFRJ, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Clínica Médica, 2010.

BERTUSSI, D.C.; FEUERWERKER, L.C.M.; LOUVISON, M.C.P. A “regulação a quente” e a “atenção especialidade viva como dispositivos de compartilhamento do cuidado em saúde. In: MERHY, E.E. et al. (Eds.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, p. 357–360.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.3, p.316-319, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n. 4**, de 7 de novembro de 2001: Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. In: Brasil. MS. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, p. 77-84, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Redes de produção de saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília, 2009, 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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 e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rede HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização**. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 23 Jun 2014.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

CAMPOS, G.W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v.3, n.1/2, p.51-74, jan/dez, 2000.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paideia**. Hucitec: São Paulo, 2003.

CAMPOS, G.W. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, J.M.; CARVALHO, Y.M. (Organizadores). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. **Rev Psicol**,v.18, n.1, p.148-168, 2012.

CAMPOS, F.E; BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e educação continuada. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**. p.133-142, ago/2001.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 399-407, fev, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; FIGUEIREDO, M.D.; JUNIOR, N.P., DE CASTRO, C.P. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**, Botucatu, v.18, n.1, p.983-995, 2014.

CAMPOS, G.W. de S.; JUNIOR, N. P. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. In: **Debate: Ciênc. saúde colet.** v.21, n.09, set. 2016.

CAPOZZOLO, A.A. **No olho do furacão:** Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de doutorado em Saúde Coletiva, FCM-UNICAMP, Campinas/SP: (s.n.), 2003.

CARVALHO, L. C.. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar.** Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CECILIO, L.C.O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.22, p. 345–351, ago. 2007.

CECILIO, L. C. O.; LACAZ, F. A. C. **O trabalho em saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2012, 74p.

CHIORO DOS REIS, A. A.; BERTUSSI, D. C.; FUENTES, I. C. P. A Gestão do Cuidado na Rede de Saúde em São Bernardo do Campo: enfrentando desafios e tecendo novos arranjos. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os reflexos dos 20 nos no espelho do futuro.** Campinas, SP: Saberes, 2014.

COHAN, A; ELIAS, P.E.M. **Saúde no Brasil:** políticas e organização de serviços. 6^a ed. São Paulo: Cortez:CEDEC, 2005.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica.** 3^a ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG & DEMO**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Básica em Saúde. **Saúde Soc**, São Paulo, v.20, n4, p.961-970, 2011.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Planaltos: Capitalismo e Esquizofrenia.** [s.l.] Ed. 34, 2011.

DENZIN, N.K; LINCOLN, Y.S. **Handbook of qualitative research.** Thousand Oaks: Sage, 1994.

EPS EM MOVIMENTO. **Todo mundo faz Gestão.** 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/todo-mundo-faz-gestao/>>. Acesso em: 24.06.2017.

Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). **Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil.** Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFMG. 2012. Disponível em:

[Http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf)
Acesso em 28.03.2020.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.38, p.663–676, set 2011.

FERRI, S.M.N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface**, v.11, n.23, p.515-529, set/dez 2007.

FEUERWERKER, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.9, n.18, p.489-506, 2005

FEUERWERKER, L.C.M. Micropolítica e a política e a gestão em saúde. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de livre docente em Saúde Pública, FSP-USP, p 52-57, jun. 2012.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. 1ª Edição, Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FEUERWERKER, L.C; M; MERHY, E.E. **Educação Permanente em Saúde**: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. 2009.

FIGUEIREDO, M.D; CAMPOS, R.O. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o Apoio Matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde Debate**, v. 32, n.79, p.143-149, 2009.

FRANCO,T.B., MERHY, E. E. **PSF**: contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Campinas, mar. 1999. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>. Acesso em 04/04/2020.

FRANCO,T.B., MERHY, E.E. PSF: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. *et al* . **O trabalho em saúde**: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2003.

FRATINI, J.R.G.; SAUPE,R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v.7, n.1, p. 65-72, 2008.

FREDERICO, D. F. Educação Permanente Promovida Pelo Nasf Junto a Esf: uma Possibilidade de Ampliar a Reflexão acerca do Cuidado em Saúde. In: **Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde** . Blucher Medical Proceedings, v.1, n.2, São Paulo: Editora Blucher, 2014.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad Saúde Pública**, v.34, n.8, 2018.

- GOMES, V.G. **Apoio Matricial**: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP/SP. Campinas, 2006.
- GONÇALVES, R.J.; SOARES, R.A.; TROLL, T.; CYRINO, E.G. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev Brasileira de Educação Médica**. v.33. n.3. p.393-403, 2009.
- HUBNER, L. C. M.; FRANCO, T. B. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.173-191, 2007.
- IGLESIAS, A.; AVELAR, L.Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.24, n.4. Rio de Janeiro, abr-mai 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401247
- MACHADO, M. de F.A.S. *et al* . Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 335-342, Abr. 2007.
- MALDONADO, M. T; CANELLA, P. **Recursos de Relacionamento para Profissionais de saúde**: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Ribeirão Preto, SP: Novo Conceito, 2009.
- MARTINES, W.R.U; MACHADO, A.L.; COLVERO, L.A. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Rev. Tempus Actas Saúde Col**, p.203-211, set.2013.
- MÉLLO, R. P.; SILVA, A.A.; LIMA, M.L.C., DI PAOLO, A.F. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa. **Psicologia e Sociedade**, v.19, n.3, p.26-32, 2007.
- MENDES, R.; PEZZATO, L. M.; SACARDO, D. P. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.21, n.6, p.1737-1746, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601737&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07392016>. Acesso em: 01/06/2019
- MENDONÇA, P. E. do X. de. (Luta) **Em defesa da vida**: tensão e conflito, reconhecimento e desrespeito nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde. Dissertação (Mestrado em Medicina)-Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.
- MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público**. Xamã Vm: Belo Horizonte, 1998.

MERHY, E.E; CECCIM, R.B. **A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias**: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização. Niterói: UFF. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/#indexados>. Acesso em 19/06/2017.

MERHY, E. E; FEUERWERKER, L.C.M. **Educação Permanente em Saúde**: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. 2011. Disponível em: https://static.atencao basica.org.br/II_Mostra_EP/EPS-educacao_saude_gestao_e_producao_do_cuidado_Merhy_e_Laura.pdf> Acesso em 26/10/16.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. **Dicionário da Educação profissional em Saúde**. 2.ed, EPSJV: Rio de Janeiro, p.427-432, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>. Acesso em 11/05/2019.

MINAYO, M.C.de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ªed, Hucitec, São Paulo, 2010.

NASCIMENTO, M. L.; TEDESCO, S. Análise Institucional e Cartografia: Efeitos de Contágio. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Eds.). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. 636p.

OLIVEIRA, F.P. de; VANNI, T.; PINTO, H.A.; SANTOS, J.T.R. dos; FIGUEIREDO, A.M. de; ARAUJO, S.Q. de; MATOS, M.F.M.; CYRINO, E.G. Mais Médicos: Um Programa Brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v.19, n.54, jul-set, 2015.

OLIVEIRA, S.R.G; WENDHAUSEN, A.L.P.(Re)significando a Educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.12 n.1, p.129-147, jan./abr. 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R. *et al* Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Básica à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.01, p.43-50, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Trabalhando juntos pela saúde**: relatório mundial de saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

PASSOS, E.; KASTRUP, V; ESCOSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Sulina, Porto Alegre, 2015.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: Transformações contemporâneas do desejo. 2ªed. Porto Alegre: UFRGS. 2014. 248p.

ROMAGNOLI, R. C. A Cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia & Sociedade**, v.21, n.2, p. 166–173, 2009.

ROSA, A.C.D. **A Organização da Atenção Básica de Saúde em Campinas/SP**: perspectivas, desafios e dificuldades na visão do trabalhador. Dissertação de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Política e

Gestão em Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP, Campinas, 2014. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312929/1/Ludovico_AnaCarolinaDinizRosa_M.pdf Acesso em 10/05/2019.

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **EPOS**, v.5, n.1, p. 156–181, 2014.

SANTOS, F.S. **A Gestão da Saúde em São Bernardo do Campo -SP**: um estudo sobre as atribuições dos coordenadores de Unidade Básica de Saúde. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2018.

SÃO BERNARDO DO CAMPO. Política Municipal de Atenção Básica. **Documento Norteador**. 2ªed. São Bernardo do Campo, 2014. Disponível em: <http://www.saobernardo.sp.gov.br/documents/10181/26510/Norteador+2%C2%AA+edi%C3%A7%C3%A3o.pdf/de25025a-1dc1-423f-b802-de74fbf802ae>. Acesso em 01/06/2019.

SÃO BERNARDO DO CAMPO. **Relatório Anual de Gestão 2015**. São Bernardo do Campo; 2016.

SCHRAIBER, L.B. O Centro de Saúde. In: ISSLER, H., LEONE, C., MARCONDES, C. **Pediatria na Atenção Básica**. São Paulo: Savier, 2002.

SCHATSCHINEIDER, V.B. **O matriciamento e a perspectiva dos profissionais de uma estratégia de saúde da família**. Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem. UFRGS, Porto Alegre, 2012.

SOUSA, M.F. A reconstrução da Saúde da Família no Brasil: diversidade e incompletude. In: SOUSA, M.F.; FRANCO, M.S., MENDONÇA, A.V.M. (orgs.) **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes Editora; 2014.

SOUSA, M.F.; FRANCO, M.S., MENDONÇA, A.V.M. (orgs.) **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes Editora; 2014.

TEDESCO, S. H.; SADE, C., CALIMAN, L.V. A Entrevista na Pesquisa Cartográfica: a experiência do dizer. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. H. (Eds.) **Pistas do Método da Cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Sulina: Porto Alegre, v.2, 2016, 310p.

VIEIRA, S. de P. *et al.* A graduação em Medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Básica à Saúde. **Saúde Debate**, v.42, n especial, p.189-207, set-2018.

6. ANEXOS

6.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista
Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde

1/2

A presente pesquisa intitulada **“Matriciamento como dispositivo de ampliação da clínica de médicos generalistas”** tem como principal objetivo analisar o matriciamento médico em Equipes de Saúde da Família Ampliadas em São Bernardo do Campo.

