



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO
DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Louise Lopes Rodrigues

**Satisfações e insatisfações no trabalho de médicos do
Programa Mais Médicos alocados no interior do estado de
São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre(a) em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino

**Botucatu
2019**

Louise Lopes Rodrigues

Satisfações e insatisfações no trabalho de médicos do
Programa Mais Médicos alocados no interior do estado
de São Paulo

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre(a) em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino

Botucatu
2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Rodrigues, Louise Lopes.

Satisfações e insatisfações no trabalho de médicos integrantes do Programa Mais Médicos locados no interior do estado de São Paulo / Louise Lopes Rodrigues. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Eliana Goldfarb Cyrino
Capes: 40602001

1. Satisfação no trabalho. 2. Atenção primária à saúde. 3. Medicina familiar. 4. Consórcios de saúde.

Palavras-chave: Atenção Básica; Insatisfação no trabalho; Médico de Família; Programa Mais Médicos para o Brasil; Satisfação no trabalho.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, profa. Eliana Cyrino, por gentilmente me acolher como orientanda. Obrigada pelos ensinamentos, pela paciência e pelo exemplo de humanização ao enxergar não apenas a Louise aluna, mas considerar todos os demais papéis que exerço!

Aos médicos entrevistados, por se disporem a conversar de forma tão receptiva! A contribuição de vocês foi imprescindível para este trabalho.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. A esta agência, o meu muito obrigado.

Aos meus pais, por serem exemplo e me ensinarem a não desistir, obrigada pelo incentivo e por sempre estarem dispostos a me ajudar. Amo vocês!

Aos meus irmãos Jonas, Estêvão e Lídia, pela amizade, pelas conversas e por me ajudarem a enxergar humor e riso em meio às dificuldades!

Ao Arthur, meu grande companheiro, por estar ao meu lado em mais essa aventura. Obrigada por ser meu suporte e meu porto seguro. Eu te amo!

Ao Benjamin, por me ensinar as verdadeiras prioridades da vida e por me dar o título do qual tanto me orgulho! Mommy loves you!

A Deus, autor da minha vida, por escrever minha história de forma tão bondosa!

“Nunca me deixes esquecer que tudo que tenho, tudo que sou e o que vier a ser vem de Ti,
Senhor”.

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial de Saúde recomenda uma razão de um médico para cada mil habitantes para que a população tenha um adequado acesso à saúde. Apesar de o Brasil possuir um número absoluto satisfatório de médicos, há no país uma distribuição desigual destes profissionais, com carência de médicos em comunidades remotas e vulneráveis, causando um grande impacto no bem-estar da população que ali se encontra e dificultando a universalização da saúde, como prevê os princípios do Sistema Único de Saúde. Diante disso, o Governo Federal criou, em 2013, o Programa Mais Médicos (PMM), com o intuito de suprir de forma emergencial a carência de médicos em regiões de difícil fixação dos mesmos. A literatura considera que o principal fator que leva um trabalhador a deixar uma organização é seu nível de insatisfação com a função que desempenha, o que também se faz verdadeiro na área da saúde. Sendo assim, podemos inferir que a insatisfação laboral do médico da Atenção Básica é um dos motivos da dificuldade de recrutá-los e fixá-los por um período mais longo. Objetivo: Este estudo se propõe a avaliar as satisfações e insatisfações no trabalho de médicos integrantes do PMM no município de Botucatu – SP, cidade universitária com elevado IDH e com razão médico-paciente de 6,25. Metodologia: Trata-se de pesquisa qualitativa, na qual foram feitas oito entrevistas semiestruturadas com médicos do PMM e uma entrevista com gestores da AB no município, as quais foram analisadas e categorizadas. Resultados: foram construídas as seguintes categorias: 1. A visão da ESF; 2. A valorização de uma ESF desvalorizada; 3. Uma rede sem rede; 4. Entre os agendados e os pacientes com queixas agudas: a dificuldade de organizar o trabalho; 5. Bem-vindos porém passageiros; e 6. Nossos momentos de maior satisfação no trabalho. Destacou-se como fontes de insatisfação no trabalho a falta de prestígio do Médico de Família frente aos colegas médicos e pacientes; o grande volume de consultas de queixas agudas, que sequestram tempo de ações preventivas e consultas de rotina; dificuldades de encaminhamento de pacientes e a comunicação precária entre setores primário, secundário

e terciário e a falta de perspectiva de crescimento profissional. Em contrapartida a boa receptividade das equipes e dos pacientes aos médicos do PMM; a construção da boa relação médico-paciente e a constatação de bons resultados diagnósticos e terapêuticos destacaram-se como fontes de satisfação no trabalho. Considerações finais: Observamos que a maioria dos médicos entrevistados foi surpreendida pelos desafios que a Atenção Básica traz, encontrando satisfação na relação médico-paciente porém sem o desejo de continuar trabalhando no setor primário.

Palavras-chave: Satisfação no trabalho. Insatisfação no trabalho. Atenção Básica. Médicos de Família. Programa Mais Médicos.

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization recommends a ratio of one doctor per thousand inhabitants so that the population has adequate access to health. Although Brazil has a satisfactory absolute number of doctors, there is an unequal distribution of these professionals in the country, with a shortage of physicians in remote and vulnerable communities, causing a great impact on the well-being of the population that lives there and making it difficult to make health accessible for everyone, as foreseen by the principles of the Sistema Único de Saúde. Due to that, the Federal Government created in 2013 the More Doctors Program (PMM), with the aim of urgently supplying the shortage of doctors in regions that are difficult to set them down. The literature considers that the main factor that leads a worker to leave an organization is their level of dissatisfaction with the role they play, which is also true in the health field. Thus, we can infer that the dissatisfaction at work of the primary care physician is one of the reasons for the difficulty of recruiting them and fixing them for a longer period. Objective: This study aims to evaluate the satisfactions and dissatisfactions in the work of physicians of the PMM in the city of Botucatu - SP, a city with a renowned University, a high HDI and a physician-patient ratio of 6.25. Methodology: This is a qualitative research, in which eight semi-structured interviews were conducted with PMM physicians and one interview with health managers in the city, which were analyzed and categorized. Results: the following categories were constructed: 1. The vision of the Family Health Strategy; 2. The valuation of a depreciated Family Health Strategy; 3. A network without a network; 4. Among scheduled and patients with acute complaints: the difficulty of organizing the work; 5. Welcome but transient; and 6. Our moments of greater satisfaction at work. It was highlighted as sources of job dissatisfaction the lack of prestige of the Family Doctor before his medical colleagues and patients; the large volume of acute complaints, which hijacks preventive actions and routine appointments;

difficulties in patient referral and poor communication between the primary, secondary and tertiary sectors and the lack of perspective of professional growth. On the other hand, the good reception of the teams and the patients to the PMM physicians; the construction of a good doctor-patient relationship and the confirmation of accurate diagnosis and therapeutic results were highlighted as sources of job satisfaction. Final considerations: We observed that most physicians interviewed were astonished by the challenges that Basic Care brings, finding satisfaction in the doctor-patient relationship but without the desire to continue working in the primary health sector.

Keywords: Job satisfaction. Job dissatisfaction. Basic Attention. Family Physicians. More Doctors Program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	20
3 METODOLOGIA	21
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1 A Visão da ESF	32
4.2 A valorização de uma ESF desvalorizada	34
4.3 Uma Rede sem rede	38
4.4 Entre os agendados e os pacientes com queixa agudas: a dificuldade de organizar o trabalho	44
4.5 Bem-vindos, porém passageiros	52
4.6 Nossos momentos de maior satisfação no trabalho	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	70
ANEXO 1 Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	70
ANEXO 2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	75
ANEXO 3 Roteiro para entrevista semiestruturada	77
ANEXO 4 Entrevista 1	79
ANEXO 5 Entrevista 2	93
ANEXO 6 Entrevista 3	106
ANEXO 7 Entrevista 4	121
ANEXO 8 Entrevista 5	131
ANEXO 9 Entrevista 6	141
ANEXO 10 Entrevista 7	150
ANEXO 11 Entrevista 8	170
ANEXO 12 Entrevista Gestores	185

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMM – Programa Mais Médicos

PMMB – Projeto Mais Médicos para o Brasil

SUS – Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO

Nasci em Rio Verde, cidade do interior de Goiás, onde morei com minha família durante minha primeira infância. Nos mudamos para Franca, no interior do estado de São Paulo, onde morei até ingressar na faculdade, no ano de 2005, sendo aluna da 43ª turma do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu.

No ano de 2011, logo após ter me graduado, fui remanejada de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família e comecei a trabalhar no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador em Botucatu, onde me deparei com o adoecimento e o sofrimento relacionados ao trabalho diariamente. Ali percebi o grande impacto que o trabalho causa na vida do cidadão e me dei conta do quão comum era o sofrimento dentro do ambiente laboral.

Em 2012 casei-me e após alguns meses me mudei para a grande São Paulo, onde meu marido e eu trabalhamos na Estratégia de Saúde da Família de Diadema, município com 386 mil habitantes¹, violento e com sérios problemas sociais. Deparei-me com uma unidade formada por cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família, mas que por muito tempo trabalhou apenas com dois médicos. Tal cenário era comum no município, a alta rotatividade de médicos era amplamente conhecida pela população, que tinha como discurso que os bons médicos não ficavam muito tempo na rede. Ali vivi os maiores desafios profissionais até o momento, atendíamos emergências graves diariamente, que necessitavam de um atendimento avançado mas que eram conduzidos na Unidade até que o socorro estivesse disponível; a carência da população era marcante e os problemas sociais limitadores; as cobranças da gestão eram frequentes, a produção mensal nunca era satisfatória aos olhos dos superiores apesar de cada médico prestar atendimento a uma média de 40 usuários por dia. Durante os 18 meses que ali estive, trabalhei com duas colegas e tive outros dois afastados por um longo período de tempo

devido problemas de saúde mental agravados pelo trabalho, ocorrendo inclusive um evento de tentativa de suicídio. A equipe trabalhava de forma unida, mas o sofrimento mental era algo presente e o uso de psicotrópicos era extremamente comum entre os funcionários. Estava desacreditada do SUS e da Atenção Básica, a desesperança me acompanhava em cada jornada de trabalho.

Diante desse quadro decidimos, como casal, nos aventurar em um ano sabático fora do país para descansar e repensar nossos projetos, aprimorar uma língua estrangeira e decidir, longe das pressões de colegas, amigos e familiares, que caminho profissional desejávamos trilhar. O tempo distante do Brasil nos foi muito rico, me fez amadurecer e estabelecer prioridades claras na minha vida.

Retornamos e assumi uma equipe de Estratégia de Saúde da Família no interior do Estado de São Paulo, em um município com 38 mil habitantes². A unidade em que iniciei os trabalhos contava com 3 equipes, porém funcionava apenas com um médico há 5 meses, estando uma das equipes sem médico há 8 meses. Trabalhei no município por dois anos e meio e ali percebi que os mesmos problemas da Atenção Básica vividas em um grande centro urbano se repetiam em uma cidade pequena e aparentemente menos complexa. No período em que estive na Atenção Básica da cidade a rotatividade de médicos também ocorreu, alguns alegando insatisfação no trabalho, outros buscando uma especialização.

Nesse interim surgiu o Programa Mais Médicos. O fato de o Programa suprir as vagas médicas na Atenção Básica forma emergencial me parecia uma boa ideia, porém efêmera; acreditava que a presença desses médicos era necessária, entretanto me questionava se mudanças realmente seriam feitas para que a origem da dificuldade de se fixar médicos na Atenção Básica fosse genuinamente tratada de forma responsável. Como os médicos do PMM se sentiriam quando submetidos às mesmas dificuldades que colegas e eu enfrentávamos? Como reagiriam

aos percalços da AB? Teriam eles uma visão diferente da Atenção Básica?

Tendo isto, em 2016 busquei a profa. Dra. Eliana Cyrino, com quem trabalhei durante a graduação, e expus meu desejo de estudar o tema e meu interesse no assunto. Ela gentilmente, como sempre, me acolheu e me aceitou como sua orientanda. Desde então venho me aprofundando no assunto e desenvolvendo este projeto.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde recomenda uma razão de um médico para cada mil habitantes para um adequado acesso à saúde pela população. De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), em 2011 o Brasil possuía uma razão de 1,8 médicos por grupo de mil habitantes³. Apesar de um número absoluto acima do recomendado pela OMS, o Brasil possui uma razão de médicos menor que a média dos países da OCDE, que é de 3,2 med/1000hab. Além disso, há no Brasil uma distribuição desigual dos profissionais de saúde⁴, com carência de médicos em comunidades remotas e vulneráveis. Dos 27 estados da Federação, 22 estão abaixo da média nacional de número de médicos por mil habitantes, com destaque para alguns estados do Norte e Nordeste, como Acre, Pará, Amapá, Piauí e Maranhão, que apresentam indicador de menos de 1 médico por mil habitantes⁵, causando um grande impacto no bem-estar da população que ali se encontra e dificultando a universalização da saúde, como prevê os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶.

A distribuição geográfica desigual dos médicos não é um problema encontrado apenas no Brasil⁷⁻⁹, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que 50% da população mundial resida em área rural, com apenas 25% dos profissionais médicos atuando nessas áreas¹⁰. As causas dessa má distribuição dos médicos e carência destes em algumas regiões é multifatorial, sendo influenciada por motivos monetários¹¹⁻¹³; sociais, como oportunidade de trabalho disponível para o cônjuge e boas escolas para filhos¹⁴⁻¹⁶; educacionais, como o local de formação e especialização¹⁷⁻²³, e das condições de trabalho, como acesso a rede hospitalar, exames complementares e uma rede de apoio, entre outros.

Em 2011 o Governo Federal determinou a Atenção Básica à Saúde como prioridade, sendo estabelecidos dez desafios que deveriam ser considerados pelo Ministério da Saúde, conforme

exposto no Quadro 1.

Quadro 1. Dez principais desafios na Atenção Básica à Saúde, Brasil, 2014²⁴

1. Financiamento insuficiente da Atenção Básica.
2. Infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde (UBS).
3. Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e na atenção à saúde.
4. Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis.
5. Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado.
6. Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais.
7. Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão.
8. Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores.
9. Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica.
10. Importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica com os usuários e de estimular a participação da sociedade

Frente a esse problema, táticas de longo, médio e curto prazos vêm sendo instituídas pelo governo através da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) para solucionar cada um dos problemas identificados.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi introduzido no Brasil em julho de 2013 por meio da Medida Provisória nº 621, sendo convertida a lei 12.871 em 22 de outubro de 2013²⁵⁻²⁶, como parte de uma série de medidas que objetivam atuar nos seguintes desafios: déficit de provimento de profissionais médicos; mercado de trabalho predatório e contexto de baixo investimento nos trabalhadores; necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis; infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde; necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com

formação específica para atuação na Atenção Básica²⁷. Como medidas de longo e médio prazos, os Ministérios da Saúde e da Educação vem instituindo reformas curriculares nas escolas médicas. Com as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina, a formação médica passa a ser voltada para a necessidade da população, conforme a demanda do SUS. Além disso, há a ampliação do número de faculdades de medicina e de centros com programas de residência médica em áreas com maior carência desses profissionais, com interiorização das faculdades e descentralização da formação²⁸. Até 2017 estava prevista a criação de 11,5 mil vagas de graduação em medicina, das quais 5088 foram criadas até o ano de 2015; e 12,4 mil vagas de residência médica para formação de especialistas até 2018, sendo 4600 vagas criadas entre 2013 e 2014, com foco na valorização da Atenção Básica, da Estratégia de Saúde da Família e na melhor distribuição do profissional médico. O Ministério da Educação traçou metas para ampliar a quantidade de profissionais, visando chegar ao patamar de 2,7 médicos por mil habitantes em 2026²⁷. Tal meta foi baseada na concentração de médicos encontrada no Reino Unido, país com um sistema de saúde público expressivo como o SUS. Também faz parte do Programa Mais Médicos o investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente nas unidades básicas de saúde, contando para isso com a participação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, através do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).

Como medida de curto prazo, foi instituído o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), criado para suprir de forma emergencial a carência de médicos na Atenção Básica de áreas vulneráveis, periferia de grandes cidades e municípios do interior do país, onde a fixação de profissional médico é dificultada. Através do PMMB, médicos graduados no Brasil e no exterior, brasileiros e estrangeiros, são recrutados para atuar nas áreas com maior necessidade. Até junho de 2015, 18240 médicos nacionais e estrangeiros foram recrutados e contratados para atender 4068 municípios e 34 distritos, os quais se encaixavam em um dos seis perfis de

vulnerabilidade (Quadro 2)²⁹.

Quadro 2 Perfis dos municípios e localidades participando do Projeto Mais Médicos para o Brasil, Brasil, 2015.

Perfil do município
P1. Capital: 26 municípios que são capitais de seus estados e o Distrito Federal.
P2. Região Metropolitana: 485 municípios situados em Regiões Metropolitanas.
P3. G100: 100 Municípios com mais de 80 mil habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública per capita e alta vulnerabilidade social de seus habitantes (G100)
P4. Perfil de pobreza: municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).
P5. DSEI: 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (DSEI/SESAI/MS).
P6. Demais localidades: municípios não caracterizados pelos perfis anteriores.

O eixo de provimento emergencial de médicos do Programa Mais Médicos foi amplamente criticado³⁰⁻³⁵, uma vez que, a priori, não soluciona a alta rotatividade e dificuldade de fixação do profissional médico nas localidades mais vulneráveis, tratando-se apenas de uma medida provisória para suprir a carência destes profissionais.

Além das causas já citadas como motivo da carência de médicos em algumas regiões, a literatura considera que o principal fator que leva um funcionário a deixar uma organização é seu nível de insatisfação com a função que desempenha³⁶⁻³⁸. Na área da saúde, diversas pesquisas também confirmam essa correlação³⁹⁻⁴⁶, ou seja, a difícil fixação de médicos nessas localidades muito provavelmente está relacionada também a algum nível de insatisfação com o trabalho.

O trabalho do médico na Estratégia de Saúde da Família é abrangente e engloba diversas funções, sendo algumas delas compartilhadas com outros membros da equipe e outras cabíveis apenas ao médico. Listo nos Quadros 3 e 4 as funções do médico da ESF de acordo com a

Política Nacional de Atenção Básica⁴⁷.

Quadro 3 - Atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na ESF, Brasil, 2012.

I	Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
II	Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
III	Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
IV	Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
V	Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
VI	Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando
VII	Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
VIII	Responsabilizar
IX	Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde
X	Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
XI	Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
XII	Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica;

XIII	Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
XIV	Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe;
XV	Participar das atividades de educação permanente;
XVI	Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
XVII	Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
XVIII	Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Quadro 4 - Atribuições específicas do médico da equipe de ESF, Brasil, 2012.

I	Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;
II	Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);
III	Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
IV	Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles;
V	Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
VI	Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; e
VII	Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB.

O processo de trabalho é algo mais complexo e amplo que a lista de “direitos e deveres” do trabalhador. Trata-se da atividade do homem para transformar um objeto sobre o qual atua por meio de um instrumento de trabalho para a produção de produtos, sendo essa transformação subordinada a um determinado fim⁴⁸. Dessa forma, podemos entender o processo de trabalho em saúde como algo que diz respeito ao cotidiano do trabalho em saúde, à prática dos profissionais de saúde no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Temos então

as necessidades humanas de saúde como o objeto sobre o qual incide as ações do trabalhador da área de saúde, o qual se utiliza de instrumentos materiais, como equipamentos, materiais de consumo, medicações e instalações; e instrumentos não-materiais, que são os saberes desse trabalhador; com o fim de alcançar o bem estar, cura e promoção de saúde dos usuários⁴⁹. Merhy (1997)⁵⁰ chama o trabalho em saúde de “trabalho vivo”, destacando ser fundamental considerar o trabalho em saúde como relacional, isso porque antes de serem trabalhadores, os profissionais da saúde são sujeitos vulneráveis à subjetividade, à historicidade e aos contextos da corporação a que pertencem, fazendo do seu trabalho uma interação entre seres humanos distintos, cujos objetivos e metas nem sempre coincidem.

A satisfação no trabalho depende de uma boa condição laboral, englobando as variáveis do comportamento, do ambiente e da organização, sendo necessário encontrar um equilíbrio entre o interesse da organização e dos trabalhadores.

Vários pesquisadores já estudaram e definiram, de distintas formas, o que vem a ser satisfação no trabalho. Locke definiu em 1969 satisfação no trabalho como um estado emocional positivo ou de prazer resultantes da experiência laboral do indivíduo⁵¹. Para Hirschfield (2000)⁵², satisfação no trabalho é algo amplo e se relaciona à sensação de prazer em estar no ambiente de trabalho, em realizar suas atividades laborais e sentir-se recompensado pelo esforço e dedicação despendidos. Sabemos que trabalhadores satisfeitos tendem a ter um maior compromisso com seu trabalho, são mais participativos e efetivos nas atividades laborais e estão menos propensos a deixar seu emprego⁵³. Sendo assim, podemos inferir que a insatisfação laboral do médico da Atenção Básica é um dos motivos da dificuldade de recrutá-los e fixá-los por um período mais longo em áreas vulneráveis⁵⁴. Tal rotatividade dificulta o estabelecimento de vínculo com os demais membros da equipe de saúde, prejudica a relação médico-paciente, gera despesa e é contraproducente⁵⁵⁻⁵⁷.

De acordo com a Teoria de Herzberg, a satisfação no trabalho está relacionada a fatores intrínsecos e extrínsecos⁵⁸⁻⁵⁹. Como fatores extrínsecos, também chamados de higiênicos, temos variáveis como os benefícios sociais, a organização do trabalho, as condições físicas e ambientais de trabalho, as políticas e diretrizes do regimento interno da empresa, o tipo de chefia ou supervisão, a segurança, os relacionamentos interpessoais, o status e a remuneração; são fatores encontrados no ambiente no qual o trabalhador está inserido. Como fatores intrínsecos, também nomeados de motivacionais, podemos citar variáveis como sensação de reconhecimento, autonomia no trabalho e prestígio; são fatores próprios e íntimos de cada indivíduo⁶⁰.

Tendo o exposto, entendemos que o local de trabalho dos médicos integrantes do Programa Mais Médicos fica, na grande maioria das vezes, em área vulnerável e de difícil fixação de profissional e que devemos realizar estudos para compreender melhor sobre o nível de satisfação e insatisfação no trabalho nestes locais⁶¹.

2. OBJETIVOS

Identificar e avaliar as satisfações e insatisfações no trabalho de médicos integrantes do Programa Mais Médicos na cidade de Botucatu.

3. METODOLOGIA

Optamos pelo método qualitativo pois entendemos tratar-se de pesquisa envolvendo histórias de vida, sentimentos, valores e experiências de pessoas inseridas em um ambiente dinâmico e instável, influenciado pela cultura, a economia, os fatores sociais e históricos, com o qual os médicos estabelecem uma relação própria e singular. Sendo assim, o objeto de estudo e o objetivo da pesquisa não estariam passíveis de generalizações ou inferências, já que são de difícil interpretação e reprodução por se tratar da análise de expressões humanas.

“O método qualitativo é adequado aos estudos da história, das representações e crenças, das relações, das percepções e opiniões, ou seja, dos produtos das interpretações que os humanos fazem durante suas vidas, da forma como constroem seus artefatos materiais e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2008)⁶²

De acordo com Minayo (2008)⁶², os métodos quantitativos têm o objetivo de mostrar dados, indicadores e tendências observáveis, ou produzir modelos teóricos abstratos com elevada aplicabilidade prática, evidenciando a regularidade dos fenômenos. Na pesquisa qualitativa, o pesquisador objetiva aprofundar-se na compreensão do objeto em estudo – ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente ou contexto social –, interpretando-os segundo a perspectiva dos próprios sujeitos que participam da situação, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito⁶³.

Foi utilizada a entrevista semiestruturada para a coleta de dados. Trata-se de uma oportunidade de conversa face a face, utilizada para “mapear e compreender o mundo da vida dos respondentes, fornecendo uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações”, sempre buscando a melhor compreensão do assunto em estudo⁶⁴.

Como vantagens da entrevista como método de coleta de dados, podemos citar a possibilidade

de maior flexibilidade do entrevistador, que pode repetir ou modificar seu questionamento até ser compreendido pelo entrevistado, e ao entrevistado, que pode oferecer maior riqueza em suas respostas, permitindo ao pesquisador registrar não só as falas, mas as reações, gestos dos entrevistados, entonação, mímicas, etc; permite alcançar mais precisão e profundidade quando se busca significados e representações; melhor oportunidade para o entrevistador garantir um clima de cordialidade e de disponibilidade em cooperar com a pesquisa, principalmente se comparado com o questionário. Como desvantagens, temos a possível dificuldade de comunicação tanto do entrevistador quando do entrevistado, que podem tornar a entrevista um instrumento nulo ou de pouco valor na pesquisa; exige melhor capacitação ou treinamento do entrevistador; o entrevistado pode ser influenciado pelo entrevistador; temor do entrevistado quanto à falta de sigilo sobre seu depoimento; demanda maior tempo do entrevistador; dificuldades para ser realizada em função de restrições por parte do entrevistado (agenda, disponibilidade, confiança, vontade de cooperar); exige mais esforço e tempo na análise dos dados coletados, principalmente se comparada ao questionário⁶⁵.

O roteiro para entrevista semiestruturada foi elaborado pela pesquisadora com auxílio da orientadora, sendo posteriormente apresentado para discussão e análise em reunião do grupo de pesquisa Desenvolvimento de Tecnologia em Atenção Primária à Saúde, sendo revisado e reformulado conforme conveniência e objetivos da pesquisa. Lembramos que na entrevista semiestruturada o roteiro pode possuir perguntas fechadas, mas possui principalmente perguntas abertas, garantindo ao entrevistado a possibilidade de falar mais livremente sobre o tema proposto., assim, como ao entrevistador maior liberdade para adaptar e adequar as perguntas conforme necessidade para obtenção da informação que se busca.

Universo da pesquisa

Todos os médicos do Programa Mais Médicos que estavam atuando no programa no período de

agosto de 2017 a outubro de 2018, no município de Botucatu, que totalizaram dez sujeitos.

Todos os médicos do Programa Mais Médicos alocados no município de Botucatu foram contatados via mensagem eletrônica, um deles não respondeu às mensagens e outro não encontrou data para a realização da entrevista, sendo agendado entrevista com 80% da população em estudo. Após a resposta positiva ao convite, foi feito contato telefônico para os devidos esclarecimentos necessários e agendamento do encontro. As entrevistas semiestruturadas ocorreram nas Unidades de Saúde onde os médicos prestavam serviço, via de regra ao final do horário de atendimentos, ocorrendo no final da manhã ou no final da tarde. As entrevistas com os médicos somaram 334 minutos, com uma média de 41 minutos de duração de cada entrevista, sendo a mais breve de 29 minutos e a mais longa de 83 minutos. Os dados sociodemográficos foram colhidos através de questionário no início da entrevista, quando uma breve história de vida pessoal e laboral foi levantada, seguida por perguntas que visam trazer ao conhecimento da pesquisadora a percepção da qualidade de vida no trabalho, sensação de satisfação no trabalho, fatores intrínsecos e extrínsecos que facilitam ou dificultam o trabalho. Todas as entrevistas foram áudio gravadas com posterior transcrição para adequada análise do discurso; além disso, anotações durante a entrevista foram feitas pela pesquisadora conforme conveniência e/ou necessidade. As entrevistas ocorreram buscando alcançar volume e riqueza de informações para que o objeto em estudo fosse compreendido⁶⁶.

A coleta de dados ocorreu de agosto de 2017 a outubro de 2018. Os dados coletados foram ordenados e organizados de modo a possibilitar a compreensão do material trazido do campo, trata-se da pré-análise. Em seguida, fez-se a tipificação de todo o conteúdo, com extensa exploração do material, surgindo então as categorias temáticas ou unidades de sentido, que após adequada interpretação balizada pela literatura nacional e internacional, levou a uma elaboração teórica, com tratamento dos resultados e subsequente interpretação e inferência por parte da pesquisadora⁶⁷.

Após extensa análise do conteúdo das entrevistas dos médicos, foi feita uma entrevista semiestruturada com três gestores da Atenção Básica, visando entender o ponto de vista da administração do município quanto aos pontos fortes e fracos da Atenção Primária em Botucatu e quais estratégias estão sendo usadas visando a melhora de eventuais fragilidades que possam estar trazendo insatisfação laboral. A entrevista ocorreu na Secretaria de Saúde e teve duração de 71 minutos.

Todas as entrevistas foram realizadas por mim, autora deste texto. Graduada em medicina em 2010 pela Faculdade de Medicina de Botucatu, trabalhei por cinco anos na Atenção Primária em três municípios do estado de São Paulo. O interesse pelo estudo de satisfações e insatisfações dentro do trabalho na Atenção Básica é resultado da minha experiência dentro das Unidades de Saúde, pela minha percepção diária enquanto na Atenção Básica, minhas alegrias e frustrações no trabalho e através de diálogos informais com colegas da área da saúde. Devo destacar aqui que, apesar de lutar pela imparcialidade e profissionalismo, por se tratar de um estudo qualitativo minha história e experiências podem ter se tornado um viés. Para evitar que isso ocorresse as entrevistas seguiam um roteiro pré-determinado, redigido por mim e discutido em grupo de pesquisa, com revisão da orientadora⁶⁸.

O projeto foi submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu em 8 de agosto de 2017, sendo aprovado em setembro do mesmo ano, parecer número 2.257.806 (Anexo 1).

As entrevistas só ocorreram após os participantes serem esclarecidos sobre o assunto e firmarem um termo de consentimento livre (Anexo 2).