Para tanto, os médicos generalistas serão convidados a participar de entrevista e possivelmente 03 rodas de conversa, que ocorrerão em local reservado e serão gravadas e transcritas, tendo como objetivo narrar a experiência e a expectativa dos médicos generalistas conforme suas vivências em diferentes arranjos de matriciamento em Equipes de Saúde da Família. Dessa forma, os participantes têm a liberdade plena para versar sobre o tema, podendo também a pesquisadora abordar qualquer questão que achar relevante no momento da atividade.

Esta pesquisa está sendo desenvolvida sob a coordenação da Prof^ª. Dra. Angela Aparecida Capozzolo, docente do Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Campus Baixada Santista, e pela aluna pesquisadora Alessandra Gomes Garcia, mestranda da pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde da UNIFESP.

Após sua aceitação, assinatura e rubrica do TCLE será marcado um encontro com o profissional, com duração aproximada de uma a duas horas, para realização da atividade que será conduzida pela aluna pesquisadora Alessandra Gomes Garcia.

É garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento e a desistência de participação do estudo, se o profissional se sentir desconfortável.

Todas as informações obtidas serão analisadas, não sendo divulgada a sua identidade. Estes dados só serão utilizados para pesquisa científica.

Você tem o direito de ser informado sobre os resultados dos dados coletados em qualquer momento do estudo. É importante lembrar que a pesquisa não oferece riscos à saúde, porém podem ocorrer momentos de desconforto durante as entrevistas, como sugere a Resolução CNS 466/12. Assim, uma via deste TCLE assinado e rubricado ficará com o participante/responsável e outra via ficará com a pesquisadora.

Em qualquer etapa do estudo, é possível ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, sendo que o principal investigador é a Profa. Dra. Angela Aparecida Capozzolo que pode ser encontrado no endereço Rua Silva Jardim, 136, sala 113, Vila Mathias – Santos – SP, Telefone: (13) 3878-3887.

Rubrica do Pesquisador

Rubrica da Participante

2/2

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) na Rua Prof. Francisco de Castro, nº 55 - CEP: 04020-050, e-mail: cep@unifesp.edu.br ou tel: (11) 5571-1062 / (11) 5539-7162

Eu, _____
entendo que qualquer informação obtida será confidencial. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, sobre este estudo. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, o que será realizado, as garantias de proteção à minha identidade e de esclarecimentos a qualquer momento.

Ficou claro também, que a minha participação é isenta de despesas. Minha assinatura demonstra que eu concordei livremente em participar deste estudo.

Entendo que estou livre para recusar a participação deste estudo ou para desistir a qualquer momento, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido ou o atendimento neste serviço. A participação na pesquisa é voluntária, não acarreta nenhum gasto. Também não há compensação financeira relacionada à participação.

Assinatura do médico participante da Pesquisa

Certifico que expliquei a(o) Sr.(a) _____
_____ acima, a natureza, propósito e benefícios associados à sua participação nesta pesquisa e que respondi todas as questões que me foram feitas.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta pessoa para a participação neste estudo.

Assinatura do Pesquisador Responsável

São Bernardo do Campo, _____ de _____ de _____.

6.2.Roteiro para as rodas de conversa

1. Conte um pouco sobre seu processo formativo e percurso profissional
2. Como é trabalhar neste município?
3. O que acha interessante em seu trabalho?
4. Quais arranjos de apoio para sua prática consegue identificar? Quais as potencialidades e desafios?

6.3. Relato 1º Encontro UBS 01

Apesar dos profissionais se conhecerem, eu não os conhecia, então pedi para rapidamente nos apresentarmos e, a partir daí, passei para a apresentação do projeto, da linha de pesquisa, o motivo deles terem sido os convidados e das questões burocráticas de uma pesquisa (TCLE, gravação, sigilo, entre outros).

Em seguida, contei um pouco sobre meu interesse pelo objeto de estudo dessa pesquisa, ou seja, qual a percepção dos médicos generalistas quanto aos matriciamentos propostos pela Secretaria Municipal de Saúde e o impacto dessa estratégia em suas práticas de cuidado cotidiano.

Iniciamos o encontro que teve duração de, aproximadamente, uma hora e quinze minutos, conversando sobre o percurso formativo dos profissionais, porque vieram para São Bernardo do Campo e qual a percepção sobre o modelo assistencial adotado pelo município.

Ao longo da roda todos foram apresentando suas trajetórias, sendo possível perceber que, apesar de trabalharem próximos cotidianamente, nunca haviam conversado sobre seus percursos. Um momento de trocas que foi evidenciando os processos formativos, as escolhas profissionais e a atuação no município.

“Eu trabalhei no Rio de Janeiro, me formei há pouco mais de um ano no município de Teresópolis em uma escola que já saía do modelo tradicional, e a formação foi direcionada para o SUS. Depois de formada trabalhei por um tempo em unidade básica no Rio de Janeiro que eu achei, honestamente, maravilhosa, gostei bastante e eu sempre tive dúvida de onde trabalhar no SUS e ficava imaginando como seria aqui em São Paulo. Eu gosto muito de SP. Saí da UBS, fiquei trabalhando em emergência. Honestamente eu gosto muito de UBS, mas eu ainda gosto mais de emergência. Eu tenho uma amiga que trabalha aqui na rede e me falou sobre o município, que aqui é muito tranquilo, o cotidiano é tranquilo, o pessoal respeita... aí... eu vim... fui na SMS, foram apresentadas as unidades possíveis, eu gostei bastante dessa unidade e, como eu estava mudando pra cá pelo trabalho, eu pensei que teria que ser um bairro bom de morar e eu gostei bastante dessa unidade até por ela ser uma unidade expandida.” (DRA. MARTA)

“Eu sou de um Estado bem do lado.... Maranhão! (risos) Me formei por lá, fiz especialidade por lá também, sou reumatologista. Vim pra cá a convite de uma amiga que era ACS de uma das equipes aqui. Sempre gostei muito da Atenção Básica. O modelo de formação na faculdade que eu fiz, você atua já na Atenção Básica desde o primeiro período e isso se prolonga até o décimo segundo período. Então, por conta desse contato, eu acho, que eu não escolhi ficar só na especialidade. Então, nesse sentido, lá no Maranhão passei em um concurso do Estado, trabalhei na Força Estadual da Saúde. A gente ia nos municípios de pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil pra tentar montar alguma estratégia de melhorar esse IDH e por isso estive nos municípios de Araiões, Água Doce do Maranhão que é 5ª pior IDH do Brasil, que têm

realidades muito duras, muito complicadas e que assim ao ver hoje aqui, as pessoas em São Bernardo, 20º IDH do Brasil, teoricamente teria que ser top, não é tão top assim.” (DR. JONAS)

“Formei em 2010 e na verdade não tinha intenção nenhuma de vir pra área de Medicina de Família não. A minha vontade era de fazer cirurgia, eu fiz a prova de Residência na faculdade e inclusive passei, mas eu estava cansado de ficar dependendo dos pais e não queria continuar assim ao longo da Residência. Fui para Rondônia, comecei no Hospital de referência para urgência e emergência, Hospital João Paulo, e as condições eram bem precárias. Não tinha formação nenhuma e estava tocando Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e frequentemente tinha que fazer plantão. Acabei gostando e até pensei em fazer um curso de especialização em UTI, mas estava bastante desgastante o trabalho e, por ter familiar estudando aqui em São Bernardo, acabei vindo pra cá, entrei aqui e foi aqui que aprendi a gostar da área de Medicina de Família. Não fiz e nem penso mais em fazer Cirurgia. Vou fazer a prova agora para Especialização m Medicina de Família” (DR. JUCA)

Conforme compartilhavam suas trajetórias, elementos importantes eram evidenciados, como percepções acerca do que é ser generalista, qual a intencionalidade em atuar no SUS, perspectivas de cuidado e percepção do trabalho no modelo assistencial proposto pelo município de São Bernardo do Campo:

“Tem acesso à ginecologia, pediatria... eu pensei que seria bom, uma oportunidade de crescer trabalhando com alguns especialistas que estão dentro da Atenção Básica mas dentro da especialidade deles, e dito e feito, eu gosto bastante disso, gosto de trabalhar bastante com o ginecologista que é solícito com a gente”. (DRA. MARTA)

“Eu acho bastante diferente a identidade de ubS lá do RJ, que é realmente atenção básica, Atenção Básica, primeiro contato com o paciente, basicamente com a função de saneamento, obvio que dentro de saneamento entra tudo... entra tuberculose, entra verminose, entra HIV, profilaxia para várias doenças. Aqui eu sinto muito mais uma demanda de consultas muito mais especializadas do que a gente faz e a necessidade de ter protocolos pra isso. Essa é uma diferença que sinto daqui em relação ao RJ, que tem muita demanda de especialista aqui, consulta muito mais especializadas, uma tecnologia mais dura do que a gente precisa fazer.” (DRA. MARTA)

“Às vezes não compreendo a conduta do outro profissional e também não sei que protocolo ele está seguindo e não tem como eu acessá-lo pra descobrir. E assim, se é da minha responsabilidade manter o receituário, eu gostaria de entender o porque de algumas coisas, entendendo que há coisas que são

dos especialistas, mas tem coisas que a gente precisa saber, entender e aí, entram alguns desacordos, porque a gente tem essa demanda pra seguir com essas consultas mais especializadas que a gente tem que fazer mesmo. Eu sinto isso em algumas especialidades.” (DRA. MARTA)

“E uma coisa assim muito ruim aqui é, por exemplo, estamos acompanhando o paciente que está com problema e não está dando pra resolver aqui, então encaminhamos para a especialidade. E na maioria das vezes a gente não tem uma contrarreferência do que aconteceu lá. Quando o paciente vem de volta, vem só com o relato dele e pronto. E isso é muito ruim. Não ter uma resposta pra gente” (DR. JUCA)

“Temos problemas com algumas especialidades da atenção secundária aqui... às vezes o paciente precisa do atendimento deles, mas não o encaminhamento é indeferido. O que eles querem que eu faça? Então, essa falta de comunicação da Atenção Básica com a especializada eu acho que gera a maioria das dificuldades e eu lido com isso tentando resolver o máximo que eu posso e aí quando é algo que eu não posso?” (DR. JONAS)

Essa dificuldade de comunicação entre a rede de serviço inclusive é mencionada a partir de uma possível desvalorização do trabalho da Atenção Básica e os profissionais que nela atuam:

“Às vezes dá a impressão de que o trabalho do médico de família, da atenção básica não é muito relevante para o pessoal da especializada, porque não dá resposta. Fala que o caso não é pra estar na especializada, mas não tem uma resposta.” (DR. JUCA)

“Eu concordo com DR. JONAS e DR. JUCA... eu gosto bastante de trabalhar aqui mas também vejo que parece que não veem importância do que é feito aqui na atenção básica e na realidade assim, eu vejo que a gestão é ao contrário... que quanto eles conversassem, capacitassem aqui...” (DRA. MARTA)

Quando proponho um olhar para a organização do processo de trabalho no cotidiano da unidade, há um coro quanto à atuação dos médicos das grandes áreas alocados na unidade, parecendo haver concordância entre os participantes de que estão ali atuando como ambulatórios dentro da UBS.

Falas que me remeteram à vivência nos serviços quando participava de reuniões de equipe e até mesmo geral e raramente tinham a participação desses profissionais, mesmo tendo ciência de que as agendas estavam protegidas para participar dessas atividades. O que faziam nesses momentos?

“Já tentamos implementar o matriciamento de ginecologia, mas impossível com a agenda dele. A outra ginecologista está de licença maternidade agora..” (DRA. MARTA)

“Depois passaram a fazer pelo Skype mas a gente nunca teve esse tal desse Skype, e na verdade a gente não tem tempo pra esse tal de Skype e os próprios horários, por exemplo, o horário da pneumologista é no meu horário de almoço... aí eu sacrifiquei meu horário de almoço pra ver pacientes da pneumo, por exemplo, nem meus são.... é do outro médico que não participa desses encontros. Simplesmente não participa. Ele não é médico de família, nem generalista, ele é clínico geral. Mas são pacientes dele. A gente nem conhece o paciente, acaba conhecendo junto com o pneumologista” (DR. JONAS)

“Quanto mais eles dessem o retorno do que acontece lá, às vezes o caso que a gente encaminhou uma vez, depois não encaminharia mais, mas aí você não tem retorno nenhum e aí... continua todo mundo perdido.” (DR. JUCA)

Fica evidente a necessidade de discussão sobre as atribuições dos profissionais no serviço, a necessidade de uma identidade de equipe para organizar o processo de cuidado que, apesar dos esforços em elaborar estratégias que visem maior integralidade, ainda são muito centradas nas possibilidades do profissional, sem pactuação e construção da atuação compartilhada, ainda que por meio de ferramentas tecnológicas como o Skype.

Nessa primeira roda, uma fala traz inquietação aos participantes e me chama a atenção:

“Dentre todas as coisas [especialistas disponíveis] eu vi que faltava generalista na cidade [Teresópolis], no município e eu vi que fazia diferença na vida das pessoas... uma coisa teoricamente simples... que não exige grandes tecnologias, grandes habilidades, mas uma coisa simples, pequena que consegue modificar o cotidiano das pessoas, acesso da população à saúde. Olha, {risos} teoricamente, é simples! A gente às vezes se “engasga” em protocolos, acontece mais esse tipo de coisa... mas eu diria que sim.... não é das tecnologias mais complicadas, nem de coisas que exija mais tempo. É atenção. As vezes o que o município exige não é exatamente aquilo que você está acostumada a dar, as vezes exige um tempo de consulta muito menor e as vezes por isso as coisas podem ficar um pouco capenga na habilidade, não entrar em acordo... mas eu ainda acho que não é nada de muito complexo não. Eu acho bem possível.” (DRA. MARTA)

A partir dessa fala, provocativa inclusive, a roda de conversa direciona o olhar para as percepções acerca do que é ser médico generalista, um momento rico de refletir sobre a prática possível e a prática desejada no cotidiano do trabalho:

“(entre risos) É muito gostoso. Na Atenção Básica eu consigo ver tudo, eu gosto de tudo. A reumatologia, por que eu fiz isso? Porque na verdade tinha um ambulatório de Reumatologia na faculdade com uma professora muito maravilhosa e ela me mostrou que a gente consegue modificar doenças “imodificáveis” em algumas coisas, entendeu?! E é isso que eu gosto, da dificuldade de tratar. Quanto mais difícil, mais eu

gosto. Eu tenho esse negócio. E aí a Reumato é uma mão na roda, porque um caso é mais difícil que o outro. (risos) E é mais ou menos isso. Nossa!!!! É difícilimo. DRA. MARTA falou um negócio sobre simples, e é interessante que a origem etimológica da palavra ‘simples’ e ‘complexo’ é a mesma palavra. Uma coisa ser simples não significa que ela é fácil. Eu tive um professor de ética médica que falava pra gente isso. E marcou. E quando DRA. MARTA falou, eu me lembrei exatamente dessa frase. Que ele falava “gente, muitas coisas são simples, simples mas não são fáceis”. Porque se fosse fácil alguém já teria feito.” (DR. JONAS)

“Na medicina de família, depois de começar a trabalhar aqui, que eu comecei a criar gosto por isso. No primeiro ano que eu estava aqui, que foi em 2012, uma paciente que marcou muito... ela veio, tinha acabado de perder um filho por acidente e veio já querendo tomar algum remédio pra ajudar... um antidepressivo... ela estava entrando no segundo mês de luto, estávamos sem psicólogo, sem psiquiatra, eu não tinha conhecimento nenhum em saúde mental, interesse nenhum em saúde mental e, a única coisa que consegui fazer na hora, foi disponibilizar bastante tempo de consulta pra ela, pra desabafar... acho que ficamos uns 40 min de consulta e... passei pra ela algumas coisas que lembrei da faculdade, que o luto normal pode durar até 2 meses, de pessoas próximas pode chegar a 6 meses e... passei encaminhamento pra psicólogo e, graças a essa interação na consulta e a força dela, conseguiu superar e sem precisar tomar remédio nenhum. Até hoje ela continua passando em consulta comigo e é muito agradecida. E foi uma coisa que me marcou muito... o quanto a gente pode impactar na vida de uma pessoa sem precisar usar algo muito complexo pra conseguir ajudar. E esse tipo de coisa que me fez valorizar bastante o trabalho desenvolvido na saúde básica.” (DR. JUCA)

“Eu gosto muito de gente. Gosto de tudo. E foi aí que eu pensei: “bom, que especialidade que vê gente, vê tudo?” e foi aí que pensei em ser médico de família.” (DR. JONAS)

Em minhas passagens pelas unidades, seja participando de alguma atividade ou em conversas informais com os profissionais, a sensação de que o médico de família é o “faz tudo” do serviço, precisa dar conta de todas as demandas e ainda, em algumas falas havia relatos quanto à dificuldade de acessar o médico matriciador, parecendo que se tratavam de favores ao realizar discussões de caso ou consultas compartilhadas.

E quando abordamos elementos que impactam diretamente na possibilidade de atuação resolutiva na Atenção Básica proposta no município, as pontuações são bem variadas:

“Aí eu acho que depende do profissional.” (DRA. MARTA)

“A gente atende tanta gente, a demanda é tão grande que a gente entende que assim, fazer o matriciamento com o

especialista do meu lado é meio que impossível.” (DRA. MARTA)

“Uma coisa aqui é que não temos discussão de caso, não conseguimos conversar sobre casos mais complexos... é só um ‘toma que o caso é seu’... muita gente, a gente nunca tem tempo.” (DR. JONAS)

“E se não pararmos o serviço que sofre com isso, as coisas vão ficando cada vez pior, a gente não se atualiza, não se conversa” (DRA. MARTA)

Caminho para o encerramento desse primeiro encontro agradecendo a colaboração de todos e faço o convite para continuarmos, havendo concordância de todos.

Já com o gravador desligado, novos elementos são apontados pelos participantes. Retomamos a conversa que seguiu com reflexões e ponderações inclusive quanto ao acesso e uso que a população faz do serviço:

“A população tem a ideia de que o que é público não presta.” (DR. JONAS)

“Acho que também tem um problema de se certificar muito a medicina e de se colocar que saúde [pública] é um direito de todo mundo e não é bem assim não. O direito é se tivesse o recurso disponível, mas não é. É um recurso bem escasso e que tem que ser bem utilizado, não é assim, fácil pra todo mundo. Custa, e tem que ser aproveitar bem. E a população não tem essa consciência não. Ela acha que tem que ter e pronto. O que eu quero e a hora que eu quero.” (DR. JUCA)

Encerramos pactuando que o próximo encontro iniciará com a leitura de meus registros e sugiro aprofundarmos o olhar para dispositivos que consideram impactar positivamente na prática de cuidado no cotidiano.

6.4. Relato 2ª Encontro UBS 01

Ao realizar contato com o gerente da unidade para combinar a próxima roda de conversa com os médicos, sou informada que apenas um dos profissionais permanece na unidade, sendo que DRA. MARTA mudou para outro Estado e DR. JUCA aceitou uma proposta de trabalho no município de São Paulo.

Entrei em contato com DR. JUCA para verificar se gostaria de permanecer participando da pesquisa, mas informa que infelizmente não tem disponibilidade para vir até São Bernardo. Agradeço pela colaboração.

Diante disso, passo a realizar os encontros apenas com DR. JONAS e, para iniciar esse segundo momento, que teve a duração de aproximadamente 1h15min, retomo pontos abordados no encontro anterior e damos continuidade falando sobre a percepção desse profissional quanto à atuação como generalista no município, e DR. JONAS traz importantes considerações quanto a esse tema que, logo de imediato, entrelaça com as expectativas, potencialidades e desafios dessa especialidade.

“Acho que te falei na vez passada que eu sinto muito prazer em fazer essa atividade e, independente da questão de ganhos

financeiros, metas financeiras pra vida, eu estabeleci uma meta pessoal que é a de intervir positivamente na vida das pessoas, e aqui eu consigo fazer isso. Tenho conseguido fazer isso. Tem sido muito proveitoso, tem sido legal, estou conseguindo bons resultados, meus pacientes melhoram com o que eu faço... isso é bom. É positivo.” (DR. JONAS)

Corroboro com a fala de DR. JONAS pela compreensão de que a Atenção Básica tem potencialidade para ser resolutiva, ainda que essa ideia esteja atrelada ao perfil médico bem como o trabalho desenvolvido pela equipe, uma vez que cada profissional desempenha uma função específica de cuidado mas ainda centralizando as expectativas do cuidado na figura médica.