Nos resultados os médicos foram identificados como M1 a M8, os gestores como G1, G2 e G3 e a entrevistadora como P.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

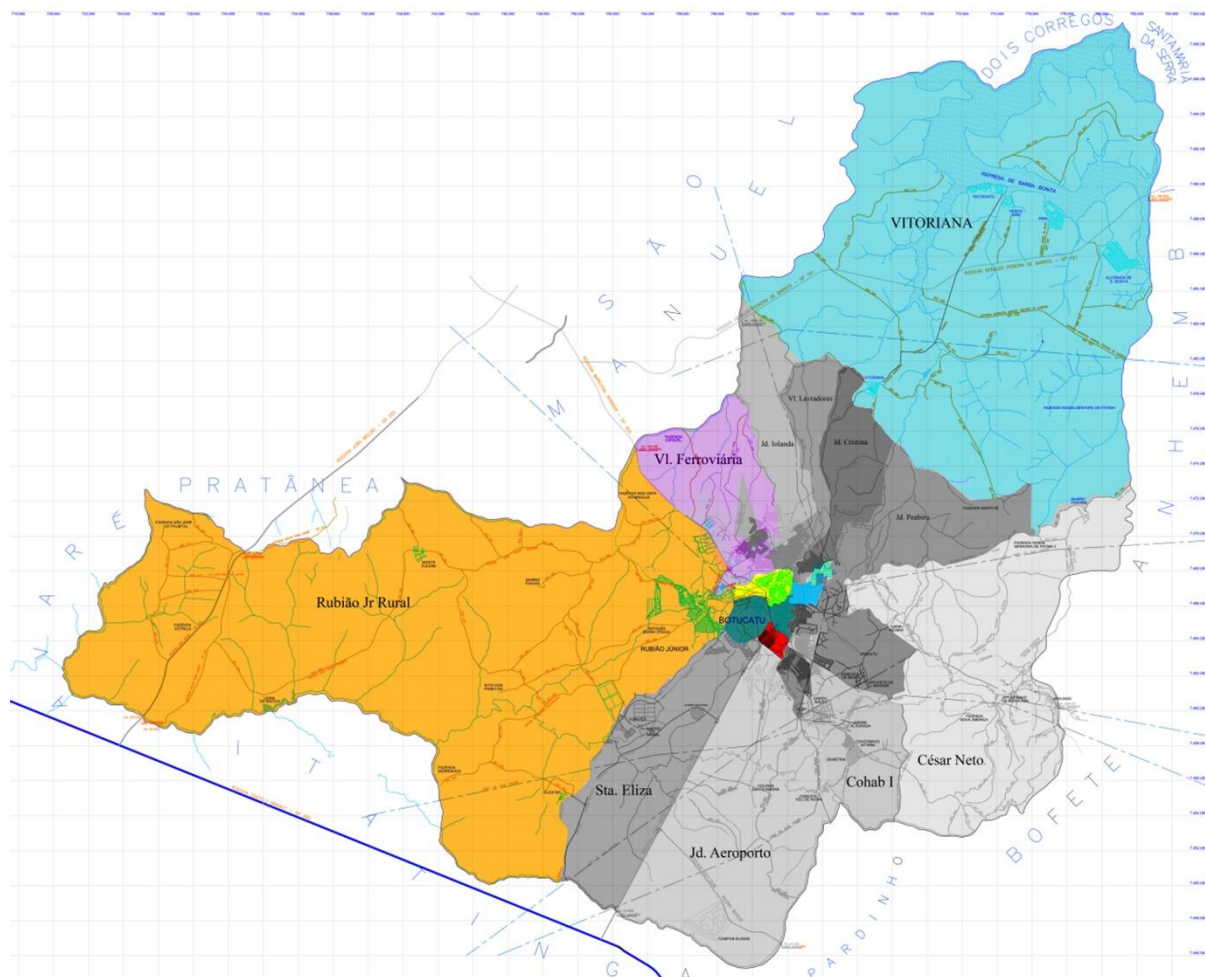
Localizada a 235km da capital do Estado, Botucatu possui uma extensão territorial de 1 482,874Km², população de 144820 habitantes e densidade demográfica de 85,88 hab/km² ⁶⁹. Com um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,8, considerado muito alto ⁷⁰, a cidade abriga dois campi da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, a Unesp, que possui faculdades de Biociências, Ciências Agronômicas, Medicina Veterinária e Zootecnia e a Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), esta última oferecendo cursos de graduação em Medicina Humana, com 90 vagas, e Enfermagem, que oferece 30 vagas. Juntos, reúnem 299 docentes e 255 servidores. A FMB oferece ainda 39 programas de residência médica, recebendo 419 residentes; 52 programas de aprimoramento profissional, destinado a formação de profissionais não-médicos, possuindo 80 aprimorandos. Possui também 10 programas de pós-graduação strictu sensu ⁷¹.

De acordo com o Portal da Demografia Médica ⁷², em 2016 Botucatu era o segundo município do estado de São Paulo com maior razão de médicos por habitante, com 6,45 médicos por mil habitantes. A presença da Faculdade de Medicina de Botucatu inflaciona essa razão, sem necessariamente causar impacto na Atenção Básica, mas o fato de uma cidade com 899 médicos ter dificuldade para fixar profissionais em suas Unidades Básicas de Saúde deve nos fazer refletir.

O município em estudo possui quinze Equipes de Saúde da Família, alocadas em doze Unidades de Saúde da Família. Também faz parte da Rede Básica municipal quatro Unidades Básicas de Saúde de modelo tradicional, que atendem nas clínicas básicas; dois Centros de Saúde Escola, em modelo tradicional, atendendo nas clínicas básicas e: Saúde Mental, Programa de Controle de Tabagismo, Programa de eliminação da Hanseníase (regional), Programa de controle da

Tuberculose (regional), Programa de Oftalmologia Sanitária (saúde do escolar), Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS, Nutrição em atenção primária, Acupuntura, Fisioterapia, Ambulatório de Atenção à Saúde do Idoso; duas Policlínicas, com atendimento nas clínicas básicas e um Centro de Especialidades Odontológicas. e o Espaço Saúde Dra. Cecília Magaldi, espaço que agrega vários serviços de saúde: o CAPS I, a Clínica de Diversidades Terapêuticas, a Clínica do Bebê e a Farmácia Municipal⁷³.

Figura 1. Mapa do município de Botucatu com as respectivas áreas de abrangência de cada unidade, com destaque para as unidades com médicos do Programa Mais Médicos durante a coleta de dados, Botucatu, 2010.



A força de trabalho na Atenção Básica é composta por distintos tipos de contrato, havendo trabalhadores com vínculo com a Prefeitura Municipal como servidores públicos estatutários ou com vínculo CLT junto a uma Organização Social ou à Faculdade de Medicina de Botucatu ou com contrato de prestador de serviços como Pessoa Jurídica, além dos médicos do PMM, que possuem vínculo com o Governo Federal. A diversidade de contratos traz problemas como diferença de direitos e deveres a depender da forma de contratação, disparidade de salários e discrepância nas cobranças, muitas vezes gerando desconforto e conflitos intra e/ou inter equipes.

“E outra coisa da remuneração, nós temos muito problema aqui, que é a questão dos médicos com diferentes vínculos, tem o salário da UNI, que agora é Pirangi, o salário da OS, que tende a ser maior, você tem os médicos do Mais Médicos, que se comparado aos médicos da prefeitura também é bom, e você tem o médico que é Unesp, e você tem o médico que é Famesp, e você tem o médico que é PJ. Então você vê que isso gera um conflito. Por exemplo, eu tinha um médico de Saúde da Família que reclamava muito que o Mais Médicos proporcionalmente ganhava mais do que ela, porque ele tinha oito horas de estudo, que ele não podia isso, não podia aquilo, tinha reunião de não sei que lá e ela tinha que trabalhar. Isso porque ela ganhava mais do que o Mais Médicos. Isso também eu acho que gera um certo desconforto, desgaste, né? Isso é uma coisa que reclamam bastante” (G1)

O município de Botucatu aderiu ao Programa Mais Médicos em 2013, possuindo 14 vagas do PMM, com ocupação de 10 médicos no momento da realização do estudo. Uma peculiaridade do município em questão foi a opção, por parte da Secretaria de Saúde, por não receber médicos advindos da cooperação com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), portanto não há na cidade em estudo, médicos cubanos atuando na Atenção Básica.

“(G3): Na época a gente achou que era um tiro na gente mesmo, pegar assim, a gente com uma faculdade e importar médico cubano pra cá. A gente achou que não seria legal, a população não viria com bons olhos. Eu lembro que a gente conversou bastante com o secretário na época, falou para o prefeito:

olha, vamos evitar. Se não tiver, vamos pegar. A gente tem brasileiro formado em Cuba, mas não pegamos cubanos.

(G1): De certa forma carrega um grau de preconceito, né?

(G3): Mais pela população mesmo, como a população gosta de falar aqui, né? Na rádio: ‘Como pode uma faculdade aqui trazer cubano!’ É um desgaste, um desgaste político sem necessidade.

(G2): Desnecessário, porque muitos médicos que trabalham hoje são formados aqui na faculdade de medicina.”

Observamos que decisão por não trabalhar com os médicos cooperados no município foi baseado em um possível desgaste político que isso poderia gerar, tendo em vista a grande polemização junto à mídia, redes sociais e órgãos médicos que ocorreu quanto à cooperação estabelecida com o governo de Cuba.

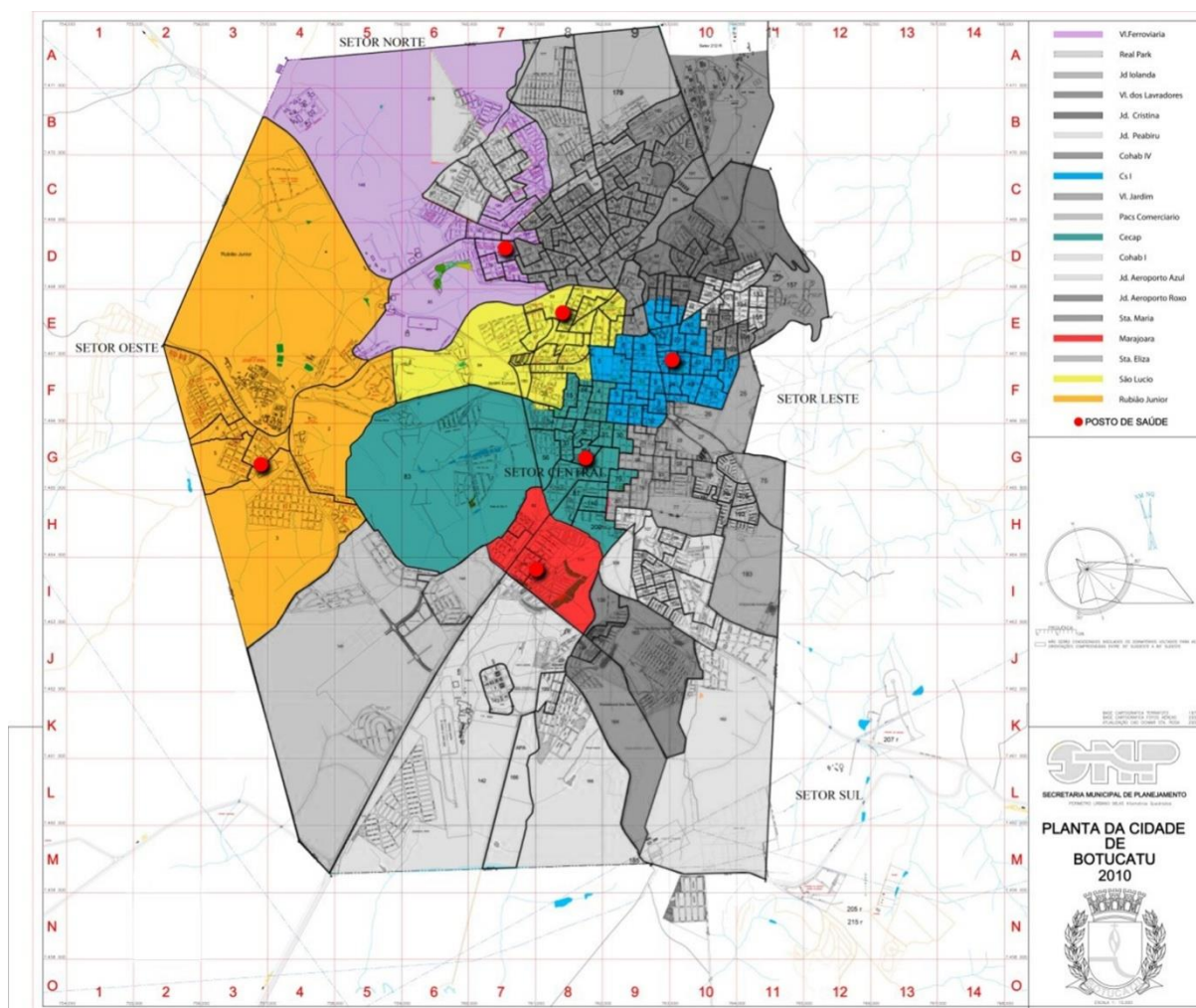
Foram entrevistados oito médicos do Programa Mais Médicos, dos quais quatro eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino. A idade dos entrevistados variava de 25 a 34 anos, com média de idade entre eles de 29,3 anos. Quatro médicos eram solteiros, três casados e um com união estável. Sete deles eram brasileiros, havendo apenas um estrangeiro no grupo, original do Peru. Com relação a formação médica, houve grande heterogeneidade entre os entrevistados: três eram formados no Brasil, um em Cuba, uma na Bolívia, uma na Rússia, um no Peru e um no Paraguai. Um deles se formou em 2008, um em 2014, dois em 2015, três em 2016 e um em 2017. Metade dos entrevistados haviam tido empregos prévios e apenas um deles possuía especialidade. Houve grande variação no tempo de adesão dos médicos ao Programa, sendo o maior e o menor tempo de adesão entre os entrevistados respectivamente de 30 e 3 meses, os demais tinham 20, 16, 13, 12, 6 e 5 meses de adesão.

Quadro 2. Médicos do PMM de uma cidade do interior de São Paulo em relação a dados de identificação,

2017

N	Idade (anos)	Sexo	Estado civil	Nacionalidade	Ano de formação	País de formação	Primeiro emprego	Tempo de adesão ao PMM em meses
1	34	Masculino	Solteiro	Brasileira	2014	Cuba	Sim	30
2	27	Feminino	Casada	Brasileira	2016	Bolívia	Sim	3
3	25	Feminino	Solteira	Brasileira	2016	Brasil	Não	5
4	26	Feminino	Solteira	Brasileira	2017	Rússia	Sim	12
5	28	Feminino	Solteira	Brasileira	2016	Brasil	Não	13
6	33	Masculino	Casado	Brasileira	2015	Paraguai	Sim	20
7	29	Masculino	União estável	Peruana	2015	Peru	Não	6
8	33	Masculino	Casado	Brasileira	2008	Brasil	Não	16

Figura 2. Mapa de Botucatu com a área de abrangência de cada uma das unidades nas quais os médicos foram entrevistados e localização das Unidades, Botucatu, 2010



Observação: Uma unidade com PMM não consta nesse mapa dada a distância em relação a área central do município.

Pôde se observar que os médicos do PMM, no momento de realização da pesquisa estavam trabalhando em unidades localizadas em regiões predominantemente periféricas do município, a maioria de ESF, sendo duas unidades mais centrais e que se caracterizam como unidades tradicionais e 4 unidades periféricas, das quais duas são unidades tradicionais e duas são unidades da Estratégia de Saúde da Família.

A partir da leitura atenta e exaustiva do material das entrevistas, as seguintes categorias temáticas foram construídas:

A Visão da ESF;

A Valorização de uma ESF desvalorizada;

Uma rede sem rede;

Entre os agendados e os pacientes com queixas agudas: a dificuldade de organizar o trabalho;

Bem-vindos, porém passageiros; e

Nossos momentos de maior satisfação no trabalho.

4.1 A Visão da ESF

“Minhas expectativas eram muito grandes e muitas delas foram quebradas.”
(M5)

Estamos todos sujeitos a pré-conceitos e expectativas quando lidamos com algo novo e inusitado, com os médicos do PMM não é diferente. Os entrevistados vieram de vivências heterogêneas, com histórias de vida distintas e experiências prévias que faziam com que cada um deles tivesse uma visão do que é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual direcionava a expectativa da experiência que teriam. Aqueles com formação no Brasil tiveram, durante sua graduação, algum contato com o SUS, podendo este ter sido maior ou menor a depender da faculdade de origem, porém os médicos com formação no exterior não tiveram experiência prévia no SUS e alguns deles tiveram pouco ou nenhum contato com a Atenção Básica. Percebemos que ao ter contato com a ESF diariamente os médicos tiveram uma mudança na forma como a enxergam.

“Quando eu me formei eu tinha um pensamento que era tudo as mil maravilhas, que você ia lá e resolver tudo, que o SUS era coisa mais linda no papel. Eu estudei o SUS, é lindo, mas é tudo diferente, é bem diferente do papel.” (M4)

“Eu tinha um parâmetro muito alto sobre como que é a bronca fora, e isso foi

um ponto de choque, assim, tive que ajustar o sarrafo, entender que as coisas são mais complicadas, são mais precárias, os desafios são muito maiores, as coisas são muito mais distantes daquilo que a gente vê nas Políticas, nos Cadernos, nos pesquisadores de Atenção Básica da Saúde Coletiva” (M7)

Observamos nesse discurso a mudança de um pensamento, apenas estudar e ler sobre o SUS e se aprofundar, no campo teórico, para entender os princípios e objetivos do SUS não foi suficiente para preparar os médicos para a vivência diária em um posto de saúde, com toda a complexidade que esse trabalho traz. Visto de fora, o trabalho na Atenção Básica parece mais simples e linear, com soluções óbvias para cada um dos problemas que possam surgir. Até mesmo o nome, “Atenção Básica”, nos leva a essa conclusão precipitada, de que a atenção primária é banal, comum, trivial, simples. Com a prática diária, os médicos puderam perceber que a Atenção Básica na verdade é substancial, complexa e robusta. Não podemos negar a necessidade de a formação médica capacitar de forma mais realista para as necessidades de saúde da população e do sistema de saúde, fazendo com que os egressos sintam-se familiarizados ao SUS, seus desafios e mazelas; o que só poderá ser alcançado com uma vivência intensa na Atenção Primária durante a graduação.

“eu achava que eu ia chegar que eu ia resolver a vida de todo mundo, mas é muito difícil, é difícil demais.” (M4)

Vemos novamente como a realidade no dia a dia pode trazer desafios inesperados, tornando a adaptação nesse trabalho mais demorada e cheia de percalços, fazendo com que o trabalhador tenha que lidar com frustrações, medos e questionamentos durante o processo de trabalho. Tal adaptação ocorre de forma mais ou menos turbulenta de acordo com a resiliência do indivíduo, sua capacidade de reação, sua rede de apoio e experiências semelhantes prévias. Todos os entrevistados lidaram, de uma forma ou de outra, com grandes mudanças em suas vidas, alguns tendo que adaptar-se a uma nova cultura, língua e clima para realizar o sonho de se formar médico. Sendo assim, podemos dizer que apesar de confrontados com dificuldades e desafios,

os médicos do PMM souberam se adaptar e se adequar, utilizando-se de recursos adquiridos em experiências prévias para se ajustar à realidade e lidar com adversidades e o estresse que mudanças e novidades podem gerar.

“[trabalhar no posto de saúde] mudou a minha ideia. Invertendo os papéis, como paciente muitas vezes você chega estressado, querendo ser atendido de uma forma, mas na verdade você não entende o que está acontecendo aqui nos bastidores” (M6)

Notamos também a mudança da visão do que é a Estratégia de Saúde da Família sob a ótica de um médico que antes usava o serviço de saúde como paciente. Entender o processo de trabalho, as burocracias, as dificuldades do dia a dia, a sobrecarga de trabalho e as limitações impostas pelo serviço fizeram com que muitos dos seus questionamentos enquanto paciente fossem respondidos, entendendo talvez alguns aspectos que antes passavam despercebidos. Tal relato nos faz questionar até onde o usuário da UBS entende a logística do sistema e o quão consciente o paciente está quanto às limitações e dificuldades vividas pela equipe de Saúde da Família. Talvez a carência de informação seja o motivo de muitos atritos entre prestadores de serviço e usuários, havendo discordância entre objetivos e expectativas e aquilo que a Equipe pode oferecer de forma concreta. Faz-se elementar um diálogo aberto para que haja compreensão mútua e para que as frustrações e os obstáculos, destes e daqueles, possam ser superados.

4.2 A valorização de uma ESF desvalorizada

“eu tinha vergonha de dizer que eu era médica de Saúde da Família” (M5)

A dificuldade de fixação de médicos na Estratégia de Saúde da Família, como já discutido, tem vários motivos, uma delas é a desvalorização do profissional médico que atua nessa área em contraponto à supervalorização da medicina especializada e tecnológica.

“Aí acabou que eu não passei (na residência), e nada tinha dado certo, e eu fiquei super deprimida, e nunca passou pela minha cabeça que eu ia fazer isso

(Medicina de Família), porque pra mim, eu falei isso pra você, que tem gente que pensa no Médico de Família como menos, eu acho que eu também pensava assim” (M5)

Notamos nesse discurso algo bastante comum dentro de uma faculdade de medicina: pouco se vê alunos almejando a carreira de médicos de saúde da família; aqueles que o fazem em geral tem a empatia pessoal com a saúde pública como seu maior motivador, como mostra GONCALVES *et al* (2009)⁷⁴. Tal realidade é multifatorial e complexa, mas ser considerada por muitos como uma medicina para os menos qualificados é inquestionavelmente um dos motivos. Aprender a lidar com esse pensamento, superar o preconceito existente no meio médico e estar aberto ao que a Medicina de Família pode oferecer é o primeiro passo para se entender a importância de um bom médico de família e enxergar seu impacto na sociedade. Quando isso acontece, o sujeito pode experimentar um sentimento de orgulho e realização pelo trabalho realizado, sensação de dever cumprido e senso de pertencimento e utilidade, porém muitas vezes esse processo requer um certo tempo.

“Tenho medo de falar, dos outros falarem, ‘Nossa essa menina é uma burra’, tipo assim, eu fico às vezes com medo das pessoas falarem alguma coisa. Eu procuro me corrigir, pensar antes de falar, mas uma hora vai sair.” (M3)

A falta de prestígio com a qual os médicos da ESF tem que lidar muitas vezes traz inseguranças e incertezas para dentro da prática clínica, minando a confiança desses profissionais. Aqueles que se formaram em faculdades estrangeiras tem ainda que se adaptar aos termos médicos na língua portuguesa e eventualmente lidar com o preconceito de colegas, sendo um fator a mais para trazer insegurança e medo.

Observamos essa mesma percepção de falta de prestígio na fala dos gestores do município.

“[...] porque a própria universidade, ela não valoriza o profissional da Atenção Básica. O profissional médico que sai, ele sempre sai com um olhar assim ‘quando não deu nada certo você vai pra Atenção Básica’. O que deveria ser o contrário, em países desenvolvidos é o top você estar no básico, pra nós aqui é o inverso.” (G2)

“Acho que é cultural isso, dentre os médicos em tese talvez seja até pejorativo você não ter feito residência, um ultra especialista. Eu sou hemodinamicista, todo mundo fala ‘Nossa, que coisa, fez clínica médica, cardiologia, hemodinâmica’, então existe isso não só no meio médico como da própria população. Isso é importante a gente comentar, nós temos muita queixa da população com relação a ESF que a pessoa mora num bairro com ESF mas quer ser atendida numa clínica, ela quer que o filho dela passe com o pediatra, ela quer passar com ginecologista....” (G1)

“Mas (a formação médica) sempre foi voltada pra formar pessoas pra fazer residência e especialidade. Pelo menos eu, por exemplo, 20 anos de formado, não me lembro de alguém comentar com você de fazer uma especialidade e trabalhar na Atenção Básica. Isso é até desvalorizado, como a gente comentou. E isso que a gente comentou, ahh, não conseguiu passar em cardiologia, ou cirurgia, então ele vai trabalhar no Posto depois vai fazer alguma coisa. Acho que isso tá mudando, mas acho que vai demorar.” (G1)

De acordo com os gestores, a falta de prestígio do médico clínico geral e médico de família junto aos colegas profissionais da área da saúde e frente aos pacientes, associada a baixa valorização do profissional que trabalha na AB, são um dos principais motivos da difícil fixação de médicos nessa área. Percebemos unanimidade com relação ao preconceito que muitos dos médicos de família encaram junto aos colegas de profissão, o que acaba por desestimular a procura de novos profissionais para esta área.

Apesar dessas dificuldades, vimos no discurso de alguns profissionais a mudança na forma como enxergavam o trabalho da ESF, com maior senso de responsabilidade e trabalho em equipe e uma sensação de auto-valorização e importância.

“Ah, hoje em dia eu respeito muito mais os outros profissionais todos, a gente tem uma visão muito limitada do que o médico faz, mas quando você entra no serviço aí você vê como funciona junto, como é importante.” (M1)

Entender o seu papel dentro de uma equipe faz com que o profissional se sinta útil e perceba sua importância e o impacto que suas ações podem trazer para a sociedade daquela comunidade

em que está inserido. Além disso, aprender a trabalhar em equipe e enxergar que o trabalho multiprofissional pode ser mais eficiente e eficaz é de valor ímpar. Vale citar Émile Durkheim, sociólogo francês que discorre sobre a complexidade da vida coletiva, afirmando não ser ela apenas uma imagem ampliada da vida individual, mas um ser distinto, mais complexo e irreduzível às partes que a formam⁷⁵. Quando o trabalho em equipe é valorizado e desenvolvido de forma equilibrada, o resultado da ESF vai além da soma das atividades individuais de cada profissional, com eficiência e eficácia próximas das desejadas e almejadas.

“(P): E qual vocês acham que é o caminho pra isso mudar, eu concordo que é um caminho longo, mas qual é o caminho?”

(G1): Acho que a valorização nas universidades, por exemplo, eu lembro quando me formei, eu sou da 28ª, me formei em 95, você nem ouvia falar em especialização em medicina de família. Acho que isso está mudando, tem muita gente hoje que tem interesse em fazer, procura, por exemplo, o PMM e depois vai fazer medicina de família. A gente precisa dessa valorização

(G2): A própria reforma curricular que tá vindo aí, né? Que 30% da formação médica tem que ser na AB”

Os gestores concordam que mudar a forma como a Atenção Básica é vista exige tempo e investimento, tratando-se de um processo longo e gradual. A reforma curricular das escolas médicas, com cursos voltados para a formação de médicos generalistas, aptos para o serviço na AB e no SUS, foi destacado como instrumento importante para a mudança dessa visão da ESF por parte dos médicos.

Em estudo realizado no mesmo município no ano de 2006, no qual nove médicos da ESF foram entrevistados, todos eles referiram que o curso de graduação em medicina não os preparava e capacitava para o trabalho na Atenção Básica⁷⁴. No atual estudo observamos que a maioria dos entrevistados referiram sentirem-se preparados para o trabalho em uma Unidade Básica com a formação médica que receberam, ou seja, uma mudança já vem ocorrendo nos últimos 13 anos,

com as escolas médicas se adaptando e reformulando seu currículo. É mister que essa mudança continue ocorrendo de forma gradual e constante, a fim de formar profissionais médicos não apenas aptos para o trabalho na AB, mas cientes de sua importância e do impacto que a mesma tem em uma comunidade.

4.3 Uma Rede sem rede

Sabemos que a atenção primária tem como meta solucionar em torno de 80% dos problemas de saúde da população, o que é plausível e executável desde que haja organização e trabalho em equipe. Entretanto, existe uma parcela de casos complexos que exigem exames complementares e a avaliação de um médico especialista.

“É frustrante, a gente fica frustrado mesmo, a gente vê que o negócio não está adiantando. Eu tento bastante essa coisa da faculdade, essa atenção básica, ter que suprir 80%, 90% da demanda, eu me esforço muito pra não ficar encaminhando, mas quando eu encaminho é porque é real” (M1)

Observamos nesse discurso a dificuldade que muitas vezes o médico encontra ao buscar ajuda especializada frente a um caso de maior complexidade. Tendo tentado fazer o que estava ao seu alcance como médico de família, o mesmo procura ajuda na rede, que muitas vezes não responde como esperado.

“(M2): ...você encaminha um paciente, você encaminhou para um especialista é porque já saiu da sua alçada, certo. O tempo vai demorando, paciente continua com a mesma queixa, ele vem vindo e você continua fazendo o que estava fazendo, sai da sua alçada na verdade, e pacientes que vão no especialista e voltam insatisfeitos. Esse é um problema também.

(P): Isso acontece?

(M2): Acontece bastante, ou seja, o que vai para o especialista, não resolve e volta para o clínico”

Além das dificuldades do sistema, os médicos encontram também uma resposta insatisfatória do especialista, seja por relapso do médico que o atendeu e não valorizou sua queixa, seja devido dificuldade para estabelecer um diagnóstico ou tratamento adequados, ou pela expectativa do paciente de ter seu problema solucionado após uma consulta com o médico especialista. Independentemente da causa, o paciente continua em seguimento na UBS.

“(M4): Eu não consigo ter resolução porque é fácil aumentar a Sertralina, é fácil dar Diazepam pra pessoa ficar ali, mas só que por ser uma unidade, uma população vulnerável a tudo, você acaba nadando, nadando e fica à deriva, sem sair do lugar, em termos de saúde mental, porque não tem nada aqui no bairro para fazer um acompanhamento mais intenso para essa população voltada às drogas, a saúde mental tudo é longe para eles então eu tenho pacientes que não vão no CAPS porque não tem passe... Eu vejo que isso não vai ter fim, não tem resolução.