“Eu percebo que consigo, mas é uma coisa mais voltada para minha capacidade técnica, resolver em uma consulta, coisa que às vezes está esperando por anos uma resolutividade e às vezes é uma mudança de dose, trocar um remédio, tirar um remédio... E eu percebo com essas coisas que assistência é essa que as pessoas estão passando aqui? A cada 4, 3 meses passando com uma pessoa e o problema persiste. O que eu sei é que se eu resolver o problema, é menos uma pessoa que vai ficar ali na fila do acolhimento... então eu percebo que minha resolutividade é muito boa. Eu consigo resolver a maioria das coisas que eu me proponho a resolver. Sei dar uma boa assistência, e eu acho isso legal!” (DR. JONAS)

“A médica nova (Catarina) achou interessante porque ela imaginava que o serviço de Atenção Básica fosse aquela coisa de ‘Pressãozinha altinha e Diabetes’ e aparece cada coisa mirabolante e que ela está achando fantástico. E eu acho isso interessante também, porque como é a porta de entrada! Muita coisa melhorou, não vou mentir que não melhorou, mas mesmo assim eu sinto que nós ainda estamos muito distantes de uma atenção descentralizada do médico. Eu sinto que falta autonomia para os enfermeiros, coisas bobas... às vezes os enfermeiros vêm até mim para coisas bobas como eu carimbar, escrever ou falar... coisas corriqueiras. Acho que isso é muito ruim para a Atenção Básica”. (DR. JONAS)

Eu acho que é um contexto social que se criou ao longo do tempo. O contexto das profissões, a eterna briga dos conselhos... sobre o que um faz e o que o outro deixa de fazer. Tudo bem, eu acho que o diagnóstico das doenças e os tratamentos, tudo bem, é o médico, mas existem outras etapas da assistência que não necessariamente precisam passar por um diagnóstico nosológico. E essas etapas poderiam ser muito bem feitas pelos enfermeiros. E é um trabalho muito difícil que a gente faz até com o paciente porque eles não dão muita fé.” (DR. JONAS)

“Às vezes eu peço exame e já aviso que vai voltar com a enfermeira da equipe e o paciente se recusa a passar com o

enfermeiro, mesmo informando que se houver alguma alteração ela vai me chamar. E às vezes o próprio profissional da enfermagem se coloca em uma posição de dependência e não procura ser mais pró ativo, ir atrás da informação.... Eu acho que não tem muito a ver com o município em si. Em termos de atuação eu até acho que o enfermeiro atua bem... se comparado com outras realidades, mas mesmo assim eu sinto que as demandas médicas são exageradas. É uma questão da educação geral. Nem tudo é médico. E por qualquer coisa as pessoas querem passar no médico. É isso que eu sinto". (DR. JONAS)

A questão da resistência da população em ser acompanhada pelo enfermeiro foi observada ao longo de minha atuação também, afinal, há uma cultura de que o cuidado é realizado pelo médico e outras categorias, como a enfermagem, é executora de procedimentos. Inúmeras vezes fui abordada por usuários da unidade questionando o atendimento do enfermeiro.

Da mesma forma, os médicos generalistas, que muitas vezes nem a equipe compreende sua atuação, tende a ser desqualificado em relação aos especialistas.

"Tem sido difícil principalmente com a parte de ginecologia, porque o profissional não consegue dar vazão. Então ele acaba ficando com os casos ginecológicos propriamente ditos, bastante gestantes. Os casos mais simples a gente tenta absorver e toda a rotina ginecológica fica com a enfermagem. Mas as mulheres estavam acostumadas a sempre passarem com o ginecologista para fazerem a rotina. Então, até desmistificar... tem muita reclamação. É difícil, mas temos conseguido. Um caso ou outro que acabamos cedendo... eu acabo encaminhando... mas temos conseguido." (DR. JONAS)

E seguimos abordando essa organização do trabalho pontuada pelo profissional, sendo eu provocada a questionar sobre essa divisão do trabalho de forma tão isolada. Que saúde da família é essa? E uma visão crítico reflexiva da proposta do modelo assistencial também se faz necessária.

"É um grande descontentamento meu de quando vim pra cá. Eu achava que não tinha esse tanto de gente pra atender. Eu achava que era uma coisa mais "ok". eu acho que não adianta nada eu mostrar para o município que estou atendendo 500 pessoas e fazendo nada.... eu prefiro atender 250 pessoas e resolver o problema." (DR. JONAS)

"Existem documentos norteadores da assistência e eu entendo o papel dos documentos, mas é o que eu sempre falo com o gerente: o papel, é o papel... o papel funciona muito bem para algumas unidades, mas aqui?! Que temos 50.000 pessoas?!" (DR. JONAS)

"No nosso contexto aqui, dessa unidade, acho muito difícil a aplicabilidade da proposta da gestão, porque a quantidade de demandas é muito grande e os profissionais acabam sendo inacessíveis. Sempre que eu tenho uma dúvida pergunto para o

ginecologista no cotidiano, mas não passa disso. Não acontece atendimento compartilhado. Com o clínico geral então... a relação com ele é de 'bom dia' e 'boa tarde'. Não existe espaço para fazer junto. Ele já deixou isso bem claro.” (DR. JONAS)

Olhar para os documentos norteadores, demanda do serviço, perfil do profissional que atua na unidade, gerenciamento dos processos e das relações interpessoais. Como gerenciar tais complexidades? Quem as gerencia?

“Sinto falta de ter aquela pessoa do lado com quem contar. Porque todos podem contar comigo, mas eu posso contar com quem? Então fico nesse gap, nesse vazio existencial. porque não tem com quem contar... eu até desabafo de vez em quando com alguém... ‘poxa, eu resolvo as coisas com vocês, mas quem resolve meus problemas?’” (DR. JONAS)

“Eu acabo fazendo muito matriciamento com os outros colegas generalistas e com as enfermeiras”. Eu faço. Eu sendo matriciador. Mas é “uma parceria que está ficando entre os pares e não multidisciplinar.” (DR. JONAS)

“Eu sinto que falta de espaço aqui para pararmos e conversarmos... não tem.” (DR. JONAS)

E nesse momento da conversa volto para um dos meus incômodos que dispararam meu desejo de me aproximar das unidades do município que atuam na lógica da Estratégia de Saúde da Família Ampliada: que “autonomia” é essa que os profissionais e gerentes têm para decidirem organizarem o serviço de tal forma que parecem descaracterizar a proposta?

A questão do tempo aparece como elemento impactante para que estratégias propostas no documento norteador não sejam praticadas. Será questão do tempo mesmo?

Caminhamos para o término desse encontro quando DR. JONAS pontua um personagem até então silente durante a pesquisa nessa unidade:

“Eu estou me lembrando aqui... a mudança do modelo assistencial do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) foi muito legal. O jeito que estão fazendo tem sido muito legal. Nutricionista, psicóloga, fonoaudióloga... tem sido um principal ponto de destaque... principalmente para a nutricionista. Diariamente praticamente tem demanda... e quando tem esses casos difíceis, conseguimos observar de que forma a profissão pode contribuir mesmo.” (DR. JONAS)

E encerramos o encontro com o complemento:

“Se eu tivesse uma sugestão a dar para o modelo assistencial, seria isso... mais atendimentos compartilhados, mais momentos na agenda desses atendimentos que estou junto com a enfermeira, avaliando e examinando o paciente.... acho que 2 cabeças pensam melhor que 1. Eu sou muito fã desse modelo de assistência” (DR. JONAS)

“Eu gosto muito do atendimento compartilhado.” (DR. JONAS)

“Eu acredito que tem jeito, precisamos sintonizar. Fazer os ajustes finos.” (DR. JONAS)

6.5.Relato 3ª Encontro UBS 01

Esse encontro ocorreu aproximadamente seis meses após o primeiro e um mês e meio após o segundo. Manteve-se apenas com um profissional, com o qual compartilho elementos abordados no encontro anterior e seguimos por aproximadamente 1h30min com o olhar focado para a unidade e seus processos organizacionais, sendo pontuado, inclusive que os dados produzidos nos encontros podem ser subsídios para proposições locais e até mesmo para gestão de possibilidades de um novo olhar para o trabalho.

Pergunto à DR. JONAS se consegue recordar como o modelo assistencial de São Bernardo do Campo lhe foi apresentado.

“Fiquei muito interessado em vir para São Bernardo porque de onde eu venho usamos como base alguns documentos norteadores para modelo de gestão, funcionamento de algumas coisas e alguns protocolos inclusive. Aí conversei com um a pessoa que conheço que já estava aqui e ele comentou sobre a unidade, falando que é uma UBS ampliada em que temos especialistas dentro, está em uma região de transição bem populosa e que tem bairro de classe média e média/alta, comunidade e uma área inclusive em litígio.” (DR. JONAS)

“Quando cheguei, quem apresentou foi o gerente da unidade na época e um representante do DAB, que me deram muito apoio aqui. A priori abordaram que tinha um clínico geral, pediatra, ginecologista e psiquiatra que vão fazer matriciamento em casos que tiver dúvida ou dificuldade. Que posso acioná-los e haverá momentos específicos para isso. Esse momento nunca aconteceu.” (DR. JONAS)

E sigo perguntando como a rotina de DR. JONAS e da equipe está organizada nesse serviço, tendo em vista o apontamento inicial entre a proposta apresentada e o relato de que os espaços de troca entre os profissionais não acontecem.

“O modelo que me falaram foi um modelo que eu já imaginava de atendimento, mas não imaginava o fluxo de pessoas. A ideia que eu tinha de Atenção Básica era um pouco mais microscópica, não era tão macroscópica como é aqui. E digo em termos de população, agravos. Eu percebi que é muita gente muito doente. E quando penso no grande objetivo da AB que é a prevenção quaternária, aquela coisa de não deixar ficar doente, de não ficar enchendo a pessoa de remédio... não faço isso aqui. Ainda que hoje eu consigo já colher uns frutos disso porque quando eu cheguei tinha muitas gentes tomando muito remédio errado. Vejo que otimizando as coisas gera-se uma melhora. E

a equipe de uma forma geral é boa, inclusive com as orientações da enfermagem, ajuda muito.” (DR. JONAS)

E fomos mapeando, a partir da minha aproximação e de DR. JONAS quanto ao documento norteador do município e da prática em serviço, a organização do cotidiano dos profissionais, suas potências e desafios.

Interessante ouvir as pontuações acerca do quanto o matriciamento com profissionais externos ao serviço é possível e ocorre de forma efetiva, resolutiva, já o encontro com os profissionais alocados na UBS não acontece.

“Logo que eu comecei tinham os matriciamentos em outras especialidades, como até hoje ocorre da Pneumologia, que é bem regular. O matriciamento é tão legal que eu estou sem casos. Resolvemos por aqui a maioria das situações” (DR. JONAS)

“Agora, outros profissionais eu acho que não tem muita vontade de fazer, inclusive pensando em especialistas externos. Nunca tivemos aqui na unidade com o cardiologista, endócrino, ortopedia tivemos uma vez em 2017 e nunca mais. Otorrino é um grande entrave porque nossos encaminhamentos são negados e fico pensando o que fazer.” (DR. JONAS)

“Seria fantástico ser matriciado pelo ginecologista porque ele é um profissional fantástico, mas o modelo da agenda proposto para ele, não por ele, mas para ele, não contempla. Só faz atendimentos. Acho que, se for proposto para ele um momento de consultas compartilhadas, acho que nunca se oporia.” (DR. JONAS)

“Já o matriciamento em Psiquiatria é um problema crônico, porque o modelo de cuidado que o psiquiatra daqui oferece é bem centrado no médico e bem medicamentoso. Eu entendo que tem um uso adequado das medicações, ele que é especialista, mas o que eu percebo é que as pessoas são super medicalizadas.” (DR. JONAS)

“Quanto ao pediatra, aqui temos muitas reclamações quanto ao atendimento, inclusive das famílias, inclusive acabam recorrendo a mim para atendimento das crianças e, para conseguir atender a demanda, acabo lendo bastante e em casos mais complexos que chegam na unidade, busco por parcerias dos profissionais da unidade, como uma auxiliar de enfermagem que tem experiência em UTI neonatal. Por isso acredito na força da equipe.” (DR. JONAS)

A partir do que DR. JONAS apresenta e a partir de vivências em minha prática profissional no município, parece haver uma questão de falta alinhamento quanto à organização do trabalho dos matriciadores que estão nas Unidades Básicas de Saúde, parecendo estar a critério desse profissional o estar no serviço, havendo um impacto inclusive quanto ao conhecimento técnico, estabelecimento de relações entre profissionais e entre profissional e usuário. Que autonomia é essa?

“Apesar de termos dois ginecologistas, contamos com um, já que o outro profissional está afastado e esse que está na unidade não consegue prestar o matriciamento devido à demanda, ao ritmo de atendimento dele... A única coisa boa é que ele sempre está disposto a tirar alguma dúvida que tenho, mas não no modelo de consulta compartilhada, discussão de caso, discussão técnica. Não. Quando tenho uma dúvida, entro no consultório, exponho a situação e ele só fala ‘faz isso’ e pronto.” (DR. JONAS)

Um fator bastante presente ao longo do encontro que dificulta a prática matricial refere-se à falta de tempo e grande demanda que a unidade precisa atender.

“Esse modelo de assistência proposto e a quantidade de coisas que nós geramos para nós mesmos é o grande vilão dessa história, porque nunca temos momentos na agenda protegidos para o matriciamento. É sempre a questão de ter sempre muita gente esperando.” (DR. JONAS)

“Eu me sinto como se estivesse em uma unidade mista entre pronto socorro com UBS e serviço de especialidade. Estou aqui atendendo e a qualquer momento chegará um problema.” (DR. JONAS)

“E a questão da proposta ampliada que eu imaginei que fosse mais gostosa de fazer pelo fato de ter os especialistas do lado, o que tornaria o trabalho mais suave. Mas não. Nada mais suave. Eu recebo pacientes completamente descompensados que precisam de atenção. O pediatra não consegue atender, o psiquiatra tem atende milhares de pessoas, o ginecologista faz ambulatório dentro da unidade. Então a gente fica nessa situação e acabo absorvendo grande parte das demandas.” (DR. JONAS)

Quando pergunto à DR. JONAS sobre a possibilidade de conversar com gerente e equipe da unidade para pactuarem esses momentos de troca, matriciamento, discussão de casos, educação permanente, há um reconhecimento de que há uma abertura para pactuações que parecem não ocorrer na prática.

“Vou te dizer uma coisa: sou uma pessoa enxerida. Não no sentido de me meter em processo para dizer o que fazer de forma autoritária, mas eu gosto de construir junto.” (DR. JONAS)

“Eu propus uma vez em uma reunião, mas não aconteceu, sempre outras questões são mais importantes, então não deram bola. Minha ideia foi um período mensal para discutir casos difíceis ou fazer um matriciamento com a equipe para alinhar pontos que muitas vezes os profissionais questionam constantemente e um momento de orientação poderia sanar as entradas constantes durante os atendimentos para tirarem dúvidas.” (DR. JONAS)

“Gostaria de retomar a proposta de fazer um encontro mensal com os profissionais para conversar sobre temas difíceis, dúvidas, discutir casos, falar sobre visitas domiciliares, questões mais técnicas. Um momento de troca. Eu já vi isso acontecer em outros lugares, então aqui a gente não consegue por que?” (DR. JONAS)

“Há dois ou três meses não nos reunimos para Reunião Geral devido à troca de gerentes. Mês passado não teve porque as agendas não foram bloqueadas. Esse mês não sei o que aconteceu, mas não teve. Nova gerência chegou agora, seria importante ter esse momento, mas não sei. Precisamos pensar.” (DR. JONAS)

Assim como em outros serviços pelos quais já passei, as reuniões e momentos de encontro entre os profissionais sempre são pautados como relevantes, no entanto, a prática mostra momentos esvaziados, de discussões muitas vezes ausentes, mas sim uma postura passiva dos profissionais e, como pontuado pelo participante, frente a uma nova proposta, há pouca ou nenhuma consonância entre os profissionais.

Diante dos elementos apresentado por DR. JONAS bem como sua implicação no processo de trabalho, há um momento de muito incômodo para mim, que me deixo levar pela função gerente para entender melhor que processo de trabalho configura-se nessa unidade que parece estar doente e precisando de um olhar para os profissionais que ali atuam, inclusive quando o próprio profissional se questiona sobre a postura que assume no serviço.

“Não sei objetivamente como que deveria ser. Se é o próprio matriciador que deveria dizer que está disponível ou se sou eu quem tenho que solicitar isso, ou se a gerência que tem que propositalmente montar esses momentos. Eu não sei o que fazer nesse sentido, mas acho que tenho a proatividade de ir atrás e acabar resolvendo, mas isso demanda um desgaste. Acabo fazendo um grande ambulatório de clínica médica e especialidade, que é um outro perfil de trabalho. E prevenção, quase nada, quase zero. Só não digo que é zero porque é um numero muito absoluto. E cada vez mais observo que o modelo hospitalocêntrico, médico centrado não se sustenta. O remédio ajuda, mas não é a resposta para tudo. E eu sinto falta das outras práticas para compor o cuidado e sinto que hoje me resumo a passar receitas.” (DR. JONAS)

DR. JONAS traz uma perspectiva importante quanto ao trabalho em equipe e a necessidade do cuidado integral ser realizado na prática, sendo a Atenção Básica um local privilegiado para isso. No entanto, novamente pontua questões que impacta na possibilidade real desse cuidado:

“Eu acho que é possível, desde que você se proponha a fazer. Quando chego em casa tenho certeza de que eu fiz o melhor que eu pude e eu sinto que muitas pessoas não dão nem 10% do que podem.” (DR. JONAS)

“Às vezes eu falo com as enfermeiras que em cada consulta de enfermagem eu atendo praticamente junto. No atendimento delas aparecem dúvidas e me acessam o tempo todo e chego a perguntar para que serve a consulta de enfermagem se tenho que estar o tempo todo atuando junto... não está tendo efetividade.” (DR. JONAS)

“Tem um empurrômetro com a barriga que, um problema possível de ser resolvido no momento ficam jogando de um lado para outro. Às vezes por qualidade técnica insuficiente e aí prefiro fazer eu mesmo, principalmente do que ser matriciado por profissional que não sabe nem o que está fazendo.” (DR. JONAS)

Já caminhando para o encerramento do encontro da pesquisa, frente às pontuações realizadas por DR. JONAS quanto à complexidade da demanda que acessa a unidade, a dificuldade de acesso a alguns profissionais da unidade e da rede de saúde do município, pergunto ao profissional como ele enxerga a Atenção Básica de São Bernardo.

“Vejo que se exige da Atenção Básica cuidados que não são de UBS. Esse modelo de Medicina de Família ‘resolve tudo’ não é o modelo de outros países. É como se fosse um grande jeitinho brasileiro. Realmente tem coisas que precisamos das especialidades, senão não faria sentido tê-las. Tem coisas que são super resolvíveis na AB, crítica inclusive que faço à colegas que que encaminham qualquer coisa para o especialista e eu, por ser especialista, fico incomodado com a situação. Tudo bem, tem coisa que o profissional não é obrigado a saber.” (DR. JONAS)

Finalizamos com uma chuva de ideias, em que DR. JONAS traz propostas para efetivação do modelo de ESF Ampliada na unidade em que atua:

“Proponho mais momentos de entrosamento entre os profissionais, como encontros semanais, quinzenais ou mensais com agendas protegidas para atendimento compartilhado, com a população ciente dessa proposta; momentos de discussão de casos, porque realmente entendo que uma vez que se discute um caso, os próximos se tornam mais fáceis e não preciso ficar perguntando o tempo todo como resolver aquela situação se já tive uma orientação anterior.

“Reunião técnica mensal em que fosse proposta uma aula de uma hora para falar sobre um tema. Um tempo que não necessariamente compromete a agenda, mas que permite o encontro.”