(P): No final das contas eles voltam aqui?

(M4): Todos aqui, nos cobrando, aí a gente cansa.”

Ter que administrar as mesmas queixas de forma repetitiva sem poder oferecer ao paciente uma solução para seu problema é desgastante e frustrante, além de fragilizar a relação médico-paciente. Observamos que o usuário da rede básica às vezes espera do médico e da equipe de Saúde da Família uma resposta que muitas vezes estes não tem. O tratamento medicamentoso é apenas uma parte da terapêutica de várias doenças, às vezes sendo necessário mudanças de hábitos de vida, tratamento não medicamentoso coadjuvante como psicoterapia, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, etc, ajustes em relacionamentos familiares, novos projetos de vida, entre outros. Há casos, ainda, em que paciência e compreensão são fundamentais, já que o controle total da sintomatologia nem sempre é possível. Trabalhar o binômio expectativa versus limitações com o paciente é imprescindível para que o relacionamento com o médico não enfraqueça e o paciente não se frustre.

A burocracia que envolve os encaminhamentos e pedidos de exames de maior complexidade muitas vezes também se coloca como um dos dificultadores no trabalho.

“Volta muito encaminhamento da gente.... às vezes volta por motivo banal”
(M2)

“houve algumas mudanças... então deu uma complicada nos nossos encaminhamentos, precisaram voltar e a gente precisou refazer alguns. E isso também estressa, pelo amor de Deus você faz um anexo, a pessoa espera, você dá a cara a tapa, você diz ‘eu te encaminhei’, aí chega lá na frente volta [o encaminhamento], a pessoa mais de ano na fila.”(M4)

“A dinâmica dos encaminhamentos é bastante irritante, porque assim, a gente já fez um cuidado bastante amplo, aí a gente faz o encaminhamento, e daí tem uma rotina, e demora pra esse encaminhamento ir, e daí a gente acha que as coisas estão indo e de repente três meses depois esse pedido volta e dizem ‘ahhh, faltou você colocar uma urina aqui’. Poxa, a pessoa tá ali, esperando, a gente segura a mão, não fica encaminhando à toa, e fica represando umas coisas que realmente precisaria já estar com apoio do especialista. Então muita coisa tem que ser no jeitinho, no contato direto, tem que advogar o caso” (M7)

Vários dos entrevistados se queixaram não apenas da burocracia para encaminhar pacientes ao especialista, mas também do fato de muitos desses encaminhamentos voltarem a eles para serem refeitos após longo período de espera, colocando-os em situação delicada frente ao paciente, que aguarda pela vaga na consulta especializada ou para o exame de maior complexidade com ansiedade e muitas vezes cobrando do seu médico de referência, que é de fácil acesso no posto de saúde. Foram citados como motivos de retorno dos encaminhamentos letra ilegível, carimbo do médico ilegível, falta de dados referentes a patologia em questão e falta de exames complementares prévios ao encaminhamento.

“[Os encaminhamentos] são lentíssimos, isso é outra aflição também. Tem situações de pessoas, lentíssimos e com a conversa muitas vezes difícil. Hoje mesmo, encaminhei um paciente via Pronto Socorro, teve uma amputação de um dedo por uma ferida que necrosou, um senhor de 78 anos, doença renal

crônica, tabagista, hipertenso. E daí a vascular vai lá, opera e dá alta, assim, tipo, não tem retorno. E a gente fica ali manejando a ferida, essa ferida não vai andando bem, a gente vai tentando ver o que faz. Aí vai, reencaminha ‘Ahhh, sobrou um pedaço de osso que a gente não viu’, faz a cirurgia, tira e manda pro posto com a ferida aberta, daí assim, o cara fala ‘to com dor’, a gente não consegue... Os caras vão mandando pra rede sem critério. Raramente manda contra referência, tem que comemorar quando mandam” (M7)

Novamente, observamos no discurso a insatisfação com a rede de apoio e os médicos especialistas, que atendem os pacientes encaminhados porém não dão respaldo para que o médico da Atenção Básica possa acompanhar esse paciente de forma satisfatória. Vale ressaltar que Botucatu conta com Nasf (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), equipe de matriciamento e com o respaldo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, ou seja, oferta recursos para a Atenção Básica. Apesar disso, os médicos da rede sentem-se isolados e sem apoio do especialista.

Os gestores concordam que o acesso aos especialistas é um dos pontos fracos da AB no município.

“As filas que a gente tem tanto em consulta com especialista, depois em cirurgia eletiva. Pra mim é um dos maiores gargalos que a gente tem hoje. Especialista acho que melhorou um pouco mas acho que tem potencial de melhorar mais com o AME (Ambulatório Médico de Especialidades). O AME ainda está longe de estar funcionando com as 20, 21 especialidades que é a proposta do AME. A última vez que eu vi estava em dez, depois caiu. Oito especialidades no máximo funcionando, então isso causa bastante problema pra gente.

Essas demandas de cirurgia são pacientes que batem com cólica de rim, cálculo de vesícula.

Cirurgia eu acho que é o maior gargalo que a gente tem, nós temos pacientes aí há 3, 5 anos em fila. Os principais são de vesícula, colecistectomia, hérnia, nefrolitíase, litotripsia, hemorróida, amígdala, adenóide, varizes. [...] Cada coisa disso aqui, nós estamos falando de vesícula, 300 pacientes. Varizes, 700, 800, aguardando avaliação e precisando de cirurgia. Cirurgias pediátricas,

urológicas, hidrocele, fimose. Dermato começou a fazer um pouquinho lipoma, coisa simples... Então isso aqui é uma coisa que a gente vem trabalhando bastante com o HC, FMB, com os deputados, no governo do Estado, pra pedir os famigerados 45 milhões que já ficaram até famosos pra colocar o hospital Estadual pra funcionar.”(G1)

Observamos que a dificuldade de encaminhamento e a lentidão com que os pacientes conseguem acesso aos especialistas é um problema conhecido entre os gestores e algo para o qual eles tem buscado soluções, esbarrando muitas vezes em questões políticas, orçamentárias e burocráticas.

A ausência de contra referência por parte das atenções secundária e terciária é ponto comum no discurso dos médicos.

“Outra coisa que eu também acho muito ruim é que não tem contra referência. Ficou internado tantos dias lá e não tem uma carta aqui que vem dizendo o que aconteceu, aí ele [o paciente] conta, mas ele conta, você sabe né.” (M3)

“poderia ter um pouco mais de comunicação entre as equipes” (M6)

Não ter o *feedback* de outros serviços de saúde limita o trabalho do médico de família, dificultando o adequado seguimento do paciente, causando maior morosidade na conclusão de hipóteses diagnósticas e desperdício de dinheiro público. Essa dificuldade de comunicação interprofissional não é algo pontual apenas do município em estudo, podendo ocorrer muitas vezes pelo fato de os profissionais estarem em instituições diferentes e envolver até mesmo o setor privado⁷⁵.

“eu tenho que adivinhar ou pedir o exame tudo de novo.” (M3)

“Às vezes paciente enfarta, vai direto lá pra UCo, né, vai pro PS, vai pra UCo, faz um monte de coisa, aí eles vem pra gente sem nada! Não sei se fez Cat, se não fez Cat, o que que deu, a gente não tem resultado de exame, ou muitas vezes o paciente acompanha aqui e lá, lá eles pedem exame, aí vem pra cá, a gente não tem os exames de lá, não temos acesso, a gente vai ter que pedir

denovo, gasta dinheiro público. Eu fico tão inconformada com isso! Era tão simples mandar uma carta: ‘Querido colega’. Eu acho que é falta de respeito com o médico da UBS e da Estratégia de Saúde da Família. Eles veem o médico da Saúde da Família como um coitado que não conseguiu o que quis, tem gente que pensa isso mesmo! Eu acho uma puta falta de respeito, tem gente que escolheu tá aqui, tá aqui porque gosta, eu adoro tá aqui!” (M5)

Fica aparente a percepção, por parte dos médicos da atenção primária, de uma falta de coleguismo por parte dos especialistas, que não compartilham informações quanto a diagnóstico, exames, condutas e planejamento terapêutico. Tal percepção pode ser real ou não, já que não conhecemos a realidade do médico especialista que não fez a contra-referência. Essa percepção muitas vezes faz com que o médico do PMM se sinta sozinho e desvalorizado. Estabelecer uma via de comunicação eficaz e eficiente enriquece o tratamento do paciente em todas as suas esferas, possibilitando que toda a equipe de saúde envolvida no caso o conheça de forma mais ampla e certa, o que viabiliza um cuidado individualizado e mais preciso, com maiores chances de sucesso.

Quanto a essa comunicação, os gestores concordam que a dificuldade é real, mas não veem solução imediata para o problema.

“(P): Queria só perguntar do prontuário eletrônico, porque uma reclamação é da falta de comunicação que eles tem com o setor secundário e terciário, que não existe uma comunicação fluida entre os setores. O paciente acompanha na Unesp, faz todos os exames lá, eles não tem acesso a esses exames, o médico de lá não manda contra-referência e aí eles pedem tudo denovo, a prefeitura paga tudo de novo. Vai ter esse tipo de comunicação?”

(G1): Isso infelizmente nós não vamos conseguir resolver nesse primeiro momento, porque o HC entende que... é software diferente, né? Eles entendem que como não são funcionários deles. Por exemplo, hoje no CSE tem, acho que dois pontos, a pessoa tem que sair da sala ir lá e acessar, mas porque eles são ligados à FMB, então eles conseguiram isso, até porque o custo disso é bastante significativo. O que deve avançar um pouco que já aconteceu inclusive mas não

é uma forma boa de trabalhar, é a implantação daquele aplicativo do HC que o paciente pode instalar no celular dele e o paciente, por exemplo, se ele estiver em uma consulta no posto de saúde, ele, com usuário e senha do paciente, ele consegue acessar os exames dele no HC e eventualmente mostrar pro médico. Mas assim, nós não conseguimos avançar com o HC com o sistema deles, pra que os nossos médicos da rede tivessem acesso, porque eu acho que isso seria interessante. Acho que isso é difícil”

“Então embora a gente instale o prontuário eletrônico, acho que melhora, mas ainda não vai resolver esse problema dessa comunicação, que gera seguramente muita duplicidade de procedimento, principalmente duplicidade de coleta de exames laboratoriais.” (G1)

O livre acesso dos médicos da Atenção Básica aos exames, consultas e agendamento do paciente nos setores secundário e terciário não está previsto para o município, sendo necessário que outras ferramentas sejam utilizadas para que a comunicação entre setores de saúde seja estabelecida de forma efetiva e fluida, buscando sempre a otimização do tratamento e da promoção em saúde, além da redução de gastos públicos.

4.4 Entre os agendados e os pacientes com queixas agudas: a dificuldade de organizar o trabalho

“A agenda esgotou há meses, toda vez que eu quero reavaliar um paciente, quero ver uma insulina, entrar com um remédio psiquiátrico para ver como ficou, eu tenho que estourar minha agenda.” (M1)

A proposta da Estratégia de Saúde da Família é dar atenção à prevenção primária, enxergar o paciente como um todo, ouvir não apenas suas queixas, mas entender o processo saúde-doença de forma global e acolhê-lo para estabelecer um tratamento eficaz e individualizado. Entretanto, observamos durante as entrevistas uma dificuldade na agenda, com falta de vagas e sobrecarga do médico, que não tem o tempo que considera necessário para realizar o trabalho como gostaria.

“você não está aguentando mais porque você já atendeu tanta coisa antes e, acaba que assim que a gente não dá 100% da gente por causa da demanda e tem que atender, porque não pode pedir para voltar outro dia, tem de atender

no dia.”(M4)

Essa sobrecarga de trabalho também ocorre devido a grande procura dos pacientes com queixas agudas, que demandam uma consulta no mesmo dia em que procuram a unidade de saúde, tais consultas são chamadas de “extras” ou “eventuais”.

“(P): Essa quantidade de extras você acha que atrapalha a qualidade do seu trabalho?

(M2): Com certeza, inclusive deixa a desejar porque você tem que dar uma resposta para o paciente e o tempo não é suficiente para você dar essa resposta e o que você faz, entendeu?”

“Isso é o que eu fico chateado aqui, muito chateado, porque eu tô cansado, chega uma hora que você cansa em relação a isso, essa demanda (de consultas eventuais); aí você tem os seus agendados ainda porque você tem que dar uma atenção a mais aos agendados porque esses agendados que estão esperando você, tipo de 6 a 9 meses” (M4)

De acordo com o relatório da Rede Observatório do Programa Mais Médicos (ROPMM), houve um aumento no número de atividades e consultas programadas na Atenção Básica após a instituição do PMM, entretanto vemos que apesar desse aumento ainda faltam vagas para consultas de rotina⁷⁶. Sabemos também que com a instituição do PMM houve um aumento do Full Time Equivalent de médicos na AB, ou seja, houve um aumento de horas médicas na Atenção Básica, entretanto esse aumento não tem sido suficiente para garantir um número satisfatório de vagas⁷⁷.

“aqui tinha passado por alguns meses, acho que por um semestre de muita rotatividade de médico... De janeiro a maio ficou um giro gigante de médico, então tava tudo zoneado, desorganizado, pilhas de prontuários, um nível de conflito bem ruim, a população é conhecida aqui por ter conflito no posto, ser difícil de lidar. Eu me senti num pronto socorro, com muita dificuldade de organizar qualquer trabalho com alguma longitudinalidade possível” (M7)

Não poder oferecer ao seu paciente uma consulta de qualidade, com tempo para escuta e criação

de vínculo traz frustrações e reduz a sensação de realização e dever cumprido, além de dificultar um diagnóstico amplo e abrangente daquele paciente. Na ânsia de garantir que todos sejam contemplados com uma consulta, o médico sacrifica a qualidade da atenção e assistência.

“Pelo menos o que a gente aprendeu em Cuba, a prioridade nossa é a prevenção sempre, e aqui se o mais importante é o extra, pelo menos é o que a gente pensa que é dado mais importância, você não consegue trabalhar muito na prevenção, porque geralmente quando tem muita demanda, você vai na sua conduta, você não trabalha prevenção, você vai ver a dor do momento do paciente.”(M2)

Notamos também uma dificuldade da equipe em acolher os pacientes com queixas agudas sem que este passe por consulta médica.

“acolher é uma coisa, acolher não necessariamente o médico tem que ver, tem que acolher e esse é um problema que a gente tem e que dificulta o trabalho do médico.” (M2)

“a população cobra a enfermeira e eles dizem ‘quero médico’. A população cobra muito muito muito e quer ser atendido pelo médico. Isso é desgastante porque às vezes é uma queixa nada a ver.” (M4)

Tal dificuldade muitas vezes é devido a insegurança, despreparo ou hábito da equipe de direcionar as consultas eventuais todas para o médico, ou desgaste após vários episódios de conflito com pacientes que desejam uma consulta médica mesmo quando esta não se faz necessária no momento, ou mesmo por ordem da gestão, que demanda que a população seja sempre atendida pelo médico. Vemos também que a população ainda tem uma visão medicocêntrica, que encontra na figura do médico a única solução para sua queixa do momento. Essa realidade infelizmente só poderá ser revertida com educação da equipe e da população, um trabalho que demora e demanda dedicação e paciência. De acordo com o Cadernos de Atenção Básica⁷⁸, a população deve sempre ser acolhida, sendo esta uma forma de criar vínculo, facilitar o acesso à saúde e possibilitar o cuidado. Entretanto, o acolher não se trata

necessariamente de uma consulta médica, qualquer membro da equipe pode e deve estar preparado para ouvir e, dentro de sua competência, fazer intervenções com o objetivo de solucionar o problema.

“hoje é 10 de outubro e minhas consultas estão pra fevereiro na minha agenda. Então a gente começou a manejar as coisas basicamente no extra, ... no começo por período era trinta e poucos extras, a gente não conseguia *almoçar* direito, e todo mundo a gente tava conhecendo, né? Foi bastante desgastante, um clima muito pesado” (M7)

Notamos nessa fala a importância de acolher o paciente e, em alguns casos, que haja um adequado manejo de comorbidades crônicas que não estão sendo devidamente acompanhadas. A falta de vagas breves na agenda não deixa outra alternativa ao paciente e ao médico que não a consulta eventual. Estabelecer um plano de ação para que esse ciclo seja interrompido é um dos grandes desafios que a Atenção Básica apresenta hoje.

“(G1): Primeira delas [dificuldades] e a mais importante acho que é a baixa cobertura, acho que nós estamos com 63% de cobertura

(G2): Não dá tudo isso

(G1): Em torno de 60% de cobertura, então acho que isso é bem pouco, acaba sobrecarregando todo mundo, as Unidades muito lotadas[...] Outros pontos fracos... Acho que temos um sistema de agendamento que eu acho que ele é muito, primeiro, pouco uniforme, cada um faz de uma forma, um agenda uma vez por ano, outro agenda uma vez por mês, outro uma vez por semana, acho que isso também é um problema.”

De acordo com os gestores, um dos motivos do excesso de procura nas Unidades de Saúde é a baixa cobertura da AB no município, causando uma sobrecarga no sistema de saúde. Além disso, a falta de padronização no agendamento de consultas nas Unidades também causa confundimento, ansiedade e procura desnecessária dos usuários, já que os mesmos muitas vezes desconhecem métodos e prazos para agendamento.

“Os médicos reclamam muito da questão da demanda espontânea, eles acham que está muito excessivo. Isso foi uma demanda, na verdade até do prefeito, porque muita gente reclamava que ia nos postos de saúde e não conseguia atendimento, então nós tentamos trabalhar muito principalmente no começo da gestão, a questão do acesso avançado, que era o que a gente queria ter implementado aqui mas que acabou não saindo do papel, porque o que a gente entende, ainda estendendo um pouco a questão da demanda espontânea, tem uma coisa que a gente não conseguiu mudar até agora. Os pacientes reclamam que na demanda espontânea, se é uma consulta extra, o médico não vê exame, ele não pede exame,” (G1)

Garantir o acesso dos usuários à AB é primordial para o bom funcionamento do sistema de saúde, além de ser um direito do cidadão. Devemos avaliar esse discurso de forma crítica, já que o usuário muitas vezes diz não ter conseguido atendimento quando sua demanda não gera uma consulta médica. Sabemos que toda a equipe está apta para acolher os usuários, a equipe de enfermagem tem autonomia para diagnosticar e tratar enfermidades menos complexas e os Agentes Comunitários de Saúde podem orientar fluxo de funcionamento da Unidade, por exemplo. A consulta médica é eventualmente imprescindível, mas em uma cultura medicocêntrica muitas vezes o usuário não se sente acolhido e atendido caso não passe por consulta médica. A estratificação de risco para o acesso avançado é de grande valia em situações assim, já que respalda a equipe de enfermagem na conduta e regula o acesso ao médico de forma técnica, eficiente e segura.

“Os médicos reclamam que acaba virando um pronto atendimento, um queixa-conduta. Ahhh o que você tem? Dor de cabeça? Tá, então toma essa dipirona, tchau, agenda uma consulta. E a gente entende que não, não a gente, os cadernos do Ministério da Saúde dizem que no acesso avançado você aproveita a demanda espontânea, ‘ahh, to com dor de cabeça agora’, tudo bem, você está com dor de cabeça, mas e sua vacina, e a pressão, e o diabetes, e os seus exames. Então você aproveita aquele momento que o paciente está procurando a unidade naquele momento que ele tá precisando, pra você ver todas as linhas de cuidado e não ver só uma queixa-conduta, e dá alta pra ele sem ver exame, sem pedir

exame, sem prescrever, isso é uma coisa enraizada que eu acho que é um ponto fraco importante” (G1)

De acordo com os Cadernos da Atenção Primária todo encontro do usuário com a equipe é uma oportunidade de promoção à saúde, afinal, uma queixa aguda pode trazer para a equipe um paciente com comorbidades crônicas sem tratamento, ou com seguimento inadequado, ou com atraso nas vacinas e exames preventivos. Sendo assim, tratar o paciente da demanda espontânea com foco apenas na queixa aguda traz prejuízos nos resultados que a AB deve gerar. Entretanto, devemos lembrar que, de acordo com os médicos entrevistados, o número de pacientes é excessivo, sendo a falta de tempo para conduzir uma consulta uma das grandes queixas citadas. Dessa forma, o profissional se vê muitas vezes de mãos atadas: deve necessariamente atender toda a demanda espontânea, assim como suas consultas agendadas, além de trabalhos burocráticos como redigir laudos, renovar receitas, checar exames e participar de reuniões e grupos; ocorrendo muitas vezes sobrecarga de trabalho e necessidade de abreviar o tempo de cada consulta médica.

“Acho que tudo isso assim bate na reorganização do processo de trabalho da equipe. Acho que isso é uma grande falha. Você pega um paciente, por exemplo assim, acolher o paciente e ver qual é a demanda dele, inclusive “eu quero agendar uma consulta”, às vezes o paciente quer agendar uma consulta porque ele quer colher um Papanicolau e não sabe falar que é um Papanicolau. Ou “eu quero ser encaminhado para a Oftalmologia”, ele fala “eu quero agendar uma consulta porque me falaram que pra agendar oftalmologista tem que passar em consulta médica. Então você gasta até uma consulta médica besta por causa de um encaminhamento. Ou assim, essa coisa de não vejo o exame porque não é o momento de ver exame. Então eu acho assim, se você reorganizar o processo de trabalho, acho que diminui inclusive a demanda espontânea. Se você fizer controle de faltoso e reconvocar o paciente, ele volta pra uma consulta agendada e quando ele vê que ele está sendo convocado porque faltou, ele deixa de faltar e diminui, quando ele vai é porque ele precisa passar na demanda eventual. Então tudo isso é reorganização do processo de trabalho, e isso você, quando você tem um agente comunitário isso facilita bastante, e eu acho que as equipes daqui não aproveitam o potencial do agente comunitário, acho isso uma falha

muito grande, assim, reclamar que tem demanda espontânea porque tem excesso é porque não faz as outras coisas que deveria fazer com o paciente na hora que ele tá lá. Também. Eu acho que diminuiria 40% da demanda se você fizesse a coisa correta primeiro.” (G3)

Percebemos no discurso desse gestor a ideia de que grande parte do problema da demanda espontânea exagerada resulta justamente do mau desempenho do médico e da equipe de saúde, que não reconvoca faltosos, não acolhe de forma integral e não atende os usuários de forma completa. Acredito que uma equipe que trabalha de forma dinâmica, coesa e harmônica consegue, sim, alcançar melhores resultados do seu trabalho. Entretanto, devemos lembrar que as equipes de saúde possuem pouca autonomia para resolver o problema, não havendo espaço na agenda para que, como equipe, se faça uma avaliação crítica do trabalho para identificação de falhas e pontos fracos, espaço para discussão de novas maneiras de enfrentamento de problemas e planejamento para reorganização do processo de trabalho. A responsabilidade de solução de eventuais problemas dentro da AB repousa não apenas sobre as equipes de saúde que ficam nas Unidades, mas também dos gestores, que devem buscar políticas que cooperem, facilitam e promovem o bom funcionamento da saúde, assim como o bem estar no ambiente de trabalho.

“Você pega aquele monte de prontuário, o primeiro você percebe que precisa dar uma atenção, mas na hora que você vê aquela pilha você pensa ‘se eu ficar dando atenção pra esse que hora eu vou terminar? Não vou conseguir dar conta’” (G2)

Percebemos na fala deste gestor o reconhecimento de que a alta demanda do médico e o número excessivo de consultas dificultam e muitas vezes impossibilitam que o paciente seja avaliado de forma integral, mantendo um ciclo de consultas com enfoque apenas na queixa aguda, sem haver tempo disponível para se desenvolver uma relação de confiança entre médico e paciente, dificultando um diagnóstico biopsicossocial e familiar.

O processo de trabalho em saúde envolve a interação entre médico e paciente, cada qual com sua história de vida, o que torna essa troca subjetiva e única. Durante a consulta os sujeitos podem se influenciar mutuamente, havendo uma interação dinâmica dos objetivos individuais de cada um, o que só acontece quando há espaço para conversa entre ambos. Quando isso ocorre podemos dizer que médico e usuário estão agindo como protagonistas no processo saúde-doença, colocando o paciente no mesmo patamar que o profissional de saúde e o empoderando para o autocuidado e para participar ativamente no processo terapêutico. Vemos, então, como a grande demanda e a limitação para desenvolver uma consulta com espaço para escuta de qualidade traz prejuízos para usuários e equipes de saúde. Abaixo, vemos um exemplo claro do que vimos discutindo.

“(G1): Os cadernos do Ministério sobre acesso avançado falam muito a respeito disso, a consulta não deveria ser padronizada, de 15 em 15 minutos, uma consulta pode ser que eu resolva em 5 minutos, mas outra pode ser que eu precise de uma hora

(P): Exatamente

(G1): Não deveria ter essa, o SUS não deveria ser aquela coisa ambulatório são 4 horas, você tem 16 consultas, são 15 minutos pra cada consulta

(G2): Eu já trabalhei na Vigilância Epidemiológica num município que tinha uma médica que, a gente tinha dois tipos de médico, um que atendia hanseníase e outro tuberculose. O que atendia hanseníase a gente tinha todo um trabalho, porque ela ia no médico e saía sem saber o que ela tinha, a gente tinha que explicar junto. Trabalhei com o médico de TB que na consulta, a hora que o paciente saía pra fazer a notificação, ele sabia tudo que ia acontecer com ele, era uma hora de consulta. E o médico não abria mão de todo mês ter o retorno pra saber o que estava acontecendo. Era muito difícil você ter paciente que não terminasse o tratamento, porque ele ficava tão bem esclarecido pelo profissional, porque é diferente o médico falar e o atendente, o enfermeiro falar, principalmente com doenças como essas, você fala “Você tá com tuberculose, você tá com hanseníase”, ele quase que cai duro. Até que ele entenda que aquilo é uma doença tratável, que pega mas que cura e que você vai ter uma vida

normal. E quando a gente vai falar a escuta do paciente não é a mesma. Agora quando ele vinha do consultório médico muito bem explicado, tudo que a gente falava era muito mais acolhido, ele vinha aberto pra ouvir tudo o que os funcionários falavam. Então era a diferença. Tudo bem que ela demorava uma hora em cada consulta, era uma hora praquele paciente. Acho que isso faz diferença”

4.5 Bem-vindos, porém passageiros

“Pela equipe e pela população, muito bem recebido. Eu tenho uma gratidão muito grande pelo serviço.” (M2)

Quando questionados se se sentiram acolhidos, a grande maioria dos médicos entrevistados referiram ter se sentido bem-vindos onde estavam, sendo bem recebidos tanto pela equipe quanto pela população. Esse dado é de fundamental importância e serve como um indicador de sucesso do programa, afinal, o mesmo foi criado para a população, pensando em oferecer uma Atenção Básica de qualidade e maior acessibilidade à saúde para cada cidadão. Tais achados são compatíveis com os encontrados em pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas de Pernambuco (UFMG/IPESPE)⁷⁹, a qual afirmou que 100% dos médicos disseram ter sido bem recebidos pela comunidade e que a nota média atribuída à relação com o restante da equipe de Saúde da Família era 9,6, em um máximo de 10.

“Nossa, tive uma experiência muito agradável. No começo eu tive assim uma vontade de voltar, de ir embora por tudo, por ser um lugar novo, por não conhecer ninguém, ser tudo diferente, mas eu tive bastante experiência boa [com os pacientes]” (M3)

Percebemos no discurso desse entrevistado a dificuldade sentida no início devido a falta de vínculos, o que foi de certa forma compensado pela boa receptividade dos pacientes, que a acolheram e fizeram com que a adaptação fosse mais leve.

“(M7): Como eu ouvi da coordenadora da Organização Social (OS) ‘Olha, a médica contratada da OS é a médica da Unidade e o pessoal do Mais Médicos vem aqui pra dar uma ajudada’. De alguma forma existe uma diferença de tratamento

(P): Por parte de quem?

(M7): Olha, acho que isso é meio geral, questões que tem a ver direta ou indiretamente com algo gerencial ou na ausência da enfermeira, com coisas que tem mais a ver com uma decisão compartilhada do processo de trabalho, eu percebo que se eu não ativamente for atrás isso não passa por mim.”

Vemos aqui uma outra visão da receptividade por parte da equipe. O médico em questão não se sentia parte integral da equipe, com quem trabalhava há mais de um ano, por considerar que era visto de forma diferente, como se fosse um temporário, sem voz ativa para opinar em assuntos relacionados ao processo de trabalho, organização da Unidade e planos de ação. Tal realidade pode estar relacionada a alta rotatividade vivida dentro dessa equipe especificamente, fazendo com que os demais profissionais de saúde agissem com desconfiança e receio, sempre esperando o dia em que o médico irá deixar a equipe. Entretanto, esse fato também nos permite inferir que a equipe vê o médico do Mais Médicos apenas como alguém que está na Unidade para atender os pacientes e aumentar o número de vagas, não necessariamente alguém para integrar a equipe e fazer com que o processo de trabalho possa ser reorganizado.

“porque aqui acho que troca bastante de médico, tinha um outro rapaz do Mais Médicos aqui, e aí toda vez os pacientes vem ‘mas a senhora vai ficar quanto tempo aqui?’, eles ficam ‘ahhh, mas não vai embora não’, ou então eles sempre perguntam quando eu coloco o retorno eles pegam e falam ‘mas é a senhora que vai estar aqui quando eu voltar?’, porque eles já estão acostumados a estar toda hora trocando de médico” (M6)

Observamos mais uma vez a confirmação da teoria da alta rotatividade de profissional médico nos locais onde os médicos do PMM estão alocados. A população demonstra ansiedade e preocupação quanto a presença ou não do médico que o atende em um eventual retorno.