E novamente incomodada pelas lembranças da prática em que muitos espaços foram protegidos e os profissionais simplesmente não compareciam ou estavam no local como obrigação e não compunham as discussões, pergunto para DR. JONAS a quem compete a responsabilidade desses encontros:

“Para fazer acontecer? Da gestão local. Gerente. No sentido de bater o martelo de ‘façamos’ mas super embasado em reuniões prévias com os envolvidos, para fazer acontecer com organização. Agendas protegidas; informar a população; determinar ao profissional que na rotina dele, essa atividade faz parte.” (DR. JONAS)

Questiono se esses elementos que aponta garante a ocorrência do matriciamento:

“Acho que aí vem o lado pessoal, a resiliência, motivação, proatividade, porque não adianta ter toda a organização e o profissional não querer fazer. É uma questão de ser humano, independente do trabalho em si. Por isso que quem trabalha em saúde sabe que é um trabalho diferenciado. E as pessoas precisam ser diferenciadas. Percebo que pessoas que gostariam de estar em atividades mais mecanizadas estão atuando na saúde e acabam transmitindo isso para o trabalho, se a pessoa é infeliz no trabalho, sei lá... a vida é dinâmica, não está fácil mas, precisamos tomar decisões. Eu sinto que falta mais humanidade. Cuidamos de gente.” (DR. JONAS)

A partir dessas reflexões, encerramos o encontro em que me comprometo a dar uma devolutiva ao participante quanto à tese e agradeço pela importante contribuição nesse trilhar da pesquisa.

6.6. Relato 1º Encontro UBS 02

Apesar dos profissionais se conhecerem, eu não conhecia todos, então pedi para rapidamente nos apresentarmos e, a partir daí, passei para a apresentação do projeto, da linha de pesquisa, o motivo deles terem sido os convidados e das questões burocráticas de uma pesquisa (TCLE, gravação, sigilo, entre outros).

Em seguida, contei um pouco sobre meu interesse pelo objeto de estudo, ou seja, qual a percepção dos médicos generalistas quanto aos matriciamentos propostos pela Secretaria Municipal de Saúde e o impacto desse dispositivo em suas práticas de cuidado cotidiano.

Iniciamos o encontro que teve duração de, aproximadamente, uma hora, conversando sobre o percurso formativo dos profissionais, porque vieram para São Bernardo do Campo e qual a percepção sobre a organização do trabalho na unidade.

Vale ressaltar que os participantes são médicos que atuam como generalistas em equipes de saúde da família ampliadas com diferentes realidades e com tempo de atuação distinto no município, variando de meses a sete anos.

Ao longo da roda todos foram apresentando suas trajetórias, sendo possível perceber que, apesar de trabalharem próximos cotidianamente, nunca haviam conversado sobre seus percursos. Um momento de trocas que foi evidenciando os processos formativos, as escolhas profissionais, atuação no município, percepção quanto à organização de processo de trabalho e rede.

“Estou há 01 mês em São Bernardo do Campo, tenho 18 anos de PSF, na realidade comecei a trabalhar no PSF na Bahia, em Vitória da Conquista que é um município modelo de PSF e eu

vim praticamente com o nascimento dele. Era pequenininho quando eu comecei a trabalhar, estava engatinhando quando comecei a trabalhar. E me identifiquei muito e não consegui mais sair dele. Até hoje tenho muita afinidade e não consegui mais sair. Eu sou homeopata de formação e fiz especialização em Saúde da Família e Comunidade” (DRA MARIA)

“Comecei o trabalho no PSF aqui em São Bernardo nessa unidade há 04 anos, de formação tenho 18 anos, fiz especialidade em Saúde da Família em Cuba e trabalhei no PSF lá durante 8 anos até que fiz especialidade em Oncologia comecei a trabalhar também até chegar no Brasil e começar a trabalhar novamente no PSF”. (DR. JOSÉ)

“A primeira especialidade que eu fiz foi Pediatria. Terminei a faculdade, fiquei 01 ano no Exército, e por isso tranquei a residência. Voltei, fiz a residência, e depois de Pediatria, eu também fiz Homeopatia. Até hoje atuo nessas especialidades. Tenho consultório. E aí comecei a trabalhar como pediatra; trabalhei em quase todos os hospitais aqui do ABC. Chega uma hora que você cansa, não aguentava mais fazer tanto plantão. Fui fazer Medicina do Trabalho. Trabalhava em um clube e cheguei a montar empresa, fiquei uns bons anos trabalhando com isso, trabalhei em várias empresas, mas também cansei, não era mais o que eu queria. Fui trabalhar na faculdade Fundação do ABC como pediatra e vim pra cá começar como pediatra nessa unidade. Quando eu vim na primeira semana, estava começando a reformar aqui que ia mudar para Estratégia de Saúde da Família e na época a gerente perguntou se eu pretendia fazer Medicina de Família. Lembro de responder que era pediatra e ela falar pra eu iniciar nessa essa especialidade e posteriormente voltaríamos a conversar. Finalizada a reforma do prédio da UBS, que durou ainda em torno de seis meses, a Secretaria Municipal de Saúde implantou a Estratégia de Saúde da Família, me chamaram pra fazer um curso, vários profissionais fizeram, foi um ano e meio mais ou menos de curso e aí quando terminou o curso, pela Faculdade Fundação ABC, comecei a trabalhar como Médico de Família e seis meses depois a faculdade me chamou para acompanhar os alunos do 5º ano no internato da Medicina de Família, então eles passam comigo aqui. E já são quase 07 anos fazendo esse trabalho também com eles aqui. Então basicamente é isso. Não foi tão complicado pra mim essa mudança”. (DR. JOÃO)

Diante dos percursos apresentados, pergunto qual a percepção sobre o trabalho no município, podendo assim me aprofundar na forma de inserção desses profissionais no cotidiano da unidade, inclusive por conhecer um deles da época que atuava como apoiadora em saúde nessa unidade:

“Acho muito organizado o trabalho de São Bernardo, muito legal. A gente aprende muita coisa, é um jeito diferente de

trabalhar o PSF mas muito bom. Acho que tem coisas, como em todo lugar que precisam ser arrumadas, mas acho muito bom. Algo que vejo que precisa melhorar é o relacionamento entre a Atenção Secundária e a Atenção Básica, que ainda se relacionam pouco.” (DR. JOSÉ)

“A questão da contrarreferência não está muito legal ainda. Mesmo acontecendo os matriciamentos. E por causa deles a relação não é de todo ruim” (DR. JOSÉ)

“É, aqui é difícil receber uma contrarreferência até dizendo o que o especialista fez o caso que você encaminhou. Se medicou, se pediu exame, se pediu retorno, se não. É difícil essa comunicação. A gente sente muita deficiência em relação a isso.” (DRA MARIA)

“Mas eu posso contar nos dedos as contrarreferências que recebi trabalhando no PSF. Não é algo de São Bernardo. Muitos lugares são assim. Aqui ainda considero que tem uma organização melhor, porque trabalhei em municípios próximos que era mais complicado ainda” (DRA MARIA)

“Gostei bastante da rede daqui, é uma rede bem estruturada.” (DRA MARIA)

As falas acima provocam uma sensação de que a participante pinta um cenário em que a realidade pode destoar da fala. Então, sigo perguntando a que se refere essa organização mencionada DRA MARIA, pontua:

“Em tudo. Desde a parte da AB até... porque a gente sabe que é questão de gestão. A parte de especialidades não diz respeito apenas ao município, mas também ao estado. Mas eu acho que até nisso aqui é mais bem organizado. Desde o começo... de partir da consulta para realizar lançamentos no sistema em que cada consultório tem seu computador e cada profissional lança seus atendimentos; acesso à internet para tirar dúvidas sobre medicação, bula, dosagem... Então, desde as coisas básicas até a questão da organização no serviço. Eu acredito que um serviço mais organizado funciona melhor.” (DRA MARIA)

Ainda sem compreender a ideia de organização que DRA MARIA traz para o grupo, peço que descreva situações que ilustrem:

“Em tudo. Nos mínimos detalhes. É difícil falar exatamente em que, mas assim, desde o começo. Na limpeza. Na sala de espera...” (DRA MARIA)

“No agendamento” (DR. JOSÉ)

“No agendamento, isso mesmo. Aqui é tudo organizadinho: as agendas tudo certinho. É muito diferente e isso ajuda no trabalho. E aqui eu acho eu o trabalho em equipe é muito mais bem desenvolvido do que nos outros municípios que trabalhei.” (DRA MARIA)

A partir daí, seguimos com o grupo compondo ideias quanto à organização do trabalho na unidade bem como o PSF realizado no município:

“A integração da equipe é bem desenvolvida. E falo dos agentes comunitários de saúde, médico, enfermeiro, dentista que está inserido na equipe. Até a parte administrativa é bem organizada.” (DRA MARIA)

“A comunicação aqui é bem legal.” (DRA MARIA)

“Além do que DRA MARIA abordou, agrego a relação que temos entre os profissionais médicos daqui. Se você está com algum problema ou alguma coisa que não saiba, seja relativo à medicina ou administrativo, você recorre a um colega e resolvem. Se o colega não está na unidade e algum paciente dele vem à unidade em urgência, resolvemos e depois repassamos o ocorrido.” (DR. JOSÉ)

“Desde que cheguei, o trabalho com meus colegas foi desse jeito. Seja com o pediatra, ginecologistas. Todo mundo muito assertivo. Temos uma relação muito boa no dia a dia.” (DR. JOSÉ)

“Muito tranquilo. Quando precisamos pedir alguma coisa para eles, a gente conversa. Tem que ter uma boa relação.” (DRA MARIA)

Sinto-me incomodada com essas falas que retratam um serviço tão organizado, inclusive por conhecer o histórico da equipe e ter vivenciado momentos de reunião da equipe em que profissionais estavam no espaço, porém sem atenção alguma nas discussões.

Para compreender melhor os momentos de encontro entre os profissionais, pergunto aos participantes de que forma ocorre essa relação cotidiana:

“Todos participam da reunião geral e da reunião técnica” (DR. JOSÉ)

Pergunto sobre essas reuniões:

“Reunião Geral ocorre uma vez por mês com todos os profissionais da unidade, todas as categorias. É um momento mais administrativo. O gerente passa os informes. Na reunião Técnica que também é mensal discutimos sobre a organização do serviço, os grupos, combinados principalmente entre médicos e enfermeiros.” (DRA MARIA e DR. JOSÉ)

“E tem as reuniões de equipe que são semanais onde discutimos os casos. Nesse espaço participam os agentes de saúde, psicóloga, enfermeiro, médico, dentista e se precisar de algum outro profissional nós convidamos para participar. Farmacêutico e pessoal da equipe multi [NASF] às vezes entram também.” (DRA MARIA e DR. JOSÉ)

Dentre os generalistas dessa unidade, DR. JOÃO inicia a trajetória enquanto especialista na rede e posteriormente passa a atuar na Estratégia de Saúde da Família. Diante disso, pergunto sobre a própria percepção quanto à prática:

“80% do que eu faço é atendimento de médico de família. É um pouco diferente por causa da demanda. Como tem muito idoso, adulto, essa demanda acaba sendo de 80% a 90% da minha agenda. Crianças raramente atendo porque a pediatra absorve a maior parte dessa demanda e também as gestantes, que são poucas, ficam com os ginecologistas.” (DR. JOÃO)

“Atuar como generalista oportunizou fazer coisas a mais que não fazia. Esse contato com os alunos eu acho legal porque me obriga a estudar mais e eu aprendo muito mais com eles do que eles comigo. É bem legal isso. Sempre tem coisa nova e isso ajuda bastante. E o salário né?! Como pediatra é quase a metade. Na época eu pensei que pra ficar aqui ganhando menos, eu preferi atuar como generalista. Temos vários médicos na rede que também optaram por isso. Tem muitos ginecologistas e pediatras como médico de família em outras unidades. Porque, você vai ganhar mais, ter que fazer outras coisas sim, mas foi interessante.” (DR. JOÃO)

“Ter formação em Homeopatia tem muito a ver com Medicina de Família. A gente olha o todo. Muito do que se fala do PSF, Hahnemann falou 200 anos atrás. O que fazemos enquanto Medicina de Família já se fazia 200, 300 anos atrás na Homeopatia, então assim, só mudou o nome. Só deu uma sofisticação e aí estabeleceu-se todo um protocolo. A única diferença que vejo é o uso da alopatia, mas a consulta é semelhante, não vejo muita diferença.” (DR. JOÃO)

Seguimos abordando o olhar do cuidado para o usuário do serviço e pela primeira vez a mudança de gestão é mencionada no encontro dessa unidade enquanto um elemento que mudou a organização do trabalho.

“Quando era da gestão anterior eu tinha cada dia um tipo de atendimento, então atendia adulto, idoso, criança, gestante... fazia de tudo, inclusive procedimento, Papanicolau. Agora não. Como agora temos meta para cumprir mudou. E eu tenho os alunos para acompanhar e sinto que ficou uma estratégia de saúde escola mais ou menos. Sinto que vamos fazendo e depois vamos ajustando para poder seguir com as coisas. Tivemos que fazer adaptações. Funcionando certinho não está, mas é o que dá pra fazer agora. Estamos passando por diversas mudanças. Mudou tudo né?! Então não sei o que a gestão pretende. A gente não sabe né?! Precisamos pensar como vamos acertar, porque o médico de família tem que olhar para a família, né?!” (DR. JOÃO)

“Eu acho que temos que pensar como organizar. Vamos seguir o preconizado? Vamos atender a família toda? Como? No início tentamos realizar o agendamento da família toda para o mesmo

período. Não deu certo. Precisamos pensar como fazer.” (DR. JOÃO)

“Hoje está um pouco mais complicado porque é pouco tempo de consulta.” (DR. JOÃO)

“Mas eu ainda acho que dá para olhar o paciente como um todo.” (DRA MARIA)

“Quando se conhece o paciente, como no meu caso que estou aqui há 4 anos e conheço a maioria, é muito mais fácil. Difícil quando chega um paciente novo e demoramos muito mais para coletar história e entender o processo dessa pessoa.” (DR. JOSÉ)

“E paciente de primeira vez geralmente quer que se resolva tudo em apenas uma consulta. Não dá.” (DR. JOÃO)

“Às vezes o paciente vem solicitar um exame que encontrou na internet e acredita que é o melhor para o cuidado. Enquanto profissional, tento explicar que não é assim, há um procedimento, protocolo a ser seguido, mas é muito difícil de compreenderem. E ainda falam que o profissional que passou não é bom.” (DRA MARIA)

DR. JOÃO traz a experiência com os alunos e pontua seu papel enquanto preceptor que, na prática pode utilizar diferentes estratégias de matriciamento para auxiliar no processo formativo desses matriciador:

“Eu vejo com os alunos que estão habituados a uma rotina no pensamento e estão preocupados em fechar o diagnóstico, esquecendo de olhar para o paciente, realizar exame clínico. Daí passam a ser encaminhadores. Observo que têm muita pressa.” (DR. JOÃO)

“Conversamos com eles que precisam ir do mais simples para o mais complicado.” (DRA MARIA)

Enquanto abordamos o processo formativo dos internos que passam pela unidade, os profissionais também retomam elementos da própria formação, lembrando, inclusive a implantação do PSF:

“Há 03 anos fiz um curso para entender o acompanhamento a ser realizado com os internos, foi no Sírio. Todos que ministraram o curso eram médicos de família que fizeram residência nessa especialidade. Tinha apenas eu e mais uns dois ou três médicos especialistas e me senti deslocado nesse primeiro momento, mas foi muito bacana porque eles viram experiências diferentes já que eles trilharam o caminho desde a faculdade para a medicina de família, inclusive alguns com experiência que começam essa aproximação desde o primeiro ano da formação. Bem diferente de mim, que sou um pediatra com formação tradicional.” (DR. JOÃO)

“Não sei você, mas na época que me formei não tinha Medicina de Família na faculdade. Na verdade não tinha essa especialidade no Brasil. PSF nasceu depois que me formei.” (DRA MARIA)

“Na época era Medicina Sanitária.” (DRA MARIA e DR. JOÃO)

“O pessoal conhecido da época está na Escola Paulista atualmente (UNIFESP), que é o Choro, ele é da minha época. Eu sou do ABC e ele é de Santos e se formou em Medicina Sanitária, inclusive ajudou muito na formação do curso e está ligado ao Ministério da Saúde.” (DR. JOÃO)

“Na minha época havia uma valorização das especialidades.” (DRA MARIA)

“Ainda tem né?!” (DR. JOÃO)

“E a grande maioria que vemos é médico que está estudando para residência de outras especialidades, mas atua como médico no PSF enquanto não passam. Depois saem do PSF. Isso é muito comum. Por isso há um rodízio tão frequente de profissionais.” (DRA MARIA)

“Infelizmente acontece em todo lugar. Em Cuba também é assim. A especialidade é Medicina Geral e Integral, não se entende essa formação como especialidade.” (DR. JOSÉ)

“Aqui também não se considera Médico de Família como especialista. Eu fiz especialização na Bahia e na Unifesp e não nos consideram especialistas. Somos chamados de generalistas.” (DRA MARIA)

Quanto à terminologia generalista x médico de família sob o olhar dos profissionais:

“Eu acho que a diferença é na cabeça das pessoas, não na nossa. O que escutamos é uma associação com ‘nós fazemos de tudo’. Tem gente que nem sabe o que é o médico de família. Quando as pessoas me perguntam tento explicar, mas parecem não querer entender. Nos associam com os médicos de antigamente que que cuidavam da família inteira.” (DRA MARIA)

“Inclusive colegas de trabalho não sabem o que é nossa especialidade.” (DRA MARIA)

Questiono se os profissionais identificam que essa falta de entendimento gera dificuldades no cotidiano, seja entre a equipe, seja diante da população, afinal, resgato em minhas memórias o quanto os usuários questionam o agendamento com o generalista e não mais com os especialistas que estão na unidade:

“Na realidade quando você implanta uma unidade de Saúde da Família no território e a população não foi orientada, acaba não aceitando ou não entendendo o que é o PSF. Quando eu comecei em outro Estado, eram realizadas oficinas com a comunidade. Os profissionais que iam trabalhar no serviço conheciam a área, participávamos das oficinas para nos apresentar e ensinar para a população o que é o PSF, quem é o médico de família. A equipe permanecia duas semanas na área trabalhando a comunidade, entendendo as demandas. Então, acho que em muitos locais já começa errado. ‘Joga-se’ o PSF no local e a comunidade nem sabe o que é.” (DRA MARIA)

Já caminhando para o término da roda, a questão do tempo é trazida como um dificultador dos processos, inclusive de encontro entre os profissionais:

“Às vezes brinco com DRA MARIA e pergunto se ainda trabalha aqui” (DR. JOÃO)

“Isso porque nossos consultórios ficam um ao lado do outro. Às vezes nos falamos bom dia e só.” (DRA MARIA)

“Eu atendo 16 pacientes por período e quando chega alguma criança no acolhimento principalmente em horário que a pediatra não está na unidade, eu tenho que atender.” (DR. JOÃO)

Esse primeiro encontro da pesquisa é finalizado, estando eu preocupada com as ausências dos profissionais durante a roda por considerar que impactam na dinâmica, mas compreendo o cotidiano do serviço.

6.7. Relato 2º Encontro UBS 02

A roda de conversa anterior é retomada ao relembrarmos a trajetória formativa e de atuação dos participantes até passarmos para conversa sobre a organização do processo de trabalho na unidade em que estão atuando.

Vale ressaltar que nesta data estava ocorrendo a despedida de DR. JOSÉ devido ao encerramento do contrato do Programa Mais Médicos e, por isso, o encontro durou cerca de 40 minutos.

Início a roda retomando uma fala de DRA MARIA do encontro anterior onde pontuou que há coisas no município que precisam melhorar, mas existem coisas muito bacanas acontecendo. Daí a proposta de utilizarmos essa roda para aprofundarmos sobre o PSF proposto pela gestão. E logo sou capturada por falas que me remetem à possíveis posturas dos profissionais no serviço e a implicação com o processo de trabalho.