Sabemos a importância da longitudinalidade na Atenção Básica para estabelecimento de um vínculo médico-paciente adequado, que possibilite ações preventivas e uma abordagem singularizada.

Os médicos do PMM possuem contrato de três anos, podendo prorrogar o mesmo por até outros três anos, ou seja, se necessário e desejado pelo médico, o profissional pode ficar até seis anos atuando na Atenção Básica (AB) pelo programa. Ao questionarmos os entrevistados quanto à intenção de permanecer na AB pelo programa, apenas um deles afirmou intenção de permanecer seis anos no programa.

“Então, eu não sei te dizer isso agora [se vou permanecer ou não no PMM], porque como estou tentando o revalida vai depender. Eu quero fazer residência...” (M3)

“Se eu não tiver passado no Revalida até lá, aí talvez eu peça prorrogação do prazo se ainda tiver como. Mas se eu tiver passado provavelmente não...” (M6)

Notamos que apesar de sentirem-se acolhidos e bem recebidos pela equipe e pela população, os médicos não desejam permanecer ali, com planos de fazer uma especialização sendo fator comum entre eles. Pesquisa da UFMG/IPESPE também observou que o tempo de médicos brasileiros no PMM é menor do que o de médicos estrangeiros.

“Se tivesse uma perspectiva de crescimento, talvez eu até ficasse e não fosse fazer a minha residência (...) se tivesse uma perspectiva de crescimento e se a gente não tivesse tanta frustração no nosso dia a dia, talvez eu ficasse. Falta um plano de carreira...” (M5)

“Desde o início eu sabia que o Mais Médicos tinha um grande entrave que é: daqui, mais que isso, eu não farei, né? Então, não (pretendo continuar no Mais Médicos). Eu não sabia quanto tempo ia ser essa experiência... eu não sabia, quando eu optei, se eu ia querer continuar, se eu ia querer seguir tão firme nessa carreira de médico de família... E cada vez mais, nesses últimos meses, eu tenho sentido que eu tenho vontade de voltar mais pra psiquiatria mesmo... Porque pra mim, por exemplo, perceber que é isso que eu posso ficar a médio

e longo prazo, é bastante insuficiente... Quando se fala que uma contraproposta seria um plano de carreira federal, na verdade me parece interessante, porque a pessoa tem que ter uma perspectiva de progressão, de poder pensar em longo prazo” (M7)

Observamos nessas falas algumas explicações para a menor permanência de médicos brasileiros no programa. As frustrações e decepções, dificuldades do dia a dia na Atenção Básica, a falta de perspectiva de crescimento profissional, com melhoria salarial, benefícios trabalhistas e melhores condições de trabalho, fazem com que os médicos almejem uma especialidade fora da AB. Além disso, podemos somar a falta de prestígio e reconhecimento, muitas vezes encontrada por parte dos colegas de profissão, familiares e amigos, como fator que desestimula a permanência na ESF e mantém o desejo por uma especialização na maioria dos médicos entrevistados.

“Antigamente todo mundo queria trabalhar (na AB), mas aí veio essa coisa de muitas especializações, tudo tinha que ser com especialista, e aí começou a deixar de lado o clínico geral, o médico de saúde da família, o profissional que tá ali todo dia, que te conhece, que sabe da sua vida e tá enfim...” (G2)

“A dificuldade é de fixar médico na AB, porque o médico tem interesse em fazer consultório [...] todo mundo quer atender particular, o cara fica aqui mas não quer ficar aqui lá no Jardim Peabiru, quer ficar aqui (em Botucatu) mas quer fazer especialização e quer ter consultório particular. Acho que é muito isso, muita falta de valorização. Por exemplo, nós fizemos concurso público pra médico e ele acaba sendo um concurso pró forma, só pra dizer que você fez e depois acabamos contratando médicos como Pessoa Jurídica (PJ) que muitas vezes estão aguardando, estão prestando residência e fica aqui um tempo atendendo, adquirindo experiência, enquanto ele não passa no exame de residência pra depois ele ir embora, voltar pra cidade dele, enfim. Acho que é falta de valorização, a gente não consegue contratar porque o valor que é oferecido no concurso público em Botucatu historicamente é muito fora do mercado” (G1)

“Acho que esse problema de fixação de médico é geral. Se tivesse um plano nacional de carreira pra médico da AB acho que isso facilitaria bastante.” (G3)

Observamos na fala dos três gestores entrevistados aquilo que ouvimos também dos médicos: a dificuldade de fixação de médicos na Atenção Básica está relacionada ao baixo prestígio, a falta de perspectiva de crescimento profissional e ao baixo retorno financeiro, que acabam por gerar insatisfações e levam o médico a buscar novas possibilidades de trabalho.

Tal raciocínio corrobora com algumas pesquisas que mostram relação negativa entre satisfação no trabalho e rotatividade de profissionais⁸⁰⁻⁸². Em pesquisa de Gonçalves *et al*⁷⁴ observamos que a alta rotatividade de médicos no município é histórica, sendo um problema crônico que prejudica principalmente a população, com estabelecimento de vínculo e a perpetuação da cultura dos atendimentos eventuais. Daí a importância de investir na AB de forma consistente e permanente, para garantir que o trabalho na rede básica seja agradável e desejável, não apenas atraindo médicos, mas os mantendo em seus locais de atuação por longos períodos, criando raízes e permitindo que os médicos construam uma história naquela comunidade, possibilitando que a longitudinalidade prevista na Estratégia de Saúde da Família ocorra de forma sustentada.

4.6 Nossos momentos de maior satisfação no trabalho

“Mais satisfação? Ver dar certo as coisas, a gratidão que os pacientes tem, falar ‘nossa, melhorei com a medicação’, ou ‘melhorei simplesmente por ter conversado com você’, isso é o que me traz bastante realização, ver as coisas dando certo e fazer né, fazer o certo, fazer o bem.” (M5)

Apesar das dificuldades encontradas no dia a dia, os médicos entrevistados destacaram momentos em que se sentem satisfeitos, realizados e felizes no seu trabalho. Destacam a melhora do paciente como aquilo que mais os motiva e estimula. Tal dado é valioso, pois mostra que os médicos, apesar de enfrentarem frustrações, cobranças, cansaço e falta de recursos, ainda tem a saúde do doente como sua prioridade, cumprindo seu dever e o juramento feito no ato de sua formatura.

“Eu acho quando você consegue acertar no diagnóstico, quando o paciente volta e fala ‘nossa, doutor, aquele remédio que o senhor receitou tirou com a mão’, eu acho que é um pouco isso.” (M2)

Observar a melhora do paciente e sentir-se útil traz a esse médico uma sensação de prazer e realização, poder ajudar através da medicina, aliviando dores e sofrimentos, faz com que o trabalho e o esforço façam sentido. Estudos mostram que a relação médico-paciente é melhor quando o tratamento está alcançando o efeito desejado, havendo nesse caso satisfação mútua⁸³.
⁸⁴. Uma boa relação médico-paciente proporciona melhorias na qualidade do serviço de saúde e influencia de forma direta o estado de saúde dos pacientes⁸⁵.

Além disso, poder acompanhar a evolução do seu paciente, criar um vínculo e conhecê-lo além de sua patologia foi citado como algo positivo.

“Eu gosto dessa interação que eu tenho com o paciente, de perguntar como é que tá com a família, as visitas que eu faço, eu acho tudo muito positivo.”
 (M6)

Vemos aqui que entender o paciente não apenas como alguém com queixas físicas, além de permitir uma avaliação abrangente e mais precisa, também traz uma sensação de bem-estar para o médico. Levar em conta as dimensões psicológica, histórica, cultural e social no momento de estabelecer um diagnóstico e ponderar o significado que a doença tem para o paciente quando na instituição do tratamento são o grande desafio e objetivo da medicina como um todo, mas de forma muito especial na Atenção Básica. Poder acompanhar esse paciente de perto, participar dos progressos e recaídas no tratamento é um privilégio.

“Meus momentos de maior satisfação no trabalho são aqui, no consultório, com a porta fechada” (M7)

Nessa fala percebemos que o médico faz do momento da consulta o seu oásis, deixando de lado as dificuldades e se dedicando de forma a alcançar a realização que buscava, dando ao paciente

a atenção que este necessita, oferecendo a ele ajuda em meio ao seu sofrimento e fazendo a medicina como havia idealizado, deixando de lado por alguns minutos a burocracia, a logística do trabalho, a pilha de prontuários, os exames a serem avaliados, as receitas a serem renovadas, os laudos a serem redigidos, os conflitos a serem mediados e as metas a serem alcançadas. A escolha pela profissão médica em geral é feita com o objetivo de ajudar o paciente, nada mais razoável, portanto, que a satisfação pessoal ocorra no momento em que o médico é “mais médico”: ouvindo queixas e aliviando dores.

Vale destacar, entretanto, que essa fala traz à tona a dificuldade que muitos profissionais tem no trabalhar em equipe de forma dinâmica e integral, fazendo do cuidado do paciente não apenas uma sequência de atendimentos realizados por distintos profissionais que trabalham em um mesmo prédio, mas um único atendimento amplo, contínuo, completo, multifacetado e rico, realizado pela Equipe como um organismo único, que trabalha com um objetivo em comum. Essa abordagem traz ao paciente a vantagem de ser avaliado sob óticas distintas, que possibilitam que detalhes desapercibidos por um profissional possam ser observados por outro, sendo assim feita uma abordagem integral. Quando a Equipe trabalha dessa forma a visão medicocêntrica na saúde regride, um ou outro profissional deixa de ser o foco, passando o paciente e seu bem estar a ser a grande prioridade e enfoque.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao elaborarmos esse projeto queríamos investigar as fontes de satisfação e insatisfação de médicos que atuavam na Atenção Básica, visto a dificuldade de fixação de médicos em equipes de Saúde da Família mesmo em um município sem grandes carências e vulnerabilidades.

Os resultados atingiram os objetivos, já que pudemos identificar nas diferentes entrevistas pontos comuns e singulares que geravam satisfação e insatisfação dentro do ambiente laboral de médicos do Programa Mais Médicos.

Observamos que a sobrecarga de trabalho, reconhecida não apenas pelos médicos, mas também pelos gestores entrevistados, é fonte de grande insatisfação e dificulta que a Estratégia de Saúde da Família seja executada de acordo com as diretrizes dos Cadernos de Saúde Pública. A falta de tempo para desempenhar suas atividades laborais de forma plena é um grande problema percebido em todos os diálogos, causando prejuízo não apenas ao profissional, que se sente frustrado por não poder oferecer ao seu paciente uma consulta que contemple tudo que julga necessário, mas também traz detrimento aos pacientes, que não usufruem de um tempo de escuta de qualidade, gerando um ciclo no qual a prevenção de doenças acaba por ficar esquecida, o que por si só aumenta a demanda de atendimentos, não promove saúde e ou cuidado de forma ampliada e compartilhada e não instrumentaliza pessoas, famílias, grupos, comunidades e população para o autocuidado, a autonomia e não reconhece os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde.

A carência de respaldo técnico nos setores secundário e terciário também gera insatisfações e corrobora para a morosidade de diagnósticos e resolutividade dentro da Atenção Básica, muitas vezes gerando conflitos entre usuários e Equipe, minando a delicada relação médico-paciente. Os médicos do PMM se veem repetidamente frente ao paciente com a mesma queixa, o qual

aguarda uma resposta quanto ao seu diagnóstico e tratamento. Não tendo governabilidade sobre os agendamentos, o médico se vê de mãos atadas, aguardando que seus encaminhamentos e solicitação de exames sejam agendados. Nesse interim, o usuário tem seu quadro clínico sem resolutividade, com possível piora dos sintomas e buscando a Atenção Básica para conforto de suas queixas.

Destacamos a percepção da falta de prestígio e reconhecimento do Médico de Família entre seus colegas médicos, familiares, equipe de trabalho e pacientes como um grande fator que dificulta o recrutamento e a fixação de médicos na Atenção Básica. A mudança dessa mentalidade requer tempo, paciência, investimento e educação. A valorização da Atenção Básica e de seus profissionais é elementar para que o trabalho na atenção primária seja almejada pela nova geração de médicos. A reforma curricular e o investimento estrutural na Atenção Básica contemplados pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil são ferramentas importantes nesse processo.

Pudemos identificar que o Programa Mais Médicos atinge seu objetivo de suprir a carência de médicos de forma emergencial, entretanto as medidas de médio e longo prazo, que visam a melhora da Atenção Básica para que a mesma seja atraente aos médicos, ainda não são perceptíveis. Tal realidade pode ser identificada ao percebermos que a grande maioria dos médicos do PMM não planejam continuar atuando na Atenção Básica, perpetuando a alta rotatividade de médicos vista no momento.

Apesar das burocracias e da dificuldade de organização do trabalho na Atenção Básica, observamos que a construção da relação médico-paciente, a consulta médica, a possibilidade do acompanhamento longitudinal de um caso, o correto diagnóstico e a resposta adequada ao tratamento fazem com que os médicos se sintam realizados. Percebemos que as fontes de satisfação estão associadas a atividade médica individual. Tal realidade pode estar associada a

formação do médico, que em geral pouco dialoga com as demais áreas da saúde, não o preparando para trabalhar de forma interprofissional. Novamente destacamos a importância de a reforma curricular contemplar essa carência, de tal forma que o trabalho em equipe se torna algo prazeroso para o médico, ofertando ao paciente uma visão multidisciplinar de sua queixa. Lembramos aqui que de acordo com a Lei Orgânica da Saúde 8080/90, a ordenação do processo de formação dos profissionais de saúde deve ser orientada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com as necessidades de saúde mais prevalentes da população. Pode se supor que com a implantação da Diretrizes Curriculares Nacionais da graduação em medicina de 2014, se qualifique e se valorize a formação dos futuros profissionais médicos para atuarem nos diferentes níveis de atenção e se trabalhe para um maior compromisso com a defesa da dignidade humana, a integralidade do cuidado e a transversalidade de uma prática orientada pela determinação social do processo saúde-doença⁸⁶.

Ressaltamos a importância de se manter a qualidade da Atenção Básica como prioridade, já que esta orienta todo o sistema de saúde. Garantir o atendimento integral do cidadão, promovendo sua saúde e prevenindo ou evitando doenças graves permite melhores condições de vida à população, diminui gastos com tratamentos dispendiosos ou exames de alta tecnologia e reduz a morbimortalidade de doenças crônicas.

Oferecer uma atenção primária à saúde de qualidade, eficiente, eficaz e precisa e ao mesmo tempo garantir um ambiente laboral saudável aos profissionais que nela atuam é um grande desafio dentro da Atenção Básica. Fazer com que o trabalho na Atenção Básica seja atraente, motivador e fonte de satisfação é um dos passos para atrair e fixar profissionais médicos, possibilitando o estabelecimento de vínculo dentro da equipe e com os usuários, permitindo um acompanhamento longitudinal como prevê a Estratégia de Saúde da Família.

Como nos coloca Jairnilson Paim⁸⁷ em seu recente artigo sobre os 30 anos do SUS: “O fato concreto é que o SUS foi implantado, mas não se encontra consolidado”. Assim temos um longo caminho a trilhar para qualificar o trabalho médico na atenção básica e “em última análise o desafio é político, exigindo um engajamento contínuo pela sociedade brasileira como um todo, para assegurar o direito a saúde para todos os brasileiros”⁸⁸.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ IBGE. **Estatística**: Diadema. Brasília, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/diadema/panorama>. Acesso em: 20 maio 2019.
- ² IBGE. **Estatística**: São Manuel. Brasília, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-manuel/panorama>. Acesso em: 20 maio 2019.
- ³ OECD. **Health at a Glance 2011**: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2011. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>. Acesso em: 23 maio 2019.
- ⁴ PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, 2006.
- ⁵ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Estatística de médicos**: inscrições principais ativas. Brasília: CFM, 2012.
- ⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série E. Legislação de Saúde).
- ⁷ AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE. **Rural, regional and remote health**: indicators of health status and determinants of health. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2008. (Rural Health Series, 9). Disponível em: <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442468076>. Acesso em: 20 set. 2014.
- ⁸ PITBLADO, J. R.; PONG, R. W. **Geographic distribution of physicians in Canada**. Ottawa: Health Canada, 1999.
- ⁹ KOBAYASHI, Y.; TAKAKI, H. Geographic distribution of physicians in Japan. **Lancet**, London, v. 340, p. 1391-1393, 1992.
- ¹⁰ ARAÚJO, E.; MAEDA, A. **How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries**: a guidance note. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2013. (HNP Discussion Paper). Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16104> License: CC BY 3.0 IGO. Acesso em: 22 maio 2017.
- ¹¹ ROSKO, M. D.; BROYLES, R. W. **The economics of health care**: a reference handbook. New York: Greenwood, 1988.
- ¹² VAN STRALEN, A. C. S. *et al.* Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 147-172, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000100008>.
- ¹³ ALMEIDA, P. F. *et al.* Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 320-335,

2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016153295>.

¹⁴ HOLMES, J. E.; MILLER, D. A. Factors affecting decisions on practice locations. **J. Med. Educ.**, Washington, v. 61, p. 721-726, 1986.

¹⁵ LEONARDSON, G.; LAPIERRE, R.; HOLLINGSWORTH, D. Factors predictive of physician location. **J. Med. Educ.**, Washington, v. 60, p. 37-43, 1985.

¹⁶ KAZANJIAN, A.; PAGLICCIA, N. Key factors in physicians' choice of practice location: findings from a survey of practitioners and their spouses. **Health Place**, Exford, v. 2, p. 27-34, 1996.

¹⁷ COOPER, J. K.; HEALD, K.; SAMUELS, M. The decision for rural practice. **J. Med. Educ.**, Washington, v. 47, p. 939-944, 1972.

¹⁸ COOPER, J. K.; HEALD, K.; SAMUELS, M. Affecting the supply of rural physicians. **Am. J. Public Health**, New York, v. 67, p. 756-759, 1977.

¹⁹ SCHEFFLER, R. M. The relationship between medical education and the statewide per capita distribution of physicians. **J. Med. Educ.**, Washington, v. 46, p. 955-998, 1971.

²⁰ BURFIELD, W. B.; HOUGH, D. E.; MARDER, W. D. Location of medical education and choice of location of practice. **J. Med. Educ.**, Washington, v. 61, p. 545-554, 1986.

²¹ WATSON, C. J. The relationship between physician practice location and medical school area: an empirical model. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 14D, p. 63-69, 1980.

²² PINTO, L. F.; MACHADO, M. H. Médicos migrantes e a formação profissional: um retrato brasileiro. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Brasília, v. 24, p. 53-64, 2000.

²³ UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2009. (Relatório Técnico de Projeto).

²⁴ PINTO, H. A.; SOUSA, A. N.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 358-372, 2014.

²⁵ PINTO, L. F.; MACHADO, M. H. Médicos migrantes e a formação profissional: um retrato brasileiro. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Brasília, v. 24, p. 53-64, 2000.

²⁶ BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 23 Out 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>. Acesso em: 22 maio 2014.

²⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

²⁸ OLIVEIRA, F. P. *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>.

²⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 01 da Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de 02 de outubro de 2015. Metodologia de autorização da quantidade de vagas para cada município do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 191, p. 91, 6 out. 2015.

³⁰ BRASIL. Ministério da Educação. Propostas de expansão de vagas do ensino médico nas Instituições Federais do Ensino Superior elaboradas pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria n. 86, de 22 de março de 2012. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 27 mar. 2012.

³¹ MORAIS, I. *et al.* Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 112-120, 2014.

³² WEBER, C. A. T. Dialética de uma política de provimento médico em áreas prioritárias no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 63, n. 3, p. 268-277, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.03.268>.

³³ GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface (Botucatu)**, v. 21, supl. 1, p. 1103-1114, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0363>.

³⁴ ACIOLE, G. G. O Projeto Mais Médicos para o Brasil e a construção de mitos: uma leitura bartheana. **Interface (Botucatu)**, v. 21, supl. 1, p. 1157-1168, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0540>.

³⁵ ALESSIO, M. M.; SOUSA, M. F. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. **Interface (Botucatu)**, v. 21, supl. 1, p. 1143-1156, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0396>.

³⁶ HERZBERG, F. **The motivation to work**. 2. ed. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1964.

³⁷ VROOM, V. H. **Work and motivation**. New York: John Wiley, 1964.

³⁸ LÉVI-LEBOYER, C. **A crise das motivações**. São Paulo: Atlas, 1994.

³⁹ LICHTENSTEIN, R. Measuring the job satisfaction of physicians in organized settings. **Med. Care Res. Rev.**, Philadelphia, v. 22, n. 1, p. 56-68, 1984.

⁴⁰ SIBBALD, B. *et al.* GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? **Fam. Pract.**, Oxford, v. 17, n. 5, p. 364-371, 2000.

⁴¹ GRIFFETH, R. W.; HOM, P. W.; GAERTNER, S. A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover: update, moderator tests, and research implications for the next millennium. **J. Manage.**, Greenwich, v. 26, p. 463-489, 2000.

- ⁴² HOM, P. W.; KINICKI, A. J. Toward a greater understanding of how dissatisfaction drives employee turnover. **Acad. Manage. J.**, Ada, v. 44, p. 975-987, 2001.
- ⁴³ LANDON, B. E.; RESCHOVSKI, J.; BLUMENTHAL, D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001. **JAMA**, Chicago, v. 289, n. 4, p. 442-444, 2003.
- ⁴⁴ MISRA-HERBERT, A. D.; KAY, R.; STOLLER, J. K. A review of physician turnover: rates, causes, and consequences. **Am. J. Med. Qual.**, Baltimore, v. 19, n. 2, p. 56-66, 2004.
- ⁴⁵ SANTOS, L.; PINTO, H. **A saúde da família de cara nova: a gestão interfederativa do SUS**. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2008.
- ⁴⁶ CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122008000200007>.
- ⁴⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
- ⁴⁸ MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Terceira Secção A produção da mais-valia absoluta. Processo de trabalho e processo de valorização. 1867. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/marx/1867/capital/livro1/cap05/01.htm>. Acesso em: 15 jan. 2019.
- ⁴⁹ GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).
- ⁵⁰ MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112. (Saúde em Debate, 108) (Série Didática, 6).
- ⁵¹ LOCKE, E. A. What is job satisfaction? **Organ. Behav. Hum. Perform.**, New York, v. 4, p. 309-336, 1969. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0030-5073\(69\)90013-0](http://dx.doi.org/10.1016/0030-5073(69)90013-0).
- ⁵² HIRSCHFELD, R. R. Validity studies. Does revising the intrinsic and extrinsic subscales of the Minnesota satisfaction questionnaire short form make a difference? **Educ. Psychol. Meas.**, Thousand Oaks, v. 60, n. 1, p. 255-270, 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/00131640021970493>.
- ⁵³ AGARWAL, R.; FERRATT, T. W. Crafting an HR strategy to meet the need for IT workers. **Commun. ACM**, New York, v. 44, n. 7, p. 59-64, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1145/379300.379314>
- ⁵⁴ ANDRADE, K. O.; ANDRADE, P. O.; LEITE, L. F. Qualidade de vida dos trabalhadores da área de saúde: revisão de literatura. **Rev. Cient. ITPAC**, Araguaína, v. 8, n. 1, p. 1-5, 2015.
- ⁵⁵ KOYS, D. J. The effects of employee satisfaction, organizational citizenship behavior and turnover on organizational effectiveness: a unit-level, longitudinal study. **Pers. Psychol.**, New

York, v. 54, p. 101-114, 2001.

⁵⁶ LAU, R. S. M. Quality of work life and performance: an ad hoc investigation of two key elements in the service profit chain model. **Int. J. Serv. Ind. Manage.**, London, v. 11, n. 5, p. 422-437, 2000.

⁵⁷ SOLOMON, J. Companies try measuring cost savings from new types of corporate benefits. **Wall Street J.**, New York, dec. 29, p. B1, 1998.

⁵⁸ HERZBERG, F. **The motivation to work**. 2. ed. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1964.

⁵⁹ KANUNGO, R. N. The concepts of alienation and involvement revisited. **Psychol. Bull.**, Washington, v. 86, n. 1, p. 119-138, 1979. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.86.1.119>.

⁶⁰ OLIVARES, A.; BONITO, J.; SILVA R. Qualidade de vida no trabalho dos médicos da atenção básica no estado de Roraima (Brasil). **Psicol. Saude Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 1, p. 100-111, 2015.

⁶¹ LIMA, S. *et al.* O programa mais médicos e a atenção básica no Brasil: uma revisão integrativa. **Gestão Soc.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 30, p. 1963-1975, 2017. DOI: <https://doi.org/10.21171/ges.v11i30>.

⁶² MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

⁶³ GUERRA, E. L. A. **Manual pesquisa qualitativa**. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação, 2014.

⁶⁴ CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; DA SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson, 2007.

⁶⁵ LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

⁶⁶ MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev. Pesqui. Qual.**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

⁶⁷ MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

⁶⁸ PANNUCCI, C. J.; WILKINS, E. G. Identifying and avoiding bias in research. **Plast. Reconstr. Surg.**, Baltimore, v. 126, n. 2, p. 619-625, 2010.

⁶⁹ IBGE. **Botucatu**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/botucatu/panorama>. Acesso em: 25 set. 2018.

⁷⁰ PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fundação João Pinheiro. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. Brasília: PNUD, 2013. Disponível em:

<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>. Acesso em: 25 set. 2018.

⁷¹ FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU. Disponível em: <http://www.fmb.unesp.br/#!/sobre/administrativo>. Acesso em: 17 maio 2019.

⁷² PORTAL DA DEMOGRAFIA MÉDICA. Disponível em: <http://demografiamedica.org.br/treze-cidades-tem-mais-de-4-medicos-por-1-000-habitantes/#more-123>. Acesso em: 10 out. 2018.

⁷³ BOTUCATU. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <http://saude.botucatu.sp.gov.br/>. Acesso em: 14 maio 2019.

⁷⁴ GONCALVES, R. J. *et al.* Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 382-392, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300009>.

⁷⁵ QUINTANEIRO, T. *et al.* **Um toque de clássicos**: Marx, Durkheim e Weber. 2. ed. rev. amp. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002. 159 p. (Aprender).

⁷⁶ ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Primary health care: care coordinator in regionalized networks? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 80, 2016. DOI 10.1590/S1518-8787.2016050006602.

⁷⁷ REDE OBSERVATÓRIO PROGRAMA MAIS MÉDICOS. **Relatório da Pesquisa de Dados Secundários do Programa Mais Médicos até 2014**. 2015. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/observatorio-mais-medicos>. Acesso em: 10 mar. 2016.

⁷⁸ PINTO, H. *et al.* Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface (Botucatu)**, v. 21, supl. 1, p. 1087-1101, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0520>.

⁷⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v. 1, 56 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28).

⁸⁰ PESQUISA avaliação de política pública para saúde no Brasil: Programa Mais Médicos. UFMG e IPESPE. 2015. Mimeografado.

⁸¹ CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122008000200007>.

⁸² PEREIRA, I. *et al.* Compromisso organizacional e satisfação laboral: um estudo exploratório em unidades de saúde familiar portuguesas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, e00153914, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00153914>.

⁸³ KIYOHARA, L. Y. *et al.* The patient-physician interactions as seen by undergraduate medical students. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 119, n. 3, p. 97-100, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802001000300002>.

⁸⁴ TANAKA, O. Y.; RESENBURG, C. P. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, SP (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 60-68, 1990. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101990000100010>.

⁸⁵ CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>.

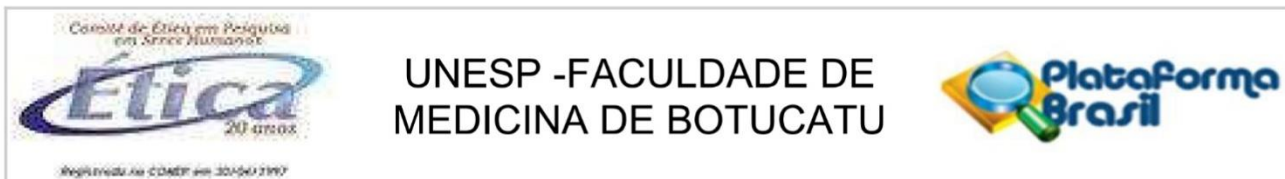
⁸⁶ FERREIRA, M. J. M. *et al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface (Botucatu)**, v. 23, supl. 1, p. e170920, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.170920>.

⁸⁷ PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

⁸⁸ KLEINERT, S.; HORTON, R. Brasil: no caminho da sustentabilidade e da igualdade na saúde. **The Lancet**, London, p. 1-2, 2011, Disponível em <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/pdfs/brazil/brazilporcom1.pdf>. Acesso em 28 maio 2019.

ANEXOS

ANEXO 1 Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da qualidade de vida no trabalho de médicos integrantes do Programa Mais Médicos para o Brasil alocados no interior do estado de São Paulo

Pesquisador: LOUISE LOPES RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73025417.4.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.257.806

Apresentação do Projeto:

Análise da qualidade de vida no trabalho de médicos integrantes do Programa Mais Médicos para o Brasil alocados no interior do estado de São Paulo. De acordo com o Conselho Federal de Medicina, em 2015 o Brasil contava com 423.870 registros médicos, o que corresponde a uma razão nacional de 2,11 médicos por grupo de mil habitantes. Apesar de um número absoluto satisfatório, há no Brasil uma distribuição desigual dos profissionais de saúde, com carência de médicos em comunidades remotas e vulneráveis, causando um grande impacto no bem estar da população que ali se encontra

Como medida de curto prazo, foi instituído o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), criado para suprir de forma emergencial a carência de médicos na Atenção Básica de áreas vulneráveis, onde a fixação de profissional médico é dificultada. Apesar de sabermos que o local de trabalho dos médicos integrantes do Programa Mais Médicos para o Brasil fica em uma área vulnerável e de difícil fixação de profissional, não temos estudos a respeito do nível de satisfação no trabalho e das variáveis determinantes da qualidade de vida no trabalho nestes locais. Este projeto se propõe a avaliar a satisfação no trabalho e a qualidade de vida no trabalho de médicos integrantes do Programa Mais Médicos para o Brasil nos municípios da DRS VI -Bauru, que conta com 68 municípios.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

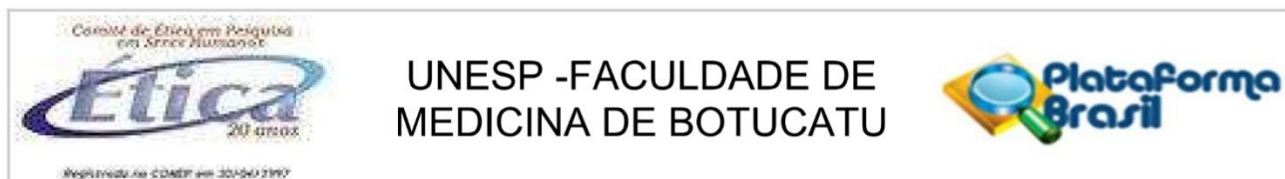
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: kleber@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.257.806

Sabemos que trabalhadores satisfeitos tendem a ter um maior compromisso com seu trabalho, são mais participativos e efetivos nas atividades laborais e estão menos propensos a deixar seu emprego. Sendo assim, podemos inferir que a insatisfação laboral do médico da Atenção Básica é um dos motivos da dificuldade de recrutá-los e fixá-los por um período mais longo em áreas vulneráveis. Tal rotatividade dificulta o estabelecimento de vínculo com os demais membros da equipe de saúde, prejudica a relação médico-paciente, gera despesa e é contraproducente.

Serão entrevistados 126 profissionais médicos, a coleta de dados será feita por meio de resposta a um questionário e uma entrevista, respondendo perguntas sobre a vivência e percepção da qualidade de vida no trabalho. A entrevista será registrada por áudio e escrito, com duração de cerca de 30 minutos. O custo do estudo está orçado em R\$ 500,00, sendo recursos próprios.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a satisfação no trabalho e a qualidade de vida no trabalho de médicos integrantes do Programa Mais Médicos para o Brasil na DRS VI -Bauru, que conta com 68 municípios.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O presente estudo não apresenta riscos para seus participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo quanti/quali; análise quantitativa de todos os médicos integrantes do Programa Mais Médicos para o Brasil alocados na DRS VI através de preenchimento de questionário por meio digital ;após os questionários serem preenchidos, será realizada análise qualitativa através de entrevista dos médicos selecionados conforme sorteio aleatório. Os dados demográficos dos médicos serão colhidos através de questionário no início da entrevista, seguido por discussão da percepção de qualidade de vida no trabalho, sensação de satisfação no trabalho, fatores intrínsecos e extrínsecos que facilitam ou prejudicam o trabalho e sugestões de mudanças que poderiam promover a qualidade de vida no trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisador apresenta documentação obrigatória de forma clara, Termo de Compromisso, Declaração da Instituição, Folha de Rosto, Tcle sob forma de convite, cronograma adequado, e questionário.

Recomendações:

Solicita-se apresentação do Relatório Final das Atividades ao final da execução da pesquisa

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

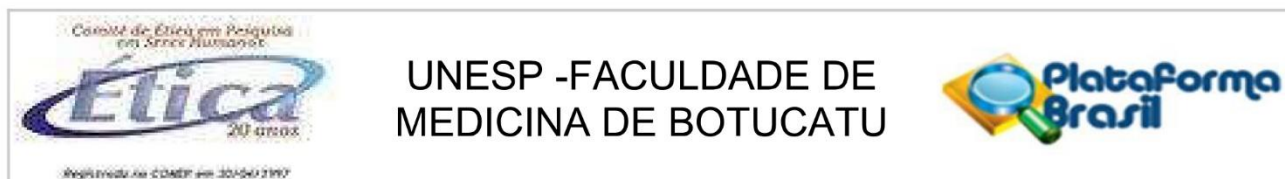
UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: kleber@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.257.806

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro aprovação, sem necessidade de envio a CONEP

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião ORDINÁRIA do CEP de 04/09/2017, sem necessidade de envio à CONEP.

O CEP solicita aos pesquisadores que após a execução do projeto em questão, seja enviado o Relatório Final de Atividades, o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

LEMBRAMOS QUE A PRESENTE PESQUISA SOMENTE PODERÁ SER INICIADA APÓS DIA 04/09/2017 – DATA DA APROVAÇÃO DO CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_969065.pdf	08/08/2017 10:46:38		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DocumentodeAnuencialInstitucional.pdf	31/07/2017 15:28:53	LOUISE LOPES RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2017.docx	31/07/2017 15:26:39	LOUISE LOPES RODRIGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataformaBrasil.docx	31/07/2017 15:26:00	LOUISE LOPES RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	PlatBrasil2414LouiseLopesRodrigues.pdf	31/07/2017 15:24:34	LOUISE LOPES RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

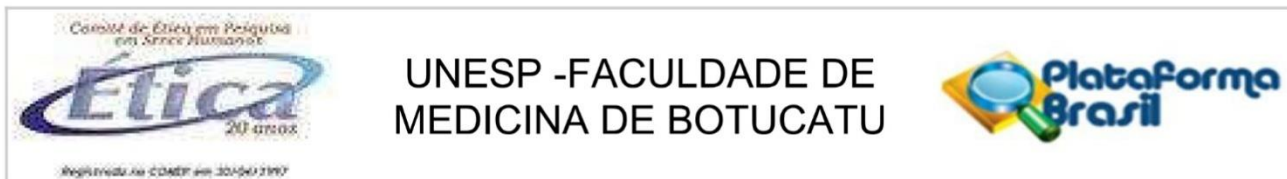
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: kleber@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.257.806

BOTUCATU, 04 de Setembro de 2017

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: kleber@fmb.unesp.br

ANEXO 2 TCLE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
RESOLUÇÃO 466/2012**

PROJETO DE PESQUISA: ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE MÉDICOS INTEGRANTES DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL ALOCADOS NO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO.

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp. As informações existentes neste documento são para compreender os objetivos da pesquisa, sabendo que sua participação será VOLUNTÁRIA. Se, durante a leitura deste documento, houver alguma dúvida, você poderá fazer perguntas para que possa compreender perfeitamente do que se trata a pesquisa. Após estar esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte deste estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, sendo uma sua e outra do pesquisador responsável.

1. Informações sobre a pesquisa: Título do Projeto de Pesquisa: **Análise da qualidade de vida no trabalho de médicos integrantes do Programa Mais Médicos para o Brasil alocados no interior do estado de São Paulo.**

Pesquisadora: Louise Lopes Rodrigues, profissão: médica.

Orientador: Profa. Adjunta Eliana Goldfarb Cyrino (Faculdade de Medicina de Botucatu, profissão: médica)

Instituição: Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Telefones e e-mail para contatos: (14) 991348337;

e-mail: ecyrino@fmb.unesp.br

2. Finalidade da pesquisa: Avaliar a qualidade de vida no trabalho de médicos integrantes do Programa Mais Médicos para o Brasil alocados nas cidades da DRS VI. O benefício de sua participação será compreender o impacto do trabalho em locais de difícil fixação de médicos na qualidade de vida dos mesmos e a possibilidade de compreender possíveis dificuldades encontradas.

3. Procedimentos: A coleta de dados será feita por meio de resposta a um questionário e uma entrevista, respondendo perguntas sobre a vivência e percepção da qualidade de vida no trabalho. A entrevista será registrada por áudio e escrito, com duração de cerca de 30 minutos, sem que seja revelada sua identidade. As respostas serão analisadas e discutidas pelos pesquisadores.

4. Participação: A sua participação é voluntária e você tem o direito de recusar-se a continuar em qualquer etapa da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou penalização. No decorrer da pesquisa, caso venha a ter alguma dúvida ou precise de alguma orientação complementar, use um dos endereços ou telefones citados acima, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/Unesp, através do telefone (14) 3880-1608/1609, que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo.

Compromisso da Pesquisadora: A pesquisadora se compromete a usar os dados deste estudo de maneira correta e coerente aos objetivos do mesmo, garantindo que:

- todas as informações obtidas serão utilizadas de forma a proteger a identidade e privacidade dos sujeitos participantes;

- as informações não serão utilizadas em prejuízo das pessoas e grupos;
- ao final da pesquisa, os resultados serão informados aos participantes;
- os resultados da pesquisa serão publicados e apresentados em órgãos acadêmicos/científicos.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias de igual teor, o qual uma via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pela pesquisadora por um período de cinco anos após o término da pesquisa.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu,

portador(a) do RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo descrito no verso como voluntário. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores sobre o objetivo, finalidade e procedimentos do estudo. Foi-me garantido o sigilo sobre minha participação, bem como o fato de poder retirar meu consentimento a qualquer momento, sem acarretar em nenhuma penalidade.

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Contato da Pesquisadora/Orientadora Responsável:

Eliana Goldfarb Cyrino

Rua Reverendo Francisco Lotufo, 695, Botucatu, São Paulo, Brasil.

Tel. 14 991348337;

e-mail: ecyrino@fmb.unesp.br

Pesquisadora:

Louise Lopes Rodrigues

Rua Izaltino Pinheiro de Castro, 547, Botucatu, São Paulo, Brasil.

Tel. 11 958517647

e-mail: louise.loro@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa: Chácara Butignolli, Rubião Junior, s/n – CEP: 18.618.970
– Botucatu/SP. Telefone: (14) 3880-1608/1609

ANEXO 3 Roteiro para entrevista semiestruturada

Roteiro Entrevista

Análise da qualidade de vida no trabalho de médicos integrantes do Programa Mais Médicos para o Brasil
alocados no interior do estado de São Paulo

Louise Lopes Rodrigues

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino

Questionário inicial

1. Nacionalidade:
2. País onde concluiu curso de medicina:
3. Ano de formação:
4. Especialidade:
5. Tempo de adesão ao PMMB:
6. Município em que trabalha:
7. Idade:
8. Estado civil:
9. Sexo:

Bloco 1 – Trabalhos prévios

1. Teve trabalhos anteriores?
2. Já havia trabalhado com ESF?
3. Por que deixou trabalhos anteriores?
4. Você acha que sua formação o preparou para este trabalho?
5. O curso UnaSUS o ajuda nesse trabalho?

Bloco 2 – Motivações

1. O que o motivou a se inscrever no PMMB?
2. Quais eram suas expectativas?
3. Como tem sido a experiência em relação às expectativas iniciais?

Bloco 3 – História do trabalho atual

1. Há quanto tempo trabalha neste município?
2. Foi sua primeira escolha? Qual era sua expectativa em relação a essa cidade?
3. Como foi recebido pela Equipe e população?
4. Quais os pontos positivos do trabalho? O que traz satisfação? Exemplo.
5. Quais as maiores dificuldades que tem vivido? Quais os problemas mais comuns? Qual o problema mais difícil de enfrentar? Exemplo.
6. Vai pedir prorrogação do prazo?

Bloco 4 – Processo de trabalho

1. Como é um dia comum de trabalho?
2. Sofre algum tipo de pressão? Explique
3. Há alguma cobrança quanto ao tipo de atendimento/número de atendimentos?
4. Como está organizada a agenda?
5. Qual outro trabalho desenvolve além da assistência individual?

6. Há NASF no município? Que tipo de apoio o NASF dá?
7. Existe dificuldade de encaminhamento?
8. Que tipo de problema o paciente traz que o deixa mais desconfortável?
9. Qual o caso mais difícil você atendeu aqui? Por que?
10. Quando tem dúvida em um caso, o que é mais comum vc fazer?
11. Você acha que sua experiência no Mais Médicos mudou sua visão da Atenção Básica?

ANEXO 4 Entrevista 1

Pesquisadora: Qualquer dúvida que você tiver se não for clara em alguma pergunta ou se alguma coisa você não quiser responder também fica a vontade, ta? Queria só saber: quanto tempo que você se formou?

Médico 1: É, vai fazer 1 ano. Formei em novembro de 2016.

P: Ta. E você fez medicina onde?

M1: Aqui em Botucatu, na Unesp.

P: Você é brasileira mesmo, né

M1: Isso

P: Tem alguma especialidade?

M1: Ainda não.

P: E você aderiu ao programa Mais Médicos...

M1: Acabei de entrar nesse ciclo 14 que é o de junho de 2017

P: Quantos anos você tem?

M1: Tenho 25

P: Seu estado civil

M1: Solteira

P: Esse é seu primeiro trabalho, ou você teve trabalhos anteriores?

M1: Na verdade eu estava aqui no CSE, passei no concurso da Famesp

P: Ta

M1: Primeiro entrei no contrato emergencial aqui aí fiquei na saúde da mulher, no concurso da Famesp que eu passei também que é aqui e aí abriu vaga no Mais Médicos que é mais vantajoso financeiramente e aí eu só mudei de contrato

P: Mas você continua no mesmo ambiente...

M1: Sim

P: Entendi. Antes então não era saúde da família?

M1: Não. Antes eu ficava só em saúde da mulher e depois fiquei só em saúde de adulto lá embaixo aqui mesmo, agora ficou em cima, em baixo, pediatria, ...

P: E você acha que sua formação, assim, te deu base pro trabalho que você precisa desenvolver hoje, ou você acha que às vezes...

M1: Acho que assim, a cada dia melhor, assim como eu sou uma recém formada rola muita insegurança no começo né, de conduta, mas acho que assim, a gente se surpreende sabe mais do que imagina do que quando a gente se forma... e em relação a atenção básica assim talvez nem tanto assim é essa parte burocrática que tem que além do cuidado com o paciente, tem tudo por trás, organização, né, a atenção primária e acho que essa parte nem tanto, tive que aprender a parte burocrática, de lei, né, a gente tem que passar por ele...

P: Sim. Bom, você, ... e os trabalhos então, eu acho, que assim, o maior motivo que assim deixar o trabalho anterior, o seu vínculo anterior pra virar Mais Médicos então foi financeiro mesmo

M1: É porque com a mesma carga horária e você ganha melhor

P: Sim, e UNA-SUS, você tá fazendo curso e o que você está achando do curso, você acha...

M1: Eu comecei, começamos agora né, a gente teve o encontro regional lá em São Paulo, foi um final de semana, assim, eu já esperava que ia ser mais ou menos eu achei o encontro fraco, é, eu entendo assim por ser, a grande maioria pelo menos na minha sala, uma sala de mais ou menos 80 pessoas, eram pessoas cubanas, então como você percebe língua, agora era um outro nível de discussão, assim bem abaixo,

P: Entendi...

M1: ... e eu estou numa fase assim eu trabalho aqui mas quero passar na residência, então eu estou estudando, assim, eu fiquei um final de semana inteiro lá me senti perdendo um pouco de tempo, não perda de tempo, mas podia ter sido mais curto assim naquela, aquela discussão parecia mais enrolação do que tudo, até porque teve vários intervalos, assim começava às 8 da manhã, aí com um intervalo de meia hora às 9:30, aí teve duas horas de almoço, aí outro intervalo a tarde, imagina meia hora e foi liberar a gente às 5, sendo que minha sala tinha liberado, tinha acabado a discussão umas 4 e meia, teve que ficar enrolando mais uma meia horinha porque não podia soltar antes, sabe assim, eu achei muito cansativo, nesse sentido, ...

P: E era sábado e domingo?

M1: Era só no sábado

P: Tá, entendi, e foi um encontro só por enquanto

M1: E são dois por ano, assim, teve um agora e depois vai ter outro em setembro do ano que vem de novo

P: Tá

M1: Olha só, eu não liguei tanto, assim, mas eu achei que deixou a desejar, assim, o nível de discussão era bem baixo principalmente por causa da própria dificuldade com a língua.

P: Sim...

M1: Acho que o pessoal de Cuba tem muito a acrescentar, mas eles trabalham de outra [ininteligível, 3min59s] também, mas mal sabem falar português

P: Entendi. E o que te motivou, assim, você já tava trabalhando, né, o que te motivou a entrar no Mais Médicos? Foi a questão financeira ou foi alguém que te disse alguma coisa

M1: Assim, amigos meus mais velhos na faculdade tinha feito Mais Médicos, antes tinha a questão dos 10% na prova, agora não tem mais, mas tudo bem, assim, eu acho que é o melhor curso que já fiz, assim, sinceramente, de trabalho que é a questão de sair com pós graduação, ficar um ano no programa sai com uma pós, é melhor do que só trabalhar, trabalhar, e se você for pensar em hora trabalhada por dinheiro é melhor do que dar plantão e acho mais

confortável trabalhar na atenção básica , tipo, não precisa cobrir plantão de emergência, às vezes chega emergência, chegou AVC, chegou enfarto, mas é mais vantajoso.

P: Não é a regra, essas emergências

M1: E a gente que é recém formado , assim, uma coisa que eu não sei, dá tempo deu, amanhã eu remarco, ou eu vejo, checo com alguém, então casos que não são tantos, não é uma emergência, às vezes é só uma urgência, não precisa resolver em um ou dois dias, eu posso estudar em casa...

P: Então, e quando chega algum caso que você fica em dúvida, o que você faz geralmente?

M1: Geralmente eu consulto alguém próximo da especialidade, e como eu formei aqui na casa, conheço residente, conheço professor, então eu acabo checando com eles assim,

P: Entendi. E quais eram as suas expectativas quando você entrou no Mais Médicos?

M1: Antes de mudar a regra era tudo por 10% na prova, um, e assim, foi um chororô lá em casa quando teve essa mudança em novembro quando anunciou no começo de dezembro, quando eu fiquei assim , era meu plano eu não passasse, eu entrava no Mais Médicos por causa dos 10% e aí era isso, era o principal, mas ficar mais firme no conhecimento, conseguir tratar bem, aprender direito medicina, com mais firmeza, porque quando a gente sai, sai muito cruzão, a gente não tem certeza de nada, aí é difícil, aí ajuda bastante, e o retorno é muito gratificante, né, a gente faz a consulta e a gente sabe, que dois três meses o cara volta, sabe se deu certo, se não deu, diferente da graduação que a gente vê o paciente muito pontualmente, a gente não sabe se deu certo aquilo, isso é bom.

P: Entendi. E isso você está gostando?

M1: Gosto, gosto sim

P: Aqui em Botucatu você começou a trabalhar quando? Você trabalhou só aqui?

M1: Sim, eu me formei em novembro, o CRM saiu tipo em dezembro, aí eu dei alguns plantões na minha cidade, que é Votuporanga, depois alguns plantões aqui em Botucatu, assim em janeiro, a formatura foi dia 28 de janeiro, no dia 1º de fevereiro eu já estava aqui já trabalhando na Saúde da Mulher.

P: E a sua escolha inicial era ficar aqui em Botucatu mesmo, ou não, você pensou ... sempre quis ficar aqui.

M1: Não, até porque minha família é de Votuporanga, meus pais não são daqui, mas é diferente, porque como eu queria ficar estudando, sou acostumada aqui, tem todo o meu esquema de estudo, tem o cursinho, sempre tem um congresso na faculdade, então acho que esse ambiente que puxa pra estudar. Se eu voltar para minha casa, para minha cidade, que mal tem faculdade de medicina, meus pais, era outra pegada

P: Ta bom, mas eu digo assim do Mais Médicos você poderia escolher outra cidade, mas sua preferência era mesmo ficar aqui em Botucatu.

M1: Ah sim, eu tenho estrutura, tenho residência, tem apartamento aqui, e meus amigos aqui, meu namorado é daqui, a faculdade, não tinha porque ser em outro lugar.

P: Entendi. Era mais conveniente. E como foi sua recepção aqui na equipe, sei que na verdade você já era conhecida da equipe, ou você achou alguma diferença, mudança depois que você virou Mais Médicos?

M1: Não, não, de jeito nenhum. Eles até ficaram mais felizes, porque acabou sendo uma médica a mais pro serviço, né, porque a minha vaga rodou, entrou outra médica atrás de mim, mais eu, então eles adoram porque consigo fazer visita domiciliar, consigo, é mais alguém para ajudar.

P: E além, você falou da visita, além dos atendimentos individuais, desenvolve algum outro tipo de trabalho?

M1: Tem um grupo de resultados, que é um grupo que a gente organizou com o pessoal da Nutrição, é meio para desafogar a agenda dos médicos, porque ao invés da gente vir, fazer um exame e passar por outra consulta, então eu checo, toda terça-feira, 30 casos, 30 pacientes com as meninas na quinta-feira de manhã e aí a gente discute, tem umas condutas devidas, é bem legal assim. Aprendi bastante. E é uma coisa mais acadêmica, a gente explica pras meninas porque que é isso, porque é aquilo, tipo, a gente lê bastante, porque que é esse exame, quanto tempo precisa de novo pedir outro, se o paciente precisa, ler protocolo teste diabetes, protocolo de hipertensão, do SUS, assim, pra fazer certinho, seguir os guidelines, assim

P: E como é sua agenda, assim, sexta-feira de manhã tenho esse grupo, como funciona sua agenda?

M1: Eu atendo segunda-feira, a maioria dos dias eu atendo no saúde do adulto, de terça-feira de manhã eu faço visita domiciliar, de quarta-feira, semana sim, semana não, pela manhã, eu tenho um grupo de diabetes, só que sempre que eu digo que tenho grupo, eu atendo a quantidade normal, que são oito pacientes que é marcado sempre por período, aí eu acabo de ver meus pacientes eu vou pro grupo, assim, faço as duas coisas, não é coisa livre, na verdade fica meio apertado, mas dá. O combinado com os outros médicos e com a enfermeira ali debaixo, adulto, é que quando eu tenho um grupo eu não preciso atender todos os extras, porque aí também seria demais.

P: Você é a única médica responsável por esse grupo, ou divide com outra médica?

M1: Eu sou a única médica

P: É você que conduz

M1: Dois grupos, mais visita, eu sou a única médica que faz isso

P: Entendi. E existe algum tipo de cobrança, assim em relação a número de atendimentos, ao formato da sua agenda?

M1: Eu sei que via posto, via Mais Médicos, mas eu sei que tem, eu já ouvi falar de uns 300 por mês, eu já ouvi isso, mas nunca ninguém me falou nada não.

P: Você nunca se sentiu cobrada, nunca sofreu esse tipo de pressão, 'precisa produzir mais',

M1: Não, isso não. O acordo com os médicos aqui da unidade, são 8 pacientes agendados mais os extras, porque tem uma demanda muito grande de extras, senão a gente não consegue atender mais de 8 agendados, e acaba sendo bastante, não sobra tempo não, não sobra, ...

P: Bem corrido então. E por exemplo, dos casos que te trazem, que tipo de problema o paciente traz que te deixa mais desconfortável, que você acha que é mais complexo, de tratar.

M1: Acho que coisas de ortopedia, coisas complexas, essas dores crônicas, não complexo pelo estudo do caso, mas são coisas que exigem grandes mudanças, fazer uma radiografia que as vezes eu não consigo tão cedo, às vezes o paciente precisa fazer, deixar de ser sedentário, as vezes emagrecer, precisa comer direito, às vezes eu preciso de um exame mais rápido de tomo. A vaga para tomo está para o final do ano que vem, então se o paciente tem um problema de coluna, não consigo diagnosticar isso rápido, e isso é um pouco frustrante, eu acho que essa parte de ortopedia que exige exame de imagem, encaminhamento, o que não depende da gente é difícil sim.

P: O que não depende só de você. E por exemplo, você falou de encaminhamento, precisa encaminhar, pedir exame, como que é a questão de encaminhamento, é muito difícil, você tem muita dificuldade para encaminhar?

M1: Varia conforme a especialidade, então, a maioria das agendas estão bem cheias. Vascular que é impossível encaminhar, coisa assim de 5 anos para ter vaga, otorrino já falaram que tem vaga só em 2019...

P: É tudo Unesp estas vagas?

M1: Como Botucatu não tem uma atenção secundária, não tem o AME, não tem ambulatório, então passa sempre da primária para a terciária, quaternária, então é a mãe Unesp, não tem um meio termo, existe até o ARE, que tem alguma especialidade, a gente consegue encaminhar, mas ortopedia é frustrante, porque todos que encaminhei para o ARE o médico mal olhou para a cara dele, não pediu nada e mandou para casa com antiinflamatório, então é bem frustrante, o paciente fica bem chateado, com a ortopedia do ARE.

P: Como é receber de volta esses pacientes?

M1: É frustrante, a gente fica frustrado mesmo, a gente vê que o negócio não está adiantando. Eu tento bastante essa coisa da faculdade, essa atenção básica, ter que suprir 80%, 90% da demanda, eu me esforço muito pra não ficar encaminhando, mas quando eu encaminho é porque é real, e como é muita fila, tem a possibilidade do chefe da UAC, cuidado do Dr. A, tem a possibilidade de ligar para ele quando é um caso muito grave, e pedir para ele passar na frente, mas já aconteceu muitas coisas que ele não, que o dr. A deu uma ignorada em pacientes graves, peguei um caso de um paciente que ela tinha uma perda, uma fraqueza muito progressiva, muito rápida, assim, em três meses estava derrubando copo, não conseguia segurar nada na mão, aí eu disse, meu Deus, e ela tinha um Rx só mostrando que tinha um bico de papagaio, um osteófito, mas ele era muito estranho, parecia ser muita compressão medular mesmo, hérnia, coisa grave que estava, aí liguei para o dr. A e disse: Dr. A, pelo amor de Deus, a gente precisa passar para a neurocirurgia, “ah não vou ver aqui para você, né, pode deixar, vou ver, vai dar certo”, e aí passou um mês, o meu encaminhamento escrevi todos os detalhes da vida, voltou, falando que estava pedindo um Tomo, mas a vaga da Tomo está para o final do ano que vem, e assim, no meu encaminhamento eu

escrevi urgente, coloquei estrela, asterisco, e grifei, aí eu de novo, peguei a Tomo, descrevi urgente, escrevi pelo amor de Deus, ela precisa ser vista, aí passou, eu disse, acredito que agora vai, e orientei muito muito ela

P: E você não teve um retorno, não sabe como concluiu

M1: Sei, sei como concluiu porque passou assim coisa de 3, 4 meses , ela voltou de extra, esses dias comigo, tem até o nome dela, que ela voltou de extra, e ela estava no pós operatório da coluna, que um dia ela estava passando muito mal, eu tinha orientado, ela foi no pronto socorro, na verdade essa compressão era um câncer de medula,

P: Mas aí ela conseguiu via pronto socorro

M1: A sorte que um santo olhou ela e também achou muito estranho, e encaminhou ela direto para o PS da neurocirurgia e ela fez a tomo num dia e eles nem queriam operar ela porque achavam que estava muito grave o câncer, aí veio um cara de Bauru operar ela, durou 8 horas de cirurgia com risco alto de ficar tetraplégica , porque era bem alta a compressão, e aí, sorte, que deu tudo certo, assim, mas isso é muito frustrante, porque , poxa, eu fiquei me sentindo mal , porque sabia que tinha uma coisa errada, tentei fazer um pequeno escândalo, liguei para o dr. A, liguei para mil pessoas, e o negócio não vai,

P: Entendi, essas situações...

M1: E por dar errado, podia ter dado muito errado

P: E tem mais algum exemplo, de situações que você viveu e disse, nossa, isso me desanima muito, me deixa muito frustrada,

M1: Essa foi difícil, outro dia uma paciente que estava com visão dupla, e visão dupla pode ser olho ou pode ser cérebro, e já tinha passado por dois médicos oftalmos, médico do olho particular, e que juravam por Deus , fizeram ultrassom no olho dela, e que não era do olho, então tinha que ser na neuro, e a gente pensou que estava com câncer, pelo amor de Deus, aí eu liguei para o dr. A também numa quinta-feira a tarde , no celular, eu liguei para ele, e tal, aí ele disse, ‘pode deixar’, aí eu disse, dr. A, estou preocupada né, é grave, ele disse, ‘pode deixar, faz um encaminhamento e escreve urgente e tudo certo’ e nisso foi um feriado que eu tinha ido num congresso e passou e fiquei sabendo que o encaminhamento, o técnico de enfermagem daqui foi levar pessoalmente para o dr. A que não estava no dia, mas no dia seguinte ele foi lá levar, e o dr. A não quis aceitar porque falou que médico tem que parar de ser preguiçoso, que médico não trabalha, que ele não era médico para discutir o caso com ele, e que ninguém tinha discutido esse caso,

P: Ah, por não ser você que estava levando

M1: Não, ele não estava lembrando , não lembrava que tinha discutido o caso com ele, e o B, que é esse técnico, não, mas a C nunca deixa fazer... ‘não, não discutiu, e fala pra outro médico então fazer o encaminhamento’, então teve que voltar para trás, era um caso super grave, voltar pra trás, e outra médica que estava na semana , ela fez o encaminhamento, ligou, e o dr. A falou a mesma coisa que eu tinha falado e aí ele aceitou e eu nem sei o que virou esse caso, assim, acabou indo

no particular, assim, um caso que pode ser um câncer no cérebro atrasou o tratamento pelo menos uma semana e meia por causa disso...

P: Burocracia

M1: Burocracia, e por não vir que não trabalho, isso é bem frustrante, não trabalha, puxa vida,

P: Mas aqui dentro você ouve esse tipo de comentário?