“Quando cheguei as coisas aqui já estavam organizadas.” (DR. JOSÉ)

“Quando cheguei no município esse sistema de matriciamento já estava implantado, acredito que DR. JOÃO tenha maior propriedade para apresentar o processo inicial.” (DRA MARIA)

“Como conversamos no encontro passado, iniciei aqui como pediatra e depois passei para o PSF, então peguei desde o comecinho. Era outro gerente aqui na unidade e a gestão tinha todo o projeto que foi apresentado para todos os profissionais da UBS. A divisão em equipes, ter enfermeiro, médico e os ACS e foi explicando... foi na época que estava reformando o prédio aqui, estávamos em um local alugado... então foi tudo meio provisório. O que foi interessante é que tinha o projeto, mas a gente tinha que montar junto. Apesar do que já está pronto, a gente tinha que participar do como vamos fazer? Como vamos montar a equipe? Como a equipe vai atuar? Então achei legal isso porque não foi ‘tá aqui, vai lá e faz’, não, a gente vai ter que montar junto. Fizemos diversas reuniões até chegar e adequar conforme a equipe e conforme a população porque cada bairro é uma população diferente, então teve que se adequar a tudo isso. Viemos conhecer como era o espaço físico da nova unidade, então ficou legal porque tivemos todas essas etapas: a parte da estrutura física, depois viemos conhecer as ruas do bairro pra saber como funciona e fomos construindo tudo. Conhecer os locais públicos, como as praças, a biblioteca... então tudo isso foi interessante. Depois a gente tinha a Reunião Geral e fazia a construção ‘o que precisa modificar, o que precisa melhorar?’ e foi legal porque começou tudo do zero. Os prontuários dos pacientes foram levados para o local em que ficamos enquanto aqui era reformado, então a gente já sabia todos os pacientes que tivemos que separar por equipe. Nós que fizemos tudo isso do começo, então já sabíamos os pacientes que atenderíamos” (DR. JOÃO)

“Antes de começarmos veio o secretário de saúde e enfatizou a forma de funcionamento do PSF Ampliado. Ele já trabalhava no Ministério da Saúde, então já tinha essa formação. E ele trouxe aqui para São Bernardo, então a ideia foi dele e ele foi passando para os gerentes e eles replicando para os profissionais.” (DR. JOÃO)

Frente aos elementos apresentados, pergunto aos participantes qual a percepção e vivência da proposta no cotidiano:

“As coisas foram evoluindo e se modificando... falando da minha equipe, por exemplo, fomos juntando experiências. Então a minha formação é em pediatria, eu fui fazer o curso [Especialização em Saúde da Família ofertada pelo município], revisar diversas coisas, foi 1 ano e 6 meses lá na faculdade pra entender a ESF... todos participaram. Os matriciadores também participaram, os outros generalistas na época também participaram. DR. JOSÉ chegou na unidade quando estávamos no finalzinho desse curso. Aproveitamos o que já tinha, então, os ginecologistas já estavam aqui, então vamos aproveitá-los para treinar quem não tem tanta experiência em ginecologia, como eu tenho essa formação em pediatria, eu ajudava. E fomos

juntando... Da parte de clínica geral, a médica também foi participando para matricular. E aí foram trocando as pessoas né?! Foram chegando outros... houve uma rotatividade de médicos, se não me engano antes de DR. JOSÉ chegar outros 02 ou 03 passaram pela equipe... só teve 01 que ficou por mais tempo e ele era clínico geral, não era médico de família mas também se adaptou e participou desse processo. Hoje já está em um outro passo, conseguimos dar outro passo maior!” (DR. JOÃO)

“Aqui tivemos uma situação que favoreceu esse processo de matriciamento porque na época da reforma do prédio fomos para um local muito pequeno e não dava pra atender muita gente e fomos aproveitando para atender junto... O ginecologista realizava atendimento e eu ficava com ele, da mesma forma com o clínico geral e assim íamos revezando. Como não tinha pediatra, eles ficavam comigo, então fomos nos adaptando. Quando chegamos aqui no prédio ficou mais fácil, porque já havíamos passado por esses estágios e estávamos adaptados e ainda teve o curso, onde fomos aprimorando... discutindo casos...” (DR. JOÃO)

“Não é que não precisamos mais dos matriciadores. É que já evoluímos, entendemos como funciona, entendemos a população. Eles participam, mas já não é mais como era antes. Antes era mais complicado. E pra mim também... porque eu só fazia pediatria e revisar tudo de novo, lembrar como é... é um aprendizado. Então acho que foi essa modificação. Eu acredito que evoluiu bastante.” (DR. JOÃO)

“Quando cheguei já estava tudo praticamente organizado, eu gostei muito dessa experiência do matriciamento, porque onde trabalhava tínhamos apenas matriciamento em saúde mental e aqui temos diversos, o que ajuda muito no dia a dia para o manejo com o paciente. Eu gostei bastante. Isso é bom. Acho que o matriciamento veio para somar na prática do PSF. E observar o progresso do paciente é um estímulo.” (DRA MARIA)

“Por exemplo, atendi um paciente que procurou o serviço especializado de saúde mental e passou em consulta comigo chorando muito. Marcamos para ele a consulta compartilhada com psiquiatra e psicóloga e eu para acompanhá-lo mais de perto e hoje está muito bem. Utiliza a medicação de forma adequada e estamos vendo a evolução da situação. Com essa proposta conseguimos uma resolutividade muito maior do que se não tivesse.” (DRA MARIA)

“O que eu noto é que fazíamos mais reuniões, inclusive em outros serviços como no CAPS, CAISM. Mas vejo que a Saúde da Família, pelo menos aqui em São Bernardo, está alcançando bons resultados e avalio que os matriciamentos são positivos,

em específico em Psiquiatria, Pneumologia. Inclusive quando converso com colegas que estão em outros municípios e pergunto sobre matriciamento, muitos me perguntam o que é. Então, vejo que aqui funciona bem.” (DR. JOSÉ)

“Com o desenho que temos nessa unidade o modelo do município está funcionando.” (DRA MARIA)

Diante do apresentado, trazemos para a roda quais as possibilidades de parcerias entre os profissionais que atuam na unidade considerando a perspectiva do cuidado integral em uma UBS:

“O contato que temos aqui com os matriciadores e com os colegas é muito bom. Se temos dúvida, se ocorre algum problema perguntamos uns aos outros, sem problema nenhum. A gente troca figurinhas. Trocamos ideias sem problema nenhum. Se não sei alguma coisa, pergunto para DR. JOSÉ e DR. JOÃO sem problema nenhum.” (DRA MARIA)

“Estava até aqui pensando... quando os alunos começaram, principalmente as enfermeiras falavam que eles vinham para atrapalhar. E agora estão entendendo que é o contrário, eles viera, para ajudar. E ajudam em muita coisa. Estão diminuindo o trabalho de todo mundo. O retorno é grande. O quanto eu aprendo com eles. E pra mim fica a riqueza da troca. Sou matriciador e matriciado por eles” (DR. JOÃO)

“Eles têm dúvida e perguntam, isso nos coloca para pensar também.” (DRA MARIA)

Assim como no encontro anterior, a questão da falta de tempo retorna enquanto fala do grupo, principalmente ao abordarmos a organização do cotidiano do trabalho.

“O que eu sinto falta, que eu sempre falo é que a gente não tem muito tempo. Eu chego às 8:00 e saio às 17:00 e atendo muitas pessoas. Falta tempo para podermos sentar com calma e conversar.” (DR. JOÃO)

“É, está faltando tempo até para planejar algumas ações. Não consigo fazer grupo, às vezes tem algum caso que queremos estudar, mas não dá tempo, então precisamos organizar bem isso, pensar. Senão aqui vai acabar virando um pronto socorro. Já é mais ou menos assim. A população não quer ir para a UPA, querem passar aqui. Precisamos planejar para resolver coisas entre todos os profissionais. Nossa, quanta coisa a farmacêutica pode nos ajudar...” (DRA MARIA)

“É uma insatisfação dos profissionais. Falta tempo para fazer mais. Sentar e poder ajudar no planejamento das próprias ações. Falta tempo para participar de mais grupos, sentar e planejar atividades que seriam muito melhores.” (DRA MARIA)

E quando pergunto se de fato tempo é o problema... Se proteger o momento é suficiente para que o planejamento ocorra:

“Acho que muitas vezes é falta de tempo. A correria que ficamos aqui atrapalha. Eu acho que protegendo um momento haverá uma produção. É uma questão de parceria, ninguém trabalha sozinho. É uma equipe. Com certeza garantir o tempo ajuda muito e possibilita que o trabalho seja realizado de forma bem melhor.” (DRA MARIA)

“Com certeza.” (DR. JOSÉ)

“O que eu percebi de diferença da gestão anterior para essa é que na anterior o paciente podia tudo, aí ficou bagunçado. Agora estão começando a cortar algumas coisas. Está mais organizado. Porque às vezes o paciente não entende que não dá pra fazer aquilo naquela hora, aí ia lá, reclamava para o gerente e ele falava ‘faça’. Agora já estão filtrando mais. Estão explicando o fluxo. Por isso é importante ocorrerem essas reuniões para acertarmos essas coisas e termos a mesma fala e com propriedade. Se a equipe não está afinada no processo de trabalho, o médico passa a ser a única resposta para o paciente. E aí aparece a questão de não termos tempo para mais nada a não ser atender.” (DR. JOÃO)

Percebo que, até pelo fato de ser o último dia de DR. JOSÉ na unidade, o grupo chega a um limite de tolerância com o encontro, então caminho para o encerramento propondo aos participantes quais contribuições gostariam de propor para viabilizar melhorias que identificam necessárias.

“Minha sugestão é manter o trabalho que a equipe conseguiu até agora e está funcionando. Não deixar esse trabalho desfazer, porque é muito fácil para isso acontecer.” (DR. JOSÉ)

“Concordo. É não deixar o trabalho se perder e somar com os matriciamentos, colocar as novas ideias que temos, até porque o gerente nos dá essa abertura. Quando temos ideias legais ele permite a realização.” (DRA MARIA)

“Vamos ver se conseguimos uma continuidade, porque não se se vocês sentem isso... mas sinto que estamos sempre amarrados. Quando parece que as coisas vão caminhar, sai gerente... aí começa tudo de novo... sai outro gerente... e estamos sempre recomeçando. As equipes estão sempre mudando... Então, ficamos amarrados, porque temos que começar tudo de novo... prepara tudo de novo... Os passos que havíamos conseguido avançar, volta tudo de novo... Vamos ver se agora conseguimos uma sequencia para conseguir ampliar o trabalho. E ter um gerente que defende a proposta do PSF é muito legal.” (DR. JOÃO)

Encerramos o encontro. Eu, ainda com diversas questões que gostaria de conversar com o grupo, mas respeitando o momento vivenciado pelo serviço, guardo para uma possível conversa futura.