M1: Não, o pessoal é muito legal aqui, muito espíritoso, educados, não, isso não. Todo mundo é bastante esgotado, emocionalmente, é muito caso, muito paciente, muita história, o paciente distrata a gente, mais eles do que eu, porque vai aparando ali, começa na porta, quando chega aqui o paciente está bonzinho, mas já xingou todo mundo lá fora, mas, aqui não

P: E você tem algum caso de algum problema com o paciente desse tipo de distratar, enfim, com você.

M1: Uma vez, assim, uma única vez que eu , foi um dia muito difícil pra mim, porque eu estava super triste, porque minha mãe estava com suspeita de câncer de barriga, e eu ia visitar ela naquele dia, eu ia sair da consulta na hora do almoço e ia para Votuporanga , ia dirigir 4 horas sozinha na estrada, e aí eu falei não, hoje mesmo com tudo isso acontecendo na minha vida ninguém merece, o paciente merece ser bem atendida, aí era uma família atender, primeiro era um paciente , bem gordo, obeso mórbido, idoso, o homem não tratava nada para diabetes e eu fiquei um bom tempo com ele conversando, esforçando, explicando, convencendo ele a fazer atividade física e ele começou a contar de um filho dele que seria o próximo paciente , que o filho dele é adotado, problema congênito, ele queria me contar pra não ter que falar na frente do filho dele, e nisso eu ouço assim “pam, pam, pam” na minha porta, eu escuto “ta, ta, ta” batendo com muita força, aí eu falei, nossa, chegou alguma coisa na emergência, que isso quando isso acontece é porque chegou uma emergência, nossa, pode entrar, a porta está aberta, sempre deixo aberta, não tranco, fica só encostada, aí abriu e eu disse, pode abrir, pode abrir, nossa, aí eu levantei pra abrir a porta, aí era uma senhorinha desse tamanho, e era a esposa do paciente, aí ela não olhou na minha cara e falou ‘que consulta demorada, essa consulta não vai acabar não?’, e assim, fazia meia hora com o paciente lá, problema meu, também se eu quisesse ficar umas 4 horas com ele, era realmente problema meu ‘essa consulta vai demorar, não sei o que, não vai acabar não, que demora!’; nossa, daí falei, ela deve estar com ciúme de eu estar com o marido dela, ela não fala, daí eu falei ‘a senhora não quer entrar, pode entrar, fica à vontade’, nisso ela virou as costas, saiu andando, ignorou o que eu falei. Nossa, eu fiquei muito brava Louise, aí aquele dia eu respondi, eu fiquei muito brava e daí eu falei ‘você está brincando comigo, a senhora bateu na minha sala pra fazer isso, a senhora está brincando comigo!’. Daí passou... o marido dela sentiu humilhado e falou ‘você me perdoa, minha esposa está nervosa’, daí eu falei, ainda mais naquele dia que eu estava embaixo, todo mundo tem problema, e nem por isso estou sendo mal educada, e aí ela era a próxima a ser atendida, mas muito burra de fazer isso, justo comigo, daí eu chamei ela em

seguida e eu falei ‘a senhora quer uma consulta rápida? A gente vai ter uma consulta bem rápida, pode deixar’, e foi.

P: E como foi atendê-la depois desse estresse? Porque você não estava bem

M1: Eu sabia que eu não ia maltratar ela, mas eu não fui legal, nossa, eu normalmente faço o paciente dar risada, eu quero convencer ele, porque normalmente fica esperando transporte, então eu fico tentando convencer ele que vai dar tudo certo, a entrar num grupo de nutrição, vamos inscrever o senhor. Ela não, com ela não, foi bem rapidinho mesmo, ela não queria uma consulta de médico frio, então eu atendo como médico frio, uma médica fria, mas nada, eu não deixei faltar mas não deixei sobrar nada não, e o filho dela foi depois e eu tratei ele super bem de novo, o filho dela devia achar que eu era maluca, porque ela deve ter falado ‘nossa, que médica seca’, e o filho dela e eu tratei, aí passou... foi isso, não deu nenhuma repercussão também não ... eu acho

P: Foi o estresse do momento

M1: Esse negócio do CSE não ter uma porta, assim, ser um corredor aberto, dá muita liberdade pra esse paciente, muito complicado

P: Não existe esse negócio de que só entra aqui quem for chamado,

M1: Não

P: Qualquer pessoa

M1: Não, ele fica num corredor, a ponto de abrir minha porta, como ela fez, é muita falta de respeito também. Eu não sei, mas eles foram criados mal educados, mas tá tudo errado, acho

P: Entendi. Uma coisa que eu queria te perguntar: o que você acha de mais positivo nesse trabalho que você desenvolve aqui?

M1: Acho que é de ver tudo, a atenção básica mesmo, você consegue aprender um pouco de tudo, você é médico generalista, sabe, não fica preso só numa área, e faz você estudar, faz você querer saber mais.

P: E de ponto negativo, o que você acha que é a pior parte?

M1: Acho que é o estresse, a falta de tempo, é muito paciente. Aqui no CSE a gente cobre uma área, em teoria de 16 mil pacientes, mas são 40 mil prontuários abertos, então, é mais que o dobro, o triplo, assim, está errado

P: Eu sei que você está aqui há pouco tempo, mas você sabe se já tentaram mudar isso, ou não existe a possibilidade...

M1: A gente tenta ser assim, a gente não pode proibir os pacientes de abrirem prontuário aqui, então eu atendo muito paciente, hoje mesmo eu atendi paciente que mora em sítio, que mora em outras áreas e querem ser atendidas aqui no CSE porque aqui é melhor, que aqui vai mais rápido que a Unesp, então tem toda uma cultura que aqui é melhor, e gera essa super demanda, então a gente não consegue fazer certinho. Exemplo, todo final de ano minha agenda esgotou há meses,

toda vez que eu quero reavaliar um paciente, quero ver uma insulina, entrar com um remédio psiquiátrico para ver como ficou, eu tenho que estourar minha agenda.

P: E como é o tempo de espera hoje, se alguém vier hoje e quer agendar uma consulta de rotina, geralmente, qual que é o tempo de espera?

M1: Agora, a sorte que virou o ano, está segurando para a agenda do ano que vem, em dezembro vai abrir a agenda do ano que vem, então consegue para janeiro, fevereiro para conseguir uma consulta

P: Entendi, geralmente é mais ou menos esse tempo assim, dois, três meses de espera?

M1: Quando eu entrei aqui no mês de junho, tinha algumas vagas na minha agenda, mas eles não estão marcando muito não.

P: Já estava fechada até o final do ano?

M1: Estava fechada.

P: E de todos os outros médicos também é assim?

M1: Dos outros fecha bem antes de mim

P: É tudo sempre assim, lotado?

M1: Lotado por causa disso, porque é muito paciente para um serviço que não comporta

P: E existe alguma tática, alguma coisa que a gerência usa para tentar diminuir essa fila ou não?

M1: Não, não... eu não sei. A gente tá fazendo bastante reuniões, pra ver como vai remanejar a saúde do adulto para o ano que vem. O problema é que passou do adulto, a criança, gineco, ainda vai melhor.

P: A saúde do adulto que é mais complicada...

M1: Ah sim, de longe.

P: Entendi, a maior dificuldade você acha que é...

M1: É o tempo mesmo, esse estresse muito paciente que você não consegue fazer tudo que gostaria, poderia ser bem melhor

P: Você poderia fazer melhor.

M1: É que tem que fazer uma consulta rápida de 20 minutos para conseguir dá tempo de atender todo mundo e como não tem lugar na agenda, eu estranhei muito quando entrei aqui, não diferencia muito bem que é extra e o que é agendado, porque aí você acaba ficando com dó do paciente o paciente vem aqui de extra mas há mil anos ele não passa no clínico e tá tomando os remédios tudo errado já foi diagnosticado com diabetes mas não trata como que você vai falar para ele, há senhor, vem aqui em dezembro para o ano que vem o senhor marcar uma consulta, você acaba fazendo tudo no extra também então acaba tendo extra para demorar é um extra que é uma consulta, então, na verdade é tudo como se fosse uma consulta agendada

P: Por exemplo, somando os extras com as consultas que você já tem agendada no dia, seriam a média de quantas que seriam?

M1: Varia muito Louise, varia muito em relação, por exemplo, se teria enfermeira para fazer acolhimento, a enfermeira, o técnico consegue reduzir bastante porque às vezes o paciente não precisa falar com médico ele pode passar com outro profissional e consegue uma coisa simples, é uma remarcação de exame, veio buscar resultado Mas tem dia por exemplo, isso tem melhorado. Mas já teve algumas vezes, de eu ficar realmente sozinha, a tarde inteira só eu de médica, fazendo toda minha agenda e todos os extras, aí é difícil já sair daqui às 6:30 às 7 horas da tarde, sendo que o normal é das 13 horas às 17 horas o período, mas fiquei aqui mais de uma hora só de 20 pacientes, mas varia muito, varia quem tá de médico. A gente tem um problema aqui, que tem muito médico antigo no serviço, que faz coisas antigas há muito tempo, então assim para ele eles não se importam muito se tem extra ainda, eles atendem o dele e de vez em quando, depende do humor, pega uns dois, três extras e eles vazam, vazam e tem paciente ali para ser atendido, e eles não querem nem saber.

P: E aí quem ficou

M1: Quem ficou foi... E às vezes eles escolhem, porque quando o pessoal técnico da enfermagem, eles escolhem, aqui é uma diarreia, uma dor de garganta e quando tem uma coisa mais simples, eles pegam três, quatro, escolhe ao invés de pegar na ordem, escolhe ali e vaza, aí só dizem o Fulano já vazou, não tá aqui mais aqui não, E sobra para você que tá querendo fazer direitinho e sobra

P: Aqui extra não é dividido em áreas, por exemplo?

M1: Não.

P: O CSE inteiro é de todo mundo?

M1: É porque assim esses médicos antigos atendem mesmo os pacientes deles, e aí não tem uma ordem, vai entrando, vai chegando um monte de paciente novo e foi pegando para mim, então na verdade eu sou o médico que mais atendo extra e isso acaba gerando novos pacientes para mim, por que esse paciente acaba sendo meu

P: Ele volta para você

M1: Para eu avaliar e aí já passou duas vezes comigo e virou meu

P: E aí existe isso, a última consulta foi com a doutora A então a próxima vai ser com ela também.

M1: O paciente não acontecia muito isso comigo, mais uma discussão com pessoal técnico da enfermagem eu atendi um paciente, eu colhi o Papanicolau dela então é saúde da mulher aí paciente era minha e eu nunca fui fazer isso na vida como Clínico, colhi um Papa dela, eu não faço ideia de como era, mas eles iam meu nominho lá ah, é seu.

P: É seu pra sempre. Entendi. Ah eu queria te perguntar do Nasf aqui em Botucatu, tem Nasf, né? Como é o apoio que o Nasf dá, acha que tem ajudado, você acha que podia ser melhor?

M1: Na verdade eu esqueci de te falar, que durante um mês quando eu me formei trabalhei aqui e no Jardim Cristina, trabalhei um mês lá antes do contrato com a Famesp, um curso, lá tava muito legal; só que aqui como por exemplo, o Nasf a parte de nutrição, tem nutricionista então a gente

acaba não usando, tem saúde mental, tem todo um trabalho da saúde mental aqui, agora tem a dra. D, foi contratada como psiquiatra aqui a gente não fica usando ela, aqui a fisioterapia tem a F aqui, então a gente acaba não usando muito isso, porque aqui tem e é de terça-feira à tarde só que o Nasf vem e é bem na minha folga, então eu não consigo discutir

P: Então é mais você tem um respaldo de outros profissionais que trabalham aqui?

M1: Tem, supre, não falta.

P: Do encaminhamento você já falou... eu queria uma última pergunta para a gente terminar. Você acha que esse tempo que você está trabalhando no Mais Médicos, você acha que mudou sua visão da atenção básica ou a atenção básica é o que você realmente já imaginava, que já tinha conhecido na faculdade?

M1: Ah hoje em dia eu respeito muito mais os outros profissionais todos, a gente tem uma visão muito limitada do que o médico faz, mas quando você entra no serviço aí você como funciona junto, como é importante. Parece um clichê falar isso, mas como é importante um recepcionista, um enfermeiro, que você não sabe tudo. Tem funcionário que sabe muito mais do que você nas áreas deles, então você precisa de ajuda da nutricionista, você não pode ir recomendando qualquer dieta; a enfermeira sabe muita coisa, a enfermeira sabe fazer curativo melhor do que eu. Eu respeito muito mais essa integração, consigo pedir opinião com outros profissionais, fica legal assim.

P: Que bom! Ano que vem tomara que você faça residência, tá prestando o quê?

M1: Dermato.

P: Se não passar você vai querer continuar no Mais Médicos?

M1: Vou sim, vou continuar.

P: Tá gostando então, no balanço geral tipo, apesar de tudo...

M1: A gente tem bastante problema com o tutor, que colocou umas regras meio loucas, impostas, você sabe disso?

P: Não.

M1: Quando a gente entrou aqui, na verdade, nosso tutor, pelo Ministério da Saúde é o G, o secretário da saúde, mas na realidade é o H que é o chefe da OS. E aí no primeiro dia que a gente entrou aqui ele fez a gente assinar um doc com algumas regras internas do programa, regras que não existem no programa, que não existe em lugar nenhum e nunca devolveu para gente esse papel. A gente tem esse negócio porque alguém tirou foto no dia, mas é umas coisas meio malucas, tipo a gente não pode tirar folga nem segunda de manhã nem sexta à tarde, a gente não pode aumentar o final de semana. A gente sabe que ele é bem controlador, esse cara. Apesar de ele não ser o chefe real, se a gente tiver uma folga perto do feriado a gente tem que mudar a folga de dia.

P: Não pode tirar folga próximo de feriado.

M1: Tem, por exemplo, que fazer 4 horas por período, não pode ser diferente as horas, por exemplo, eu tenho um amigo que trabalha em São José dos Campos ele trabalha das 7 da manhã à uma da tarde...

P: Entendi

M1: Que para mim que gostaria de estudar seria bem mais vantajoso ao invés de fazer de 4 e 4 horas e uma das regras é que não pode haver acordo interno tudo tem que conversar com ele não pode acordar uma coisa com o posto e ficar de boa, ele ameaça bastante a gente, ameaça mesmo.

P: Que tipo de ameaça

M1: Que a gente pode ser desligado do programa se alguma coisa acontecer, é um terrorismo, assim fica nas entrelinhas, mas assim a gente sente bastante coagido por ele. Aqui no CSE nem tanto porque tem a Famesp aqui, mas nos outros postos tem o grupo dos médicos todos, juntos, do Mais Médicos juntos as pessoas são bem coagidas por ele sim. Fica bem difícil.

P: Porque na verdade vocês não respondem diretamente a ele?

M1: Mas na verdade sim, na prática é ele. por exemplo nossas férias a gente pode tirar, tem 70 dias a partir do sexto mês do Mais Médicos pode tirar 30 dias de férias, aí ele colocou uma regra que você não pode tirar 30 dias seguidos tem que tirar pelo menos quinze e quinze. A sorte é que eu pedi minhas férias antes, aí demorou muito. Daí tive que ligar um monte de vezes lá aí ele acabou aprovando as minhas férias, apesar de que no sistema Mais Médicos não tem nada aprovado tudo solicitado, mas no papel ele aprovou, aí eu consegui tirar 15 e mais 15. Outras médicas que foram pegar agora 15 depois mais 15 ele falou que 15 mais 15 tem que ser no intervalo de 90 dias. Essas regras não existem.

P: Não é uma regra do programa?

M1: Imagina! Isso não tem em lugar nenhum, mas ele faz do jeito dele e a gente acha que ele é bastante sádico, gosta de ver o sofrimento, por exemplo, eu queria pegar muito CSE no Mais Médicos, mas a estratégia da Saúde da Família prega vínculo e eu já tava na Unidade desde fevereiro a gente estava habituado ao CSE, que conhecia todo mundo inclusive os pacientes era eu e aí quando eu passei né, eu queria garantir que eu ia ficar aqui, não é que eu não quisesse, não é nem por causa do dinheiro, mas teria que mudar para outra unidade e eu aí eu falei para ele: olha, eu gostaria de continuar no CSE o órgão tá aqui perto, a localidade, eu moro aqui do lado, se for por experiência eu estou aqui desde muito tempo; na faculdade eu fiz minha graduação, curso, estágios eu fiz no CSE então eu conheço o serviço não tinha sentido ser outra pessoa e aí foi o maior terrorismo da vida. Ele disse, ah eu não sei eu vou pensar, não cabe a mim resolver, é tanto que eu tive que sair do programa, tive que sair da Famesp, acabei tendo que pedir demissão de lá sem ele falar onde a gente ia, começou a nossa reunião de manhãzinha 8 horas da manhã, aí falando do programa, a gente até falou da escala do Mais Médicos, ele avisou a gente era meio-dia onde cada um ia, eu acabei ficando no CSE, sabe isso foi terrorismo total, ele gostava de ver o sofrimento das pessoas, ele podia ter deixado eu ficar aqui.

P: E vocês têm reuniões com intervalos próximos com ele, ou não?

M1: Era uma vez por mês, mas acabou ficando doente, ficou um longo tempo sem ver ele. Eu até prefiro não ver ele. A gente sabe de várias histórias antigas de residentes, rola, tem várias lendas urbanas desse cara aí de outros profissionais assim, então é melhor ficar fora de radar com ele, mas é bem raro porque ele inclusive é chefe da OS, é um cargo e ele não pode acumular com o Mais Médicos, mas ele acumula. A gente já tentou denunciar para os nossos tutores que são praticamente cargo acima dele mas acho que rola muita política local, daí eles ficam assustados quando a gente falou disso, aí dizem vamos ver o que vamos fazer, mas passou um mês, o meu tutor, ele chama I, ele é da região toda assim, ele é de Ourinhos. Aí quando ele vem para cá e está tudo bem mas ele nunca correu atrás disso, é isso mesmo, aí a gente fica bem frustrada porque a gente fez uma super denúncia contra esse cara, que a gente estava sendo coagido, tinha acontecido alguma coisa, aí passou um mês, e aí gente, tudo bem gente, tudo certo? Aí eu falei, não, você não viu o negócio? Aí ele disse, o que era para ver mesmo? Poxa, a gente falou tudo e até agora... não, mas fala pra mim... aí eu disse que tá tudo bem, tudo bem. Isso foi bastante, mais frustrante do que qualquer outra coisa

P: E qual é o cargo dele no Mais Médicos?

M1: Nenhum

P: Ele não tem um cargo oficial dentro do Mais Médicos?

M1: Não, não tem. Não tem.

P: O secretário de saúde tem algum tipo de...

M1: De coordenador regional.

P: Mas com ele não tem nenhum tipo de problema?

M1: A gente nunca conversou com ele

P: Vocês não tem contato então

M1: Ele é o representante.

P: Aqui em Botucatu, no caso, é o H que está sendo o coordenador de vocês mas que não tem cargo no Mais Médicos?

M1: Apesar de o cargo na OS. Isso é acúmulo de cargos, é ilegal, a gente sabe, e mesmo não tendo ninguém para denunciar isso a gente sabe que está errado, e...

P: Tem mais alguma coisa que eu não perguntei que você acha que é importante saber e você acha que pode fazer?

M1: Não, acho que o que mais incomoda todos os médicos do ciclo 14 é essa questão do H da gente, de ser coagido e não sabe pra quem recorrer.

P: E você tem contato com outros médicos de ciclos anteriores?

M1: Tenho sim com grupo de WhatsApp Mas a impressão que dá é que eles são bem passivos. Por exemplo, no encontro que a gente teve lá em São Paulo falaram que era para prefeitura ter ajudado a gente, ajuda de custo, porque inclusive teve van, a maioria das cidades, a van levou eles

lá, deram almoço para eles e a gente foi por conta própria, aí a gente, outro pessoal do meu grupo reclamou para outra tutora que não é a I, aí ela falou assim que tinha que ter pedido antes, aí os médicos defendendo, dizendo que sempre foi assim, assim a gente nunca recebeu ajuda nenhuma porque eles são passivos para caramba, culpa de vocês que as coisas são assim, não corre atrás de nada. Eu não ligo, eu nem gastei tanto dinheiro, mas podia ter recebido ajuda, todo mundo recebeu.

P: Entendi, todo estado de São Paulo?

M1: Todo estado de São Paulo, e a gente não recebeu nada da prefeitura e antes era muito atrasado o nosso auxílio de custo, por que assim, o Mais Médicos custa para o Governo Federal R\$10900 e aí a gente tem que receber um auxílio da prefeitura de alimentação e hospedagem, moradia, e a gente sabe que o nosso auxílio, o que a gente ganha, é o mais barato do Estado, Botucatu é um dos mais baixos

P: O município de Botucatu

M1: Já gasta pouco com a gente, gasta bem pouco, bem menos do que vários municípios do Mais Médicos de outras cidades e ainda assim fica atrasando

P: Então vocês têm esse tipo de problema, não da verba Federal, mas da verba municipal?

M1: Todos esses programas são municipais, a questão do atraso, porque não tá nem aí, é a história desse cara, esse chefe que não é chefe, que fica dando um monte de ordem que a gente sabe não que não está no manual do Mais Médicos.

P: Entendi, então pelo visto é algo que te incomoda bastante?

M1: Sim, e todos os médicos todo mundo que trabalha aqui fala isso.

P: E como é a relação de vocês com outros médicos, é boa?

M1: A maioria era da minha sala, já conhecia, e a gente tem um grupo dos médicos no WhatsApp, a gente é bastante unido sim.

P: Ah, isso ajuda.

M1: A gente conversa todo dia no grupo.

P: Que bom!

M1: Eu queria te agradecer por sua disposição, de conversar comigo... Falei bastante, vai ter que transcrever tudo isso.

P: Não tem problema, é justamente isso que a gente quer. Qualquer coisa tem o meu contato aqui no termo, se você quiser entrar em contato comigo, em qualquer momento pode entrar em contato.

M1: Tá bom.

P: Agradeço.

ANEXO 5 Entrevista 2

Pesquisadora: A gente pode continuar conversando informalmente, não tem problema, tá bom? Eu não fiz especialização. Eu me formei, não fiz especialização, comecei a trabalhar aqui em Botucatu, na verdade aqui em Botucatu, meu primeiro ano trabalhei no CRST, não sei se você já teve algum contato com eles, eles estavam precisando de médico, aí eu acabei sendo convidada para trabalhar lá, aí de lá eu fui para São Paulo, trabalhei com o PSF lá, e trabalhei com PSF aqui em São Manuel, pertinho aqui de Botucatu. E você, esse é seu primeiro emprego?

Médico 2: Meu primeiro emprego.

P: Como está sendo?

M2: Como todo primeiro emprego, pegando as manhas, faz já um tempo que estou aqui

P: Faz quanto tempo que você está aqui?

M2: Dois anos e alguns meses.

P: Desde que você entrou no Mais Médicos você está aqui?

M2: Desde... eu fiquei uns meses em Vitoriana, depois vim para cá.

P: Essa transferência foi porque você quis ou por necessidade do município?

M2: Foi por necessidade do município.

P: E você é aqui de Botucatu?

M2: Não, sou de Itapeva.

P: E como você chegou até Botucatu? Você que escolheu a cidade?

E2: Sim, quando você é alocado para o Mais Médicos, eu trabalho como colaborador internacional, porque eu não sou revalidado.

P: Você se formou onde?

M2: Em Cuba. Então você tem a opção de quatro municípios que pediram Mais Médicos, aí você podia escolher entre quatro municípios. Na primeira alocação eu não fui alocado porque tinha pessoas com mais pontuação que eu, nas cidades que eu pedi, e na segunda acabou ficando Botucatu, como segunda opção ficou ela.

P: Entendi. E como está sendo a adaptação aqui em Botucatu? Você não conhecia a cidade antes?

M2: Não.

P: E como está sendo?

E2: Tinha passado uma vez por aqui. Bem. Tranquilo. Embora eu não goste de cidade, eu sou do campo, eu estou curtindo Botucatu, uma boa cidade.

P: Está gostando, a adaptação não está sendo muito complexa.

M2: É uma cidade de pessoas de idade,

P: Tem bastante. Você gosta?

M2: Tranquilo. Não tem barulheira. Embora seja universitária também.

P: Apesar de ser uma cidade universidade é uma cidade tranquila.

M2: Não vejo muito. É bem tranquila.

P: Com relação à adaptação com a cidade, você não teve nenhuma dificuldade?

M2: Não. No começo.

P: O que foi difícil no começo?

M2: Vida no campo, saí do campo para vir para cidade.

P: Quando você diz vida do campo, o que você quer dizer?

M2: Eu moro num assentamento.

P: Ah, entendi. E você morou quanto tempo no assentamento?

M2: Desde os 11. Eu tenho 34.

P: Então, final da infância, adolescência toda, juventude?

M2: Eu sou o típico - não sou jovem mais - mas o típico jovem atípico, porque geralmente o jovem gosta mais da cidade, o jovem, não, eu gostava mais do campo.

P: Você ainda gosta mais do campo?

M2: Ainda gosto mais.

P: E por exemplo, lá em Vitoriana, querendo ou não, é um posto de saúde que tem mais contato com a vida no campo, às vezes com trabalhadores rurais, ou não, estou enganada?

M2: No trabalho isso não se reflete muito não.

P: No trabalho não refletia para você?

M2: Não.

P: Nos atendimentos que você fazia...

M2: Não. Não é a vida no campo, né.

P: Entendi. E quando você foi para Cuba, você se formou quando?

M2: Em 2014.

P: 2014. Quando você foi para Cuba, lá você foi para Havana?

M2: Para Havana.

P: E como foi sua adaptação, porque você saiu, porque daí você saiu mesmo do campo, ou você não estava mais no campo nessa época?

M2: Não, estava na cidade. Meu porto seguro é o campo, mas como eu trabalhava no movimento social, ficava na cidade.

P: Então você não morava no campo nos últimos anos, antes de ir para Cuba?

M2: Não.

P: E como que foi? Você se formou e veio para o Brasil tentar o Revalida, como foi esse processo?

M2: Então, depois que eu me formei, até entrar no Mais Médicos, teve só um processo do Revalida que eu não prestei, não prestei e nesse tempo eu fiquei desempregado

P: Aqui no Brasil mesmo você ficou? Você terminou e voltou?

M2: Foi muito difícil. Foi um ano e pouco acho, até abrir o Mais Médicos, nesse meio tempo só fazendo trabalho voluntário porque não podia fazer muita coisa porque não tinha registro, nem provisório.

P: E como que foi logo que saiu Mais Médicos e você se inscreveu quais eram suas expectativas quando você viu essa possibilidade, essa porta se abrindo?

M2: Imagina que a gente sai de Cuba sabendo que vai chegar no Brasil e já vai revalidar o diploma se quiser trabalhar, e daí por meio da Medida Provisória você, não necessariamente tinha que fazer, revalidar para trabalhar, então imagina, você chega sem, você chega perdido sem nenhuma expectativa, aí tem um programa que você consegue entrar e aí no programa você consegue fazer as provas do Revalida. Você não perde a prática né, embora você não revalidou ainda, você está praticando, está clinicando.

P: O dia a dia te ajuda...

M2: Inclusive na prova depois.

P: Entendi, e você está estudando para a prova o seu objetivo é fazer o Revalida?

M2: Estou estudando. Quero Revalidar.

P: Você acha que sua formação te ajudou a trabalhar com ESF?

M2: Sim, Cuba é muito voltada para isso.

P: Entendi, você não teve nenhum tipo de dificuldade?

M2: Sempre tem né.

P: O que é por exemplo que você acha que foi mais complexo assim, eu digo no contexto do ESF, da estratégia da Saúde da Família?

M2: Então eu acho de questão de início mesmo porque você na faculdade você está sempre assessorado, sempre tem, se você tem algum problema que você não sabe, você vai no professor e pergunta, o dia a dia acaba aí.

P: Você não tem com quem checar?

M2: Não tem, embora aqui seja um lugar muito propício para você discutir casos, essas coisas no começo você sempre vai ter um impacto, sempre vai ter uma dificuldade.

P: E você está fazendo o curso do UNA-SUS?

M2: Faço o curso no UNA-SUS. Estou terminando o terceiro ciclo e foi no primeiro ano e agora só cursos mais esporádicos.

P: Você acha que ele te ajudou no dia a dia?

M2: Ajuda.

P: Em que que ele te ajuda, onde faz mais diferença?

M2: O que o paciente traz é o que você estuda lá no no curso da UNA-SUS, é bem tipo o que você precisa saber mesmo, diferente das provas do Revalida, né?

P: Tipo rodapé de livro...

M2: Entendeu? Já o curso, os cursos do UNA-SUS é muito bom.

P: Você gostou, você achou realmente que foi muito proveitoso?

M2: Muita coisa, inclusive, que na correria do dia a dia da faculdade você não estuda, você pega e outras coisas que você relembra também.

P: E falando um pouquinho mais da sua formação lá são seis anos de faculdade também, eu não conheço?

M2: São seis anos de faculdade mas nós que não falamos espanhol temos que fazer seis anos e meio. Os primeiros seis meses é “Aprender a Aprender”.

P: Como é, assim?

M2: Uma adaptação. Aprender espanhol para chegar no nível dos cubanos para depois conseguir trabalhar com eles no dia a dia.

P: Entendi, então nos primeiros seis meses então foi isso, e depois que você...

M2: Perdão, chamava Premed, que chama.

P: Você era o único brasileiro no seu grupo?

M2: Não, todos os anos iam 6 anos. Ah me desculpe, todos os anos iam 100 brasileiros para estudar.

P: 100? Bastante.

M2: Tinha 100 vagas e isso por um período de 10 anos que foi.

P: Agora não tem mais?

M2: Agora é auto financiado naquela época eu era bolsista.

P: Desculpa, essa é uma pergunta que nem é da pesquisa, é mais uma curiosidade pessoal mesmo, como foi sua experiência? Você gostou?

M2: Em Cuba?

P: É.

M2: Então, Cuba é mágico né, tem coisas boas e outras ruins, depressão no meio do caminho, que é um problema meu, que eu já tinha antes. Em Cuba eu tive crise também. Os cubanos são muito solidários, demais, o pouco que eles têm eles dividem com a gente, então você carece de alguma coisa, como você deve saber, mas foi uma experiência muito boa.

P: E por exemplo, você se formou você poderia ficar lá ou não?

M2: Poderia sempre quando eu pudesse me tornar um cidadão cubano.

P: E você não teve esse interesse?

M2: Não era o plano, o objetivo nunca foi não.

P: Legal, porque é a primeira pessoa que eu conheci que se forma lá e eu realmente não conheço.

M2: Tem bastante.

P: Como você falou das suas expectativas com relação aos Mais Médicos, depois de dois anos, você falou dois anos e alguns meses e você está, olhando as expectativas que você tinha e hoje, como é o seu dia-a-dia, como está sendo o programa e o que você enxerga realmente, minhas expectativas estavam dentro do que eu tenho vivido ou não, me frustrei, não tem sido melhor?

M2: Eu acho que está dentro do que eu esperava, tanto pelo programa quanto pelo espaço que eu estou alocado, também esse espaço é um espaço que a gente tem que ficar se capacitando todo tempo, certo, esse espaço aqui é um espaço muito bom para isso, tem algumas coisas que eu ainda não estou fazendo, por exemplo, agora eu estou atuando só na saúde do adulto e a ideia é ser um clínico geral, atender criança, mulher, tudo isso, acompanhar gravidez tudo isso, então estamos chegando lá.

P: Desde que você entrou aqui é desse jeito, você só atende saúde do adulto?

M2: Não, por um tempo eu vi criança também, mas como a demanda de adulto era muito grande, aí eu fiquei mais na saúde do adulto mesmo.

P: São quantos médicos aqui, você sabe?

M2: Quatro clínicos que fica no atendimento do adulto, acho que duas GO, duas pediatras e sempre passa residente de pediatria.

P: É uma equipe muito grande, né?

M2: Bastante grande.

P: E como foi a sua recepção aqui, como eles te receberam? Você notou alguma diferença pelo fato de você ser Mais Médicos? Você é o único Mais Médicos aqui, você notou alguma diferença?

M2: Nenhuma.

P: Nem da equipe nem da população?

M2: Da equipe e da população, muito bem recebido. Eu tenho uma gratidão muito grande pelo serviço.

P: Esse tipo de dificuldade então você não teve, assim, de qualquer tipo de preconceito qualquer coisa desse tipo?

M2: Não, nada, nada, nada.

P: E o trabalho em equipe, ele funciona? Como é que é?

M2: Então, mais ou menos, não funciona muito bem na minha avaliação, né. Eu acho que se tivesse um bom entendimento entre o que é o trabalho dos médicos, do acolhimento, da pré-consulta, da pós consulta; se a gente conseguisse afinar viola melhor, conseguiria fazer um trabalho melhor nesse sentido, tem bastante falha, eles dificultam o serviço dos médicos também.

P: E vocês estão fazendo algum trabalho para tentar mudar isso ou não dá tempo?

M2: Depois que mudou a gestão municipal, foi proibido fazer reuniões.

P: Vocês estão proibidos de fazer reunião?

M2: Não pode fazer reunião ou se quer fazer reunião, tem que ser com a porta aberta. Não tem como conseguir fazer uma reunião com a porta aberta.

P: É, pelo que eu vi ali, é meio difícil pelo pouco que eu vi ali na sala de espera.

M2: Aí você não consegue programar, você não consegue criticar as coisas que estão ruins, no sentido de vamos melhorar.

P: Tipo crítica construtiva?

M2: Faz falta no trabalho em equipe aí. Aí dificulta.

P: Então você acha que esse ano a coisa começou a piorar nesse sentido de se programar, de estratégias?

M2: Você conseguir trabalhar em equipe sempre é um desafio grande. Desde os dois anos que eu entrei aqui sempre foi um desafio grande, mas agora piorou, os espaços que antes tinha para você poder discutir os casos que eram poucos foi meio que fechado.

P: E com relação à sua agenda, houve alguma mudança?

M2: Não.

P: Como que funciona a sua agenda?

M2: A minha agenda geralmente são oito pacientes agendados, eu trabalho de segunda a quinta, 32 horas semanais, então são oito agendadas e uns 37 extras.

P: Por dia?

M2: Tô brincando tem dia que tem uns 24, 25, às vezes você está sozinho, tem dia que tem outro médico, e aí você tem que dar resposta.

P: Essa quantidade de extras você acha que atrapalha a qualidade do seu trabalho?

M2: Com certeza, inclusive deixa a desejar porque você tem que dar uma resposta para o paciente e o tempo não é suficiente para você dar essa resposta e o que você faz, entendeu? Mas esse não é um problema só aqui. Tem a ver com o sistema público como um todo.

P: Existe alguma cobrança em termos de produção?

M2: Não.

P: Não tem assim você precisa atender, cumprir metas, esse tipo de coisa?

M2: No começo parece que tinha, isso que eu escutei, não o que eu vivi, depois o Ministério hoje pensa que é melhor a qualidade do que quantidade, no começo era a quantidade.

P: Do ministério você não tem nenhum tipo de cobrança e localmente do município, ou de coordenação local também não?

M2: Não.

P: Que bom uma coisa a menos, é muito trabalho, mas pelo menos não...

M2: Bom seria se fosse tipo, colocasse, sei lá, 12 agendados e limitasse 5 extras, mas não existe esse negócio de limitar extras. Tem uma dificuldade das pessoas diferenciar o acolhimento daquele paciente que tem que passar, eles acham que todo mundo que recorre tem que passar para o médico, esse é um problema da pré, acolher é uma coisa, acolher não necessariamente o médico tem que ver, tem que acolher e esse é um problema que a gente tem e que dificulta o trabalho do médico.

P: Aí vocês ficam sobrecarregados e não conseguem talvez...

M2: E outra coisa né, se você não limita os extras a pessoa sabe que toda vez que ela vier aqui ela vai ser atendida de extra.

P: E não tem nem horário, nada disso, qualquer horário?

M2: Tem horário mas chega na hora que quer, não pode mandar embora.

P: Esse não pode mandar embora, eu entendo o acolhimento, realmente que todo mundo que chega aqui tem que ser acolhido, mas esse não pode mandar embora mesmo que seja uma queixa crônica, mesmo assim acaba passando com médico?

M2: Eu acho assim, raramente eles mandam agendar uma consulta.

P: E está uma espera de quanto tempo para uma consulta agendada aqui?

M2: Eu não sei te dizer exatamente quanto tempo, o que eu sei é que a gente abre em dezembro agora, vai abrir agenda para o semestre do primeiro semestre do ano que vem.

P: É por semestre que vocês abrem a agenda?

M2: Isso.

P: Para esse semestre provavelmente não tem mais vaga?

M2: Não tem, não desde julho não tem mais vaga.

P: Ah então, em geral, se abre em dezembro provavelmente em dezembro já acabam as vagas do primeiro semestre?

M2: Isto. Dezembro já acaba, já fecha.

P: Dezembro já fecha a agenda do semestre que vem? E aí é só...

M2: A unidade tem 17 mil cadastrados.

P: É muita coisa. Só você que faz PSF, é só você?

M2: Só.

P: Você consegue?

M2: Mais ou menos.

P: Você consegue fazer visita ou não?

M2: Faço. Toda quarta-feira.

P: E tem mais alguma outra atividade além do atendimento individual que você consegue fazer?

M2: Não.

P: É só a visita e os atendimentos individuais?

M2: Isto.

P: E agora não tem nem a reunião de equipe pelo que você está me dizendo?

M2: Desde que essa gestão assumiu eu não tive uma reunião de equipe.

P: O que você acha que são as maiores dificuldades que você vive aqui, falando assim da agenda que acaba tudo, muito extra, você acha que essa é sua maior dificuldade ou não, ou você acha que existem outras coisas que também dificultam seu trabalho?

M2: Eu acho que mais essa.

P: Isso é isso que você acha que atrapalha mais no seu dia a dia?

M2: Pelo menos o que a gente aprendeu em Cuba que a gente, a prioridade nossa é a prevenção sempre, e aqui se o mais importante é o extra, pelo menos é o que a gente pensa que é dado mais importância, você não consegue trabalhar muito na prevenção, porque geralmente quando tem

muita demanda, você vai na sua conduta, você não trabalha prevenção, você vai ver a dor do momento do paciente.

P: Em termos de satisfação o que você acha que traz mais satisfação no trabalho aqui?

M2: Aqui?

P: Não precisa ser uma coisa só, podem ser várias.

M2: Eu acho quando você consegue acertar no diagnóstico, quando o paciente volta e fala, nossa Doutor aquele remédio que o senhor receitou colocou tirou com a mão, eu acho que é um pouco isso.

P: Esse retorno do paciente.

M2: Isto. Esse retorno do paciente e me causa muito satisfação também a equipe. Embora tenha suas falhas, é uma equipe muito boa.

P: Apesar do trabalho de equipe não ser redondinho como você enxerga que poderia ser, você também tem satisfação nesse trabalho?

M2: Exatamente.

P: Legal. E com relação, eu sei que vocês tem Nasf aqui também em Botucatu. Eles vem aqui, como é essa relação com o Nasf?

M2: É assessoria da psiquiatria.

P: Só da psiquiatria?

M2: Que vem uma vez por mês.

P: E como é que é, você acha que tem ajudado?

M2: Tem ajudado.

P: Tem ajudado bastante?

M2: Bastante.

P: E aí geralmente atendimento compartilhado ou...

M2: Discussão de caso, mas é as duas coisas.

P: As duas coisas vocês conseguem fazer?

M2: Inclusive visita domiciliar também.

P: Legal, legal. Então você acha que o Nasf aqui está te ajudando muito?

M2: Está.

P: Com relação aos exames, encaminhamento para especialidades, como que é?

M2: Então, eu comparo aqui com outros lugares embora aqui seja demorado, eu acho que o pessoal aqui está no céu, em Botucatu.

P: Você fala aqui em Botucatu comparando com outros municípios, você disse?

M2: Isso.

P: O que vc acha aqui?

M2: Tipo dermatologia, só consigo aqui, demora muito dermatologia também.

P: Você sabe mais ou menos?

M2: Pessoal fala coisa de 2 anos, eu acho isso um absurdo, não sei porque demora tanto tempo assim, mas depende é bem demoradinho, mas de maneira geral vai. Volta muito encaminhamento da gente.

P: Como assim volta?

M2: Volta isso passa por uma pré-seleção da prefeitura.

P: Como se fosse uma regulação?

M2: Daí, então, esse encaminhamento às vezes volta por motivo banal, às vezes por motivo plausível, mas eu entendo por motivo banal para ganhar tempo.

P: Você acha que eles usam isso para...

M2: Eu acho.

P: E o que você acha que é um motivo banal que eles usam?

M2: Eles não justificam, por exemplo, descrever melhor a lesão, ou então o paciente não tem acompanhamento na unidade.

P: Esse também, talvez, seja uma dificuldade, esses encaminhamentos?

M2: Também não é um grande problema.

P: Você acha que não atrapalha?

M2: Eu não vejo como um grande problema, tipo, você encaminha um paciente, você encaminhou para um especialista é porque já saiu da sua alçada, certo. O tempo vai demorando, paciente continua com a mesma queixa, ele vem vindo e você continua fazendo o que estava fazendo, sai da sua alçada na verdade, e pacientes que vão no especialista e voltam insatisfeitos. Esse é um problema também.

P: Isso acontece?

M2: Acontece bastante, ou seja, o que vai para o especialista, não resolve e volta para o clínico.

P: Continua com você.

M2: Não tem muita lógica essa.

P: O problema não foi resolvido no especialista no caso, ele retorna. E que tipo de queixa, que tipo de problema que o paciente às vezes traz que te deixa mais desconfortável? É difícil tratar, você tem dificuldade...

M2: Então, tem muito tempo que o que eu mais gosto, é a coisa que mais me deixa, não sei se é em dificuldade, mais agonia, não sei se é por causa da pressa talvez, mas é a psiquiatria, mexer com transtorno psiquiátrico.

P: E o que que mais te deixa...

M2: E o paciente com ancião.

P: Pacientes, o quê?

M2: Anciões.

P: Os mais velhos. Os idosos.

M2: Os idosos, perdão.

P: Não tem problema...

M2: É o meu problema com espanhol.

P: E o que que você, por exemplo a questão da psiquiatria, que eu entendo até que você até tem o respaldo do Nasf, mas o que que te deixa desconfortável quando chega uma queixa psiquiátrica?

M2: É não dar resposta no momento.

P: Entendi. Você não conseguir dar uma resolução imediata.

M2: E eu tenho auxílio do Nasf uma vez por mês. E muitas vezes acaba encaminhando para o PS mesmo né, quando você não consegue resolver, é uma agonia, é o que mais me dá agonia quer dizer. Desconforto.

P: Isso. Desconforto. E os idosos por quê você acha?

M2: O idoso. Todo idoso é diferente talvez seja por falta de uma capacitação minha mesmo.

P: Uma insegurança talvez?

M2: Talvez.

P: Entendi.

M2: Ancião (risos).

P: Na verdade essa palavra existe em português, é que a gente não usa.

M2: Idoso sumiu da cabeça.

P: E você vai, porque são três anos o programa, e aí você vai pedir prorrogação do prazo?

M2: Já foi pedido.

P: Você já solicitou então seu objetivo é prorrogar o prazo?

M2: Isto. Revalidado ou não revalidado, meu objetivo é ficar uns 6 anos.

P: Mesmo que você consiga revalidar, o seu o seu objetivo é continuar no Mais Médicos?

M2: Revalidar e ficar mais 6 anos.

P: E porquê?

M2: Porque primeiro você tem uma segurança financeira, que é tranquilo; segundo porque eu gosto onde estou, entendeu, eu não gostava mas aprendi a gostar, gosto bastante. Acho que é isso. O espaço, o espaço é importante porque ajuda você a crescer continuamente.

P: E por exemplo a gente tava conversando sobre ter segurança casos que às vezes deixam a gente mais inseguros e desconfortáveis. Quando aparece algum caso mais complexo e você fica em dúvida, às vezes não é nem da psiquiatria, a quem você recorre?

M2: Aos clínicos.

P: Ah, aqui do posto mesmo você tem esse tipo de liberdade, de conversar.

M2: Tem essa liberdade você entendeu nesses outros lugares, se é um cubano ele não tem, ou tem. E no Mais Médicos temos médicos e médicos aqui eu tive muita sorte.

P: Ah, que bom!

M2: Imagina eu chegar no posto. No começo a gente fica perdido, não sei se com você foi assim.

P: Com todo mundo eu acho...

M2: Todo mundo né imagina, tinha coisa que eu tiro de letra, mas no começo eu falava, J me dá um help, e a J falava, você tem dúvida, pergunta que a gente aprende junto, entendeu, então...

P: Esse tipo de recepção você acha que te estimula, talvez essa questão que você fala de satisfação do trabalho em equipe seja isso, enxergar essa cooperação.

M2: A J é aposentada, que trabalha aqui ainda, só de quarta-feira agora, então tem uma super experiência.

P: Que legal.

M2: Os outros médicos também tá. Doutora K, L

P: Deixe-me só ver se tem mais alguma coisa. Queria que você me dissesse, assim, você lembra o caso mais difícil, e por mais difícil eu não quero dizer assim o diagnóstico necessariamente, o diagnóstico, que era o mais difícil de se fazer, mas o caso que é complexo, difícil de conduzir, você se recorda, consegue exemplificar para mim?

M2: Não.

P: Não teve um caso que te marcou?

M2: Teve uns quantos, mas...

P: Você pode me dar um exemplo?

M2: Estou tentando lembrar. Então, na verdade, algumas coisas que ainda tem dificuldade, teve e ainda tem é questão de dermatologia. Eu acho que vai ficar por muito tempo ainda. E aí tem alguns casos que é complicado ou então quando o paciente vem com uma doença que você tem ela em mente, mas que você tem outra doença que contra indica a medicação que você pensou em colocar. Sei lá, o paciente que está usando Warfarina aí você tem que ir sei lá, está com uma dorsoalgia um tempo você tem que tratar com o que pode tratar, tem que pensar no tratamento, ou qualquer outra doença que precisa que precisa de um anti-inflamatório. E aí você não pode usar.

P: Como é sua relação com os tutores, conselheiros dos Mais Médicos?

M2: Acho que a nossa tutora nos visita mensalmente, pergunta como tá a unidade, se tá bem no trabalho, se tem alguma reclamação para fazer, solucionou muitas vezes problema nosso, nos ajudou, nos orientou.

P: Você acha que ajuda?

M2: Ajuda. E tem um encontro in loco-regional também, acho que a cada seis meses.

P: Então não tem nenhum tipo de dificuldade, acha que existe algum tipo de impedimento ou barreira, ou você acha que mais ajuda do que?

M2: Mais ajuda.

P: E com relação ao coordenador, existe um coordenador municipal também. Como é a relação com o coordenador municipal?

M2: É tranquila.

P: Não tem também nenhum tipo de dificuldade, ou qualquer outro tipo?

M2: Sempre que eu precisei, sempre que eu precisava de alguma coisa para o trabalho, era muito tranquilo conversar com ele.

P: O que que você acha assim depois que você veio de Cuba, uma experiência totalmente diferente da atenção básica que é no Brasil, você acha que esses dois anos e alguns meses no Mais Médicos, mudaram a sua visão da atenção básica?

M2: Se mudaram minha visão da atenção básica, não.

P: O que você tinha em mente que seria a atenção básica do que era, do que poderia proporcionar do que poderia oferecer, ser feito continua a mesma coisa você acha que não houve mudança não?

M2: Não.

P: Tem mais alguma coisa que eu não perguntei que você acha que é super importante?

M2: Com relação a minha experiência no Mais Médicos? Não, acho que não. Que acontece? Botucatu é uma cidade que não falta recurso, se você comparar com outros lugares é uma cidade que nem precisava do Mais Médicos na verdade, é o que eu acho antes de vir para cá eu fui alocado em Limoeiro do Cajuru no Pará.

P: E você chegou aí?

M2: Não, em Limoeiro são alocados cinco médicos, o município não tinha condições de nos receber porque tinha que dar contrapartida do aluguel, outras coisas, não tinha condições, daí desistiu. Mas eu acho que lá precisava do Mais Médicos entendeu, eu adoro estar aqui, mas lá que precisava do Mais Médicos.

P: Você enxerga que existem municípios que precisem mais do que Botucatu, por exemplo.

M2: Com certeza. Inclusive, o ministro golpista ele falou que pode estender por três anos o Mais Médicos, porque tem lugares que não tem médico formado para mandar e que os cubanos vão, os estrangeiros vão.

P: Tá certo eu queria te agradecer por esse tempo, eu sei que você separou a sua agenda super corrida, eu só precisava de uns dados seus. Você é brasileiro...

M2: Brasileiro.

P: Quando foi seu ano de formação?

M2: 2014.

P: Você não fez especialidade? Você fez agora o curso de pós, né? Você lembra exatamente o mês que você entrou no Mais Médicos foi 2015 né?

M2: Agosto.

P: Agosto de 2015, é isso?

M2: Isso, agosto eu estava em Brasília, um mês de acolhimento.

P: Qual sua idade por favor?

M2: 34.

P: Seu estado civil?

M2: Solteiro.

P: Tá certo, era isso. Te agradeço. Qualquer dúvida que você tiver, tem o meu contato. Tem o contato da professora Eliana, tem o contato do comitê de ética, pode entrar em contato com a gente, se necessário, tiver alguma coisa que, ah, repensei na nossa conversa, acho que a gente precisa mudar alguma coisa pode entrar em contato também tá?

M2: Está bem.

P: Certo? Quer perguntar alguma coisa?

M2: Não.

ANEXO 6 Entrevista 3

Pesquisadora: Você é brasileira mesmo?

Médico 3: Brasileira

P: Onde você fez medicina?

M3: Eu fiz em Santa Cruz de la Sierra na Bolívia

P: Quando que você se formou?

M3: 2016

P: Ano passado, né?

M3: Concluí tudo, porque lá tem um processo. Formei na faculdade e depois tem que fazer um exame, tem que esperar toda documentação, daí terminei em 2015. Aguardei um ano para fazer esse exame

P: Lá mesmo que faz o exame?

M3: Lá mesmo. Então a gente faz esse exame e aguarda a documentação e demora quase um ano.

P: E esse exame é prático, é teórico, como é?

M3: Ele é oral.

P: Entendi, são provas orais.

M3: Sim orais.

P: E demora um ano?

M3: É, aguardando processo sim. Porque o internato são três meses que a gente trabalha para o governo gratuito em saúde pública, e durante esses três meses a gente fica lá trabalhando, depois a gente dá entrada na documentação, aí eles marcam a prova. Essa prova minha foi marcada para novembro.

P: Aí você teve que aguardar?

M3: Aguardei, daí eu fiz a prova em novembro, aí no final de dezembro já saiu minha documentação, aí em março de 2017 eu vim para o Brasil.

P: Março de 2017, março desse ano, e você veio direto para Botucatu?

M3: Não primeiro fui para o Mato Grosso do Sul porque meu esposo também estudou lá e ele fez a prova do Revalida e ele foi aprovado na prova do Revalida e começou a trabalhar em Naviraí. Como eu não fiz a prova ainda eu fiz esse ano, em setembro, aí eu estou aguardando o resultado e fiz minha inscrição no programa Mais Médicos, aí eu fui chamada e por isso que eu vim para cá.

P: E você foi chamada para cá, e era sua primeira opção, ou não?

M3: Minha primeira opção.

P: É, por que Botucatu?

M3: Na verdade a gente sempre teve vontade de morar em São Paulo pelo fato de estudar

P: No Estado de São Paulo você diz ou São Paulo capital?

M3: São Paulo capital, mas eu não tinha essa vontade de morar em São Paulo. Meu esposo que sempre queria e eu queria ficar mais no interior e como a gente foi pesquisar tinha Unesp aqui e então daí, ficou assim, como tinha duas vagas...

P: Ele também?

M3: Ele não entrou. Tinha duas vagas, aí seria meio difícil conseguir por causa da idade, porque é pela idade que é chamado. Então eu coloquei mas não tinha muita esperança e aí deu certo para a gente poder estudar, estar mais perto de tudo.

P: E quando você veio para cá?

M3: Em outubro de 2017, faz bem pouquinho tempo. Fiquei em Brasília pelo programa. A gente tem que ficar 25 dias e a gente ficou em Brasília, e de Brasília eu vim para cá. Aí eu conheci, fui apresentada para secretário de saúde, e aí eu voltei para minha cidade fiquei uns três dias

P: Qual a sua cidade?

M3: Naviraí, Mato Grosso do Sul.

P: Na cidade onde vocês estavam morando?

M3: Na cidade que a gente estava morando. Aí a gente organizou as coisas e vim para cá, retornei, aí depois do feriado do dia 12, dia 16 mais ou menos, eu comecei a trabalhar.

P: E veio você e seu marido, ou só você?

M3: Eu vim primeiro e como meu esposo estava trabalhando lá no hospital, na emergência, ele não podia deixar o pessoal, então ele teve que cumprir aviso e depois ele veio. Ele chegou faz um mês que ele está aqui.

P: E sua filhinha está aqui com vocês também?

M3: Está sim.

P: E como está sendo essa experiência qual era a sua expectativa de morar em Botucatu, porque existe uma expectativa, né?

M3: Sim superou a minha expectativa.

P: Em que sentido?

M3: Eu gostei muito, começando da cidade, do clima, das pessoas, são muito agradáveis, fui muito bem recebida pelos outros profissionais, e em relação a ter uma oportunidade de conseguir estudar. Então eu gostei bastante. Estou aguardando o resultado do Revalida, eu provavelmente aprovei na primeira fase. Provavelmente sai o resultado agora no final de dezembro. Já era para ter saído e não saiu. Eu estou bem contente, final de semana a gente fez o curso do ATLS em São Paulo Então estou gostando, bem contente mesmo.

P: Qual é a sua idade, eu esqueci de perguntar?

M3: Eu tenho 27.

P: E você não tem nenhuma especialidade né, você acabou de se formar...

M3: Não.

P: É o seu primeiro trabalho?

M3: Sim, só teve o estágio da faculdade mesmo, foi o primeiro trabalho sozinho.

P: E como que foi, eu também sou médica e geralmente o primeiro trabalho a gente fica meio insegura, ainda mais você, querendo ou não, teve uma formação diferente da formação que a gente tem aqui no Brasil, como que foi esse começo?

M3: Olha, eu falo que teve um pouco de insegurança de começar a clinicar, acredito que todo mundo tem a mesma coisa, mas como se a gente fosse conversando com paciente e as coisas começam a voltar, fluir na mente, então tive um pouquinho de medo, um pouco de dificuldade no começo para se adequar aos protocolos, para encaminhar os pacientes. Até hoje eu acho muito difícil.

P: A parte burocrática que você diz, não a parte de critério clínico, mais a parte burocrática mesmo?

M3: E da parte burocrática mesmo. Questão de conduta médica tem alguns medicamentos que a gente usava lá, que aqui não usa ou então usa também. Foi assim um pouco de insegurança, claro, mas agora estou bem mais segura.

P: Faz o que um mês e meio mais ou menos?

M3: Um mês e meio, acho.

P: Dois meses já.

M3: É, dois meses.

P: Foi dia 16 de outubro, hoje é 12 de Dezembro. E como você foi recebida aqui na verdade?

M3: Fui muito bem recebida.

P: Tanto pela equipe, como pelos pacientes?

M3: Os pacientes. Nossa, tive uma experiência muito agradável. No começo eu tive assim uma vontade de voltar, de ir embora por tudo, por ser um lugar novo, por não conhecer ninguém, ser tudo diferente, mas eu tive bastante experiência boa. Eu tive um paciente com pressão alta, 200 por 110. Eu medicava e ele voltava com a pressão alta e isso não era possível. Ele estava com um monte de remédio e aquela pressão que nunca normalizava, aí a diabetes começou a alterar, 400 de glicemia. Eu disse, não pode. Aí na visita domiciliar eu falei para M, que é a minha enfermeira, vamos fazer visita lá naquela pessoa, eu fui. Chegando lá estava tudo em desordem. Ele tinha 80 anos, oitenta e poucos anos e a senhorinha dele também tinha 82 anos de idade, não tem filho, tava casa toda desorganizada, tudo sujo, os medicamentos tudo em caixa trocada, então pelo critério eu iniciei insulina nele, e eu fiquei com medo porque não tem como aplicar. Aí tinha uma prima lá, aí eu convoquei, pedi para ela reunisse a família e expliquei para família que não podia ficar assim, que tinha alguém que precisava cuidar dos dois, que não dava para ficar sozinhos, que a medicação estava toda errada. Eu me dei conta de que ele não tomava os medicamentos de forma correta, então aí eu orientei essa prima, essa pessoa, e ela ficou responsável de ir lá e aplicar a insulina de manhã e a noite por isso as taxas estavam só aumentando e a esposa dele estava com

a pressão alta e não sabia, estava com dispneia importante muito assim. Eu acho que os dois iam ficar, iam perecer ali, aí foi orientado certinho. Eu tirei alguns medicamentos e coloquei tudo certinho, expliquei para prima tudo certinho e aí passou uns 15 dias eu voltei lá, aí eu fiquei tão feliz, a senhorinha já não estava com a dispneia, eu comecei medicamento para ela também, ele estava certinho com a pressão controlada, o diabetes controlado, foi muito gratificante, uma experiência que eu tive que foi muito boa essa experiência, então está bem controladinho, inclusive hoje vou fazer uma visita lá de novo para ver como eles estão, pedir os exames para ela, porque ele já tinha, está sendo bem bacana, a casa organizadinha porque a família...

P: Até a casa mudou?

M3: Como eles não tinham filhos, então eu falei, eu dei uma dura na prima, não pode deixar os dois assim, não tem condição, pessoa de idade tem que ter um cuidado, tudo organizadinho. Tem uma pessoa que vai lá fazer comida, a alimentação deles estava péssima, muita fritura, fora de horário. Inclusive, o dia que eu cheguei lá era 3 horas da tarde e eles ainda não tinham almoçado. Então foi uma experiência bacana.

P: Isso te estimulou

M3: Bastante, foi bem gratificante em questão que é do programa Mais Médicos. Esse é o objetivo deles, de talvez ter um médico na casa, na visita domiciliar, porque às vezes o paciente não precisa de medicamento. Às vezes precisa só de orientação. Então isso é bem bacana.

P: E você acha que a sua formação te deixou preparada para essas situações, porque nesse caso na verdade, era um caso complexo, talvez clinicamente não tão complexo, mas a questão social era muito complexa e exigiu um esforço da equipe. Você teve que se locomover até lá para que conseguisse identificar esse problema. A sua formação, você acha que te preparou para isso? O que você acha que é mais difícil lidar aqui dentro?

M3: Aqui na unidade tem muito paciente idoso, as vezes que vive sozinho. Está sendo um pouco difícil isso para mim, entendeu, porque tem um ou mais idosos que tem uma lista de medicamento e que às vezes, não necessariamente, seria usar tudo aquilo, então isso tá sendo um pouco de dificuldade para lidar com tudo isso, pensar em organizar tudo, tem bastante paciente assim que toma remédio controlado, então tem a doutora psiquiatra, esqueci o nome dela agora, N acho que é, vem a cada 15 dias, então eu separo os prontuários dos pacientes que acho que precisam de acompanhamento, mas ela falou assim: olha doutora, não adianta você querer tipo assim, tirar a medicação do paciente se tem tantos anos que está tomando medicação controlada; ela se referiu a esses, não adianta, você não vai conseguir. Está tudo muito desorganizado já para poder fazer. Mas eu preocupo muito com os pacientes, especialmente com os idosos.

P: E você acha que você leva essa preocupação para casa?

M3: Levo, não sei se é porque é o começo, mas eu fico preocupada com os pacientes.

P: Entendi.

M3: Atrapalha as vezes.

P: Assim em casa, por exemplo, a sua atividade doméstica e às vezes aquele pensamento invade ou não?

M3: Não atrapalha, mas eu fico pensando sim o que que eu poderia fazer para ajudar, porque talvez seja o início também, eu procuro, eu quero ajudar muito as pessoas, essas pessoas idosas, abandonadas.

P: Você falou da psiquiatra, aqui em Botucatu tem Nasf.

M3: Tem, aqui tem.

P: E como está sendo não sei se você já teve contato com Nasf

M3: Eles vêm toda semana, eles vem toda semana, inclusive, eles vem no dia da minha folga, aliás, na folga não, é no dia que a gente tira para pós que não iniciou ainda, então eles vem justamente no dia que eu não estou... mas eu sempre faço os encaminhamentos, sempre é bem respondido, a psiquiatra é ótima, tem me ajudado bastante olhando os pacientes.

P: Você acha que apesar de você não estar aqui no dia que eles vem, eles têm ajudado?

M3: Tem ajudado muito.

P: E a questão de encaminhamento, você falou da burocracia...

M3: Olha, eu acho péssimo.

P: O que é difícil?

M3: Eu acho desorganizado. Às vezes o paciente não precisa de um tratamento assim, às vezes eu preciso de uma orientação para passar para o meu paciente e às vezes ele tem que aguardar um ano para ter a resposta, dois anos que fica aguardando e volta os encaminhamentos, eu não sei os protocolos para poder encaminhar o que tem que pedir, os exames,

P: Isso ninguém te passou

M3: Eu já pedi, mas ficou de me passar no mês que vem, para não poder ficar voltando, para o paciente não ficar essa coisa de vai e volta.

P: Atrasa mais.

M3: Acaba ficando muito tumultuado, então eu acho que é muito cheio. Para eu pedir um ultrassom tenho que pedir um raio X. Por exemplo, preciso de ultrassom renal, preciso de um raio X de abdômen, então eu não quero um raio X e tá pedindo só por protocolo. Não sei porque que tem, acaba sendo um gasto a mais se for pensar, aí fica esperando e acho que já está pronto, aí volta porque tem que pedir o raio X, então deve ter alguma explicação, mas não foi passado nenhum protocolo para mim a respeito disso. Então sai os encaminhamentos assim quando eu vejo que o paciente precisa mesmo que não tem como esperar, o Dr. O entendeu muito bem.

P: Ele é da regulação, né?

M3: Aí resolve né. Por exemplo tinha um caso de um paciente que ela veio em 2013 com ultrassom particular com cisto no lobo esquerdo da tireóide. Beleza. Ela passou, tá no encaminhamento e ela fica perguntando e tá no encaminhamento e fala para aguardar. Em 2015 ela viu que ninguém ia dar retorno mesmo, aí ela fez outra ultrassom, eu acho que com Doutor M

que pediu e continuava o cisto e não tinha para comparar os dois porque diz que foi perdido o exame dela, aí para comparar, então tinha lá o cisto no lobo esquerdo dela aí 2015, aí 2017 voltou o encaminhamento dela que tava no arquivo, voltou mas ela não sabia que tinha voltado, aí ela fez um ultrassom particular, aí ela apresentou vários outros nódulos do outro lado da tireóide, ela não tem clínica o TSH é normal, só que agora está visível o lado esquerdo, está bem visível, é palpável, tá com dificuldade para deglutir. Aí eu falei para o Dr. O, manda esse caso urgente para mim agora, aí encaminhei, agora estou aguardando.

P: Aí quando você faz isso você consegue acelerar o processo, por exemplo você falou que Dr. O, aí você acha consegue geralmente a vaga?

M3: É eu mandei para ele agora eu espero porque mandei tudo certinho os documentos, os exames, mandei escrever de vermelho, aos cuidados do Dr. O espero que isso resolva o problema.

P: Na verdade você ainda não sabe a conclusão do caso?

M3: Não ainda não sei a conclusão do caso, não sei como foi o andamento, mas acredito que agora sim, porque ele está ciente disso agora então. Outros casos também, um outro paciente que estava com dificuldade para encaminhar, então liguei lá, eu vi que era preciso, era um caso mais urgente, então assim eu consegui.

P: Entendi

M3: Outra coisa que eu também acho assim muito que não tem contra- referência

P: Aqui também

M3: Não tem contra-referência ficou internado tantos dias lá e não tem uma carta aqui que vem dizendo que aconteceu aí ele conta, mas ele conta, você sabe né.

P: Mesmo nesse de internação, não sei se você já te informaram, existe uma lei que garante que é um direito do paciente ter um relatório de alta. Mesmo de internação às vezes você não tem?

M3: De alguns pacientes eu recebi, de outro eu não sei se ele não trouxe mas disse não deu. O paciente estava internado Teve um infarto e ele veio para fazer acompanhamento aqui mas ele não sabia o que que ele tinha, não sabia o que tinha acontecido, que medicamento tinha dado para ele, aí eu pedi para ele, e ele disse 'deixei em casa', eu pedi para ele trazer tudo, aí eu disse, 'não deram nenhum papel para o senhor trazer?', aí ele disse não, então traz todos os papéis que o senhor tiver lá, traz tudo, até hoje ele não voltou.

P: Então dos especialistas, quando você encaminha por exemplo ambulatório de especialidades você também não tem essa contra-referência?

M3: Não tem nenhuma volta ainda, por enquanto não deu tempo ainda ele volta, mas por exemplo, se dá entrada no PS e foi encaminhado para UNESP, assim é difícil voltar dá para contar. Outro dia recebi um paciente aqui com uma carta e eu disse para ele essa médica que é muito organizada no relatório bem especificado mesmo, tudo certinho, e alguns outros relatórios de outros pacientes eu tenho que adivinhar ou pedir o exame tudo de novo.

P: Essas são algumas dificuldades que você encontra aqui. E como é o trabalho em equipe aqui você acha que existe o trabalho em equipe mesmo ou não tanto?

M3: Tem a equipe, tem o trabalho em equipe, assim, não tem reuniões, mas tem todo mundo em equipe, vem assistir as pessoas. Se eu preciso fazer as visitas domiciliar, aí ela vai comigo então tem sim o trabalho em equipe.

P: Por exemplo quando você tem alguma dificuldade, principalmente agora no começo, se você tem algum caso mais complexo, enfim que recursos que você tem, no que que você usa para tentar resolver aquele problema?

M3: Aí eu uso aí eu dou um jeito de falar com alguém, assim o Dr. O ou algum outro médico que eu conheço.

P: Aqui tem outro médico que trabalha ou é só você?

M3: Tem, a tarde. Tirar dúvida, é isso que você fala?

P: É, tirar dúvida em algum caso que às vezes acontece.

M3: Então tem sim para tirar algumas dúvidas a gente procura, mas de manhã eu estou sozinha então Se aparecer alguma coisa eu sempre peço para alguma pessoa por exemplo o paciente veio com dispneia aí ausculta a base pulmonar tinha crepídos e assim disse que tinha ido no pronto-socorro e medicado com furosemida aí eu auscultei, pedi um RX para fazer sem laudo, Aí eu disse o senhor vai traz para mim tinha alguém junto, aí tinha uma cardiomegalia, área cardíaca aumentado, bastante Infiltrado na base, aí eu fiz um encaminhamento e para o pronto-socorro então eu faço assim.

P: Quando tem algum caso...

M3: Eu faço um raio x ou vejo que não tem.

P: Além da visita domiciliar que você disse que faz, você faz alguma outra atividade em grupo ou coisa assim, ou não?

M3: Não por enquanto não. Eu até tenho...

P: E como... pode dizer.

M3: Meu esposo está trabalhando no Centro de Saúde do Aeroporto ele disse que lá é muito organizado. Ele trabalha pela OS.

P: Ele não é Mais Médicos, ele é contratado?

M3: É, pela Fundação. Diz que é muito organizado, uma equipe bem organizadinha, tem um grupo de tudo.

P: Conversando vocês percebem a diferença de um lugar para o outro?

M3: Assim, ele disse, olha, a gente tem como usar todas as ferramentas, ali tem residente, tem outros médicos, então ele está bem assim, tem bastante coisa que ele pode usar e os recursos.

P: E aqui você sente falta de algumas coisas?

M3: Eu sinto falta de alguns recursos

P: E como é a sua agenda, por exemplo um dia comum, como que funciona?

M3: Eu atendo os pacientes agendados e os extras.

P: São quantos agendados por período, geralmente?

M3: Geralmente 10. Outro dia eu atendi 29 pessoas o dia todo. Quando é assim, eu não conheço os pacientes, estou conhecendo os pacientes agora, eu examino todos os pacientes, eu ausculto, converso então demora um pouquinho a consulta. Eu não consigo ser mais rápida que isso, então esse dia que eu atendi 29 eu fui até, eu até me surpreendi, porque eu nunca atendi tantas pessoas.

P: E tem muito extra?

M3: Tem, tem bastante extra.

P: E tem horário que ele chega ou é...

M3: Qualquer hora.

P: Você acha que isso atrapalha sua agenda ou não?

M3: Não, eu atendo todo mundo.

P: Então não tem nenhum tipo de problema?

M3: Não, e sempre chega no horário normal.

P: E existe assim algum tipo de cobrança de número de atendimentos, de produtividade?

M3: Em relação à equipe, ou o que?

P: Não, a você. Alguém te cobra e diz, olha você tem que atender pelo menos tantos por dia?

M3: Não

P: Você que determina o que você tem na agenda

M3: Eu acho que é três pacientes por hora, mas aí como aqui o fluxo não é tão grande, igual outros que meus amigos falam que atendem 30 não sei quantos por dia, e que a equipe obriga atender, que são pressionados, mas como aqui o fluxo é tranquilo então eu aproveito bem o tempo.

P: Você consegue ajustar sua agenda de acordo com a sua preferência?

M3: Eu atendo todos os que chegarem, não recuso nenhum paciente.

P: E com relação ao programa, você disse que a pós ainda não começou?

M3: Estou ansiosa para começar a pós.

P: Qual é a sua expectativa?

M3: Para a pós? Eu acredito que vai ajudar bastante.

P: Em que você acha que vai te ajudar?

M3: Em relação a saúde da família, no atendimento com idoso, tem muito idoso aqui. Até busquei na UNA-SUS cursos que a gente poderia começar, mas não abriu nenhum para mim e eu coloquei geriatria lá no sistema e não abriu nenhum para mim, então eu não posso fazer ainda, não sei porque.

P: Para te capacitar nessa área?

M3: Geriatria seria bem importante.

P: E você disse que não recebeu a visita de nenhum tutor, nenhum supervisor.

M3: Não, ainda não. Não recebi nenhuma visita

P: Mas você tem contato com essas pessoas

M3: Não tenho contato. Até me passaram o contato de uma pessoa que é um encarregado pelo Estado em São Paulo, não sei se tem que esperar um pouco mais, mas estou aguardando

P: E você tem dúvidas por exemplo eu queria conversar sobre isso, que seria com essas pessoas, então...

M3: Eu queria para ver as dúvidas, a gente tem alguma dúvida, tal.

P: E você pretende renovar, por exemplo, por que você pode renovar o seu contrato com o Mais Médicos, você pretende renovar esse prazo?

M3: Então, eu não sei te dizer isso agora, porque como estou prestando a prova do Revalida vai depender. Eu quero fazer residência, então vai depender dessa disponibilidade, desse resultado.

P: De você conseguir

M3: Eu acredito que na primeira fase eu já passei. Corrigi a prova, mas tem a segunda fase que é o prático, então estou aguardando.

P: Se você passar você vai procurar outro caminho, talvez?

M3: Talvez, não sei te dizer. Vai depender da minha, o que eu vou querer na verdade, já mudei de ideias para residência, para pós, a gente muda muito de ideia.

P: Ainda está definindo?

M3: É

P: E o fato de ter começado, sei que faz pouco tempo que você começou no Mais Médicos, você acha que esse tempo de trabalho aqui esses dois meses fez com que você mudasse um pouco a sua visão do que é saúde da família, o que é atenção básica, ou não?

M3: Sim

P: O que mudou?

M3: Mudou. Assim, que a pessoa, as pessoas, o paciente precisa mesmo de atenção da família né, voltada para eles, eu achei que é muito importante isso, principalmente para pessoas que não tem informação, que não lê, que não tem instrução, às vezes idosas que tem bastantes necessidades. Então às vezes muda muito, às vezes uma informação muda muito a vida da pessoa, eu acho que o programa é muito importante.

P: E tem alguma coisa no programa que poderia melhorar, que poderia mudar, que poderia ser diferente?

M3: No momento, até agora não, até o momento eu acho que foi ótimo, a intenção.

P: No final das contas, no balanço geral, você acha que o saldo tem sido positivo, tanto no programa, quanto sua experiência no programa?

M3: Positivo. Foi bom. Está sendo uma experiência e tanto.

P: Deixa eu te perguntar, você morou quanto tempo na Bolívia?

M3: 8 anos.

P: Foi só o tempo da faculdade mesmo, você foi para faculdade, você não morou antes?

M3: Foi para faculdade mesmo.

P: Tem alguma dificuldade com a língua, eu sei claro, que que você é brasileira, mas eu digo no vocabulário médico, porque querendo ou não, você aprendeu no espanhol, né?

M3: Algumas coisas na pronúncia e para escrever, como assim parece que eu desaprendi português, mas exemplo às vezes eu uso o Y, algumas vezes o acento quando tem alguma coisa para escrever, mas é bem pouco.

P: Coisa pontual, não é algo que te atrapalha no dia a dia, ou para passar algum caso para outro médico, isso não te atrapalha?

M3: Aí não até outro dia teve um paciente que chegou de SAMU que eu chamei que eu coloquei um soro e a paciente estava bem desidratada, bem idosa ficou 5 dias em casa com vômito, chegou muito muito desidratada. Aí coloquei um soro e aí ela não teve uma síncope, mas também não perdeu a consciência tá, mas estava muito desidratada, daí eu chamei o SAMU para vir para levar para o pronto-socorro, aí eu consegui falar com a doutora E aí até usei um termo, e até perguntei para o meu esposo porque que não usam termo, tipo assim, eu não sei se ela não entendeu mas é assim, sudoração

P: Sudorese que a gente fala.

M3: Aí eu falei sudoração, sudoração noturna, ou sudorese, e ela ficou assim que que é aquilo o que que eu queria dizer, aí eu disse, será que não existe essa palavra aqui?

P: Mas aí você conseguiu de outra forma comunicar e passar a informação?

M3: Sim, claro.

P: Entendi. E tem alguma coisa que eu não te perguntei, que você acha que é importante, queria saber, que é relevante, alguma informação tanto positiva quanto negativa?

M3: Então não sei se aqui você conhece, já ouviu falar, lá a gente tinha isso. Eu fiz o meu internato um ano no hospital de segundo nível e era bem bacana E eles usavam tele-saúde em medicina que era comunicação pela web porque eu acredito que ia facilitar bastante, até o programa tem, não sei se você conhece.

P: Não essa parte do programa não conheço.

M3: Foi falado lá em Brasília que algumas regiões têm implantado essa telemedicina, mas se tem um caso, tem uma dúvida naquele caso e eu passaria para, por exemplo, um especialista, um cardíaco, um neuro e não precisaria talvez nem fazer encaminhamento, porque o paciente, uma conduta mesmo, poderia em cardio mesmo ele poderia orientar e não esperar, não precisaria esperar um ano ou até menos para fazer um eletro, seria mais fácil. Tem alguns lugares que tem, alguns amigos no Rio Grande do Sul que tem, que ajuda bastante e aqui também seria ótimo.

P: Aqui não tem?

M3: Não tem.

P: E lá na saúde da família têm, na Bolívia vocês usavam?

M3: Sim porque ele nunca tinha ouvido falar e lá na Bolívia a gente usava

P: E é uma experiência bem positiva?

M3: É muito positivo sim e aqui na (ruído) também tem, no estado tem, no Rio Grande do Sul tem um amigo que tem, que usa, que outros lugares, Rondônia também uns amigos que tem, mas essas pessoas que vão lá no interior mesmo que não tem nada.

P: Entendi onde é mais difícil acesso.

M3: É ótimo né, é ótimo, seria importante isso no meu ponto de vista.

P: Como você já teve uma experiência positiva com ele talvez você enxerga que possa enriquecer.

M3: Sim, diminuiria tanto tempo de espera como encaminhamento. Só isso, para mim tá sendo ótimo estar no programa

P: Eu acho que a gente discorreu sobre tudo. Quer me perguntar alguma coisa também, me questionar?

M3: Não, você está fazendo mestrado?

P: Isso um mestrado na saúde coletiva no departamento de saúde coletiva E aí eu optei por avaliar a qualidade de vida no trabalho, que na verdade existem vários estudos sobre qualidade de vida de trabalho de médicos de PSF que é estratégia de saúde da família mas o programa Mais Médicos a gente não tem nenhum e a gente acha que pessoas como background diferente com formações diferentes com origens diferentes Talvez tenham visões e experiências diferentes e a gente queria saber um pouquinho mais sobre isso E aí eu me comprometo também eu tenho seu contato até vou pedir para você colocar seu e-mail.

M3: Quem me passou meu contato?

P: A P.

M3: Eu não conheço ela.

P: Ela que me passou o contato de todos do Mais Médicos aqui de Botucatu.

M3: Você quer meu e-mail?

P: Por favor, porque aí quando a gente tiver a conclusão da dissertação eu vou enviar um feedback para todo mundo que foi entrevistado. Telefone geralmente a gente muda mais rápido que e-mail, então tendo o e-mail posso entrar em contato com você. No termo de consentimento tem o meu contato, tem o contato da minha orientadora, e qualquer dúvida, qualquer coisa que você queira falar, pode entrar em contato sem problema algum, que a gente vai estar à disposição.

M3: Será que teve algum Mais Médicos de outro lugar do exterior, porque achei que eu e minha companheira fomos as primeiras.

P: Que se formou fora?

M3: É.

P: Não, tem um que está a 3 anos, Dr Q, ele se formou em Cuba, ele está trabalhando na Ferroviária, se não me engano.

M3: E a reputação é boa em relação aos médicos estrangeiros, como que é?

P: Olha conversei com ele, ele disse que não teve nenhum tipo de dificuldade, de preconceito ou qualquer coisa do tipo, entendeu? O que eu sei que em Botucatu a gente não tem médicos estrangeiros, tem médicos que, como você são brasileiros que se formaram no exterior, mas não médicos estrangeiros e foi uma exigência da prefeitura, não foi nem o município, o município como sociedade, mas eu sei que a prefeitura fez essa ressalva, mas eu sei que tem esse Dr. Q e ele também está super satisfeito, está super feliz, quer continuar.

M3: Ele está no programa também?

P: Está no programa. Acho que está no programa por uns dois anos e meio e ele se formou em Cuba. E como que foi a experiência de morar 8 anos fora do Brasil, longe da família, aprendizado da nova língua, não sei talvez você já soubesse espanhol?

M3: Não, primeira aula foi anatomia. Eu lembro como se fosse hoje, com doutor R. Ele era velho já, anatomista daqueles que tinha que saber tudo. No primeiro dia de aula fiquei assim, nossa Deus o que que eu vim fazer aqui nesse país?

P: E era só você de brasileira na sua turma?

M3: Não, a maioria, muito brasileiro.

P: É mesmo?

M3: Sim, muito brasileiro e aí foi indo assim, a gente vai aprendendo, a gente tem uma experiência, sofre bastante, não é fácil, bastante dificuldade mas a medicina é universal, a mesma coisa, então tem bastante experiência, ir lá, contato com paciente é bem próximo, foi muito bom, valeu a pena.

P: Foram 8 anos para você se formar?

M3: Para eu sair de lá, na verdade para mim foi quase oito anos, vai fazer oito anos agora em janeiro, eu fui em março, foi 7 anos e pouquinho.

P: E aí você conheceu seu marido lá, se casou lá, teve sua filha lá?

M3: Não, a gente foi casado, a gente tinha 2 anos de casamento, a gente foi. Ele que sempre quis, queria ir para Cuba numa época, mas nunca teve condição, sempre trabalhando aqui no Brasil. E aí ele queria ir e eu também sempre quis trabalhar na área da saúde aí a gente foi só nós dois estudar, e minha filha nasceu lá.

P: Ela é boliviana então?

M3: Ela é. Foi um professor que fez minha cesárea.

P: E como foi a experiência que fazer um pré-natal, porque hoje eu grávida, enxergo a ansiedade que a gente tem, do medo do momento do parto, da assistência que o bebê vai ter, como foi em outro país, em outra língua, querendo ou não, eu acho que a insegurança é maior?

M3: Eu fiquei com medo de estar fora do meu país, por mais que eu gosto de lá, você está fora do seu país, parece está meio perdida, um desconforto, mas eu gosto de lá e sou grata a eles por tudo aquilo que eles me proporcionaram, então eu fiquei com medo mas ao mesmo tempo eu tive

segurança, porque o meu professor que fez minha cesárea, foi meu professor que recebeu meu bebê, fui muito bem recebida, muito bem acolhida, assistência técnica, tudo.

P: Foi uma experiência positiva?

M3: Positiva. Fui bem tratada, fiquei no hospital, não teve nenhum problema, intercorrência.

P: E a opção pela Bolívia, como que foi essa decisão?

M3: De estudar lá?

P: Isso.

M3: Por ser mais próximo da minha cidade, porque, a gente estudava lá mas nas férias a gente trabalhava para se manter. A gente ia para lá, a gente ia estudar, mas nas férias a gente sempre voltava.

P: Na sua cidade mesmo aqui no Brasil?

M3: Na minha cidade no Brasil, não como médico. De tudo a gente já fez. A gente trabalhava em farmácia antes de ir aí a gente trabalhava com farmácia, fiz várias outras coisas, então foi bastante, experiência, foi bom.

P: E você falou que a maioria da sua turma era de brasileiros?

M3: A maioria.

P: E as histórias eram muito parecidas? As histórias de vida, ou era...

M3: Algumas. Algumas são merecedoras, outras não porque a maioria que vão lá, vão mesmo para gastar dinheiro do pai da mãe, bastante isso, sabe? Inclusive, essa prova do Revalida tem que ter mesmo, tem que ter, porque se não, não pode ser porta aberta, entendeu?

P: Você concorda então?

M3: Tem que ter o exame. O exame não é difícil, então claro que é difícil, voltado um pouco para especialidade, mas se você estudar, se você estudou você faz a prova, entendeu, então tem que ter mesmo, porque tem outros tipos de pessoas que vão lá e acaba voltando para cá e acaba.

P: E acaba com a moral da escola...

M3: ... tudo, com aquilo lá, você sabe que tem bagunceiro...

P: E você tem muito medo, por exemplo aqui em Botucatu não é comum, que tem uma faculdade de medicina, você tem muito medo do preconceito das pessoas, do que as pessoas podem dizer?

M3: Tenho.

P: Isso te traz insegurança você acha que, não com paciente, mas para passar um caso...

M3: É, fico meio com medo assim de trocar uma ideia e a pessoa às vezes pensar que eu não sou boa

P: Acho que é porque faz pouco tempo...

M3: Tomara!!!

P: Com o tempo você vai enxergando assim, eu na verdade não conheço muita formação e não estou falando como pesquisadora, é uma conversa mesmo. Eu não conheço a formação da Bolívia, mas eu posso dizer que da mesma forma que tem quem leva a sério lá, leva a sério aqui também,

tem quem não leva a sério lá e quem não leva a sério aqui, então provavelmente, se você levou a sério, se você se dedicou, se você estudou, você provavelmente tem uma formação tão boa, tanto ou melhor do que algumas pessoas que se formaram no Brasil, então essa insegurança, acho que é natural, porque tudo é muito novo e aí tem a questão do vocabulário, porque às vezes são palavrinhas pequenas, mas que para falar...

M3: Tem medo de falar, dos outros falar, 'Nossa essa menina é uma burra', tipo assim, eu fico às vezes com medo das pessoas falarem alguma coisa. Eu procuro me corrigir, pensar antes de falar, mas uma hora vai sair.

P: Não, é uma questão de tempo também.

M3: Eu assim, sinto bastante sozinha aqui, de não ter um amigo, conhecer alguém que você pode trocar uma ideia e eu me sinto bastante sozinha e acaba me dando insegurança, como se tivesse no meio do nada.

P: Ainda não teve tempo de criar vínculos.

M3: É, de me relacionar com alguém.

P: Você ainda não teve nenhuma reunião do Mais Médicos aqui? Talvez fosse uma das formas de você... E você tem alguma atividade de lazer, alguma coisa que te ajude a criar vínculos?

M3: Eu sempre saio, eu vou com meu esposo na igreja... eu não sou muito de sair não.

P: Por exemplo, na igreja você conseguiu criar vínculo?

M3: Sim, nossa! Por isso que eu falo, o pessoal daqui é muito, você vai nas lojas as pessoas conversam, as pessoas aqui são bem receptivas, amorosas, simpáticas. Eu achei bem diferente do Mato Grosso do Sul.

P: Entendi lá você acha que as pessoas são mais fechadas talvez?

M3: É sim.

P: Muito obrigada por me receber, obrigada por, enfim...

M3: Eu espero que tenha

P: Claro. Foi super bom. Obrigado por abrir mão de um tempinho que pudesse fazer suas coisas para poder me ajudar e aí qualquer dúvida que você tiver você pode entrar em contato. Provavelmente no final do ano que vem ou no começo de 2019 porque esse é o meu primeiro ano de Mestrado e são dois anos, a gente vai ter a conclusão, aí eu mando por e-mail, por isso, tendo um contato para poder dar um feedback, porque eu acho que é interessante você saber que não é só sua, mas são experiências de várias pessoas, eu acho que vai ser interessante você ter essa informação.

M3: A minha outra companheira veio da Rússia.

P: Que legal! Ela está aqui em Botucatu?

M3: Está.

P: Quem que é? Qual o nome dela?

M3: Me deu um branco do nome dela. É R.

P: Ela é brasileira?

M3: Ela é brasileira.

P: E você pode me passar o contato dela?

ANEXO 7 Entrevista 4

Pesquisadora: Você é brasileiro?

Médico 4: Sou brasileiro.

P: E você fez o curso de medicina onde?

M4: No Paraguai.

P: Faz quanto tempo que você se formou?

M4: Faz 3 anos. Em 2015.

P: Você tem alguma especialidade?

M4: Não.

P: E faz quanto tempo que você entrou no Mais Médicos?

M4: Eu entrei em dezembro de 2016, finalzinho.

P: Então você já pediu a prorrogação ou você fez essa opção de 3 anos?

M4: Eu fiz de 3 anos.

P: E desde o começo você está aqui em Botucatu?

M4: Desde o começo.

P: E nessa mesma unidade?

M4: Sim desde o começo.

P: Botucatu foi sua primeira escolha?

M4: Foi minha primeira escolha.

P: E porquê?

M4: Primeiro porque era onde tinha vaga, eram duas vagas e era mais próximo da minha cidade.

P: De onde você é?

M4: Sou de Manduri, então para ficar mais próximo. Era Botucatu ou Bauru. em Bauru tinha duas vagas e Botucatu tinha duas vagas, então eu optei por para cá mesmo por ser um pouco mais perto da minha cidade de origem.

P: E você está feliz?

M4: Estou.

P: Está satisfeito com Botucatu ou a sua expectativa era outra?

M4: Estou satisfeito.

P: Então você está satisfeito, porque às vezes a gente muda para uma cidade com uma certa expectativa, e aí quando mora naquela cidade a gente vê que não era bem isso que eu estava esperando, não foi isso que aconteceu...

M4: Não, eu sempre gostei e gosto daqui por morar perto.

P: Então você já conhecia Botucatu?

M4: Já, já. E daí trabalhar fora, numa cidade que tem o suporte, uma faculdade, eu fiquei mais tranquilo.

P: A presença da faculdade teve um peso?

M4: Teve sim por eu ser formado fora. Porque aí eu preocupava, como vai ser, eu vou estar no meio do povo, lá do pessoal da Unesp. Será que vou ser bem recebido?

P: Você sentiu que foi bem recebido?

M4: Sim, fui bem acolhido, foi tranquilo.

P: Tanto pela população quanto pela equipe?

M4: Sim, por todos. Toda equipe sabe de onde eu vim, onde eu me formei, a população sabe, fui super bem aceito.

P: E como é a faculdade de medicina no Paraguai, desculpa, é ignorância minha, é porque eu não sei como funciona?

M4: É como a de vocês aqui. São 6 anos, tem faculdades boas e tem faculdades ruins como aqui também, como em todo país, mas eu acho que para quem vai para fora tem que ter vontade de estudar, porque é difícil você largar família largar tudo e ir pra lá.

P: Você foi sozinho?

M4: Fui sozinho e você tem que ter opinião. Muitos se perdem, vai lá só para se divertir mesmo, mas muitos vêm com uma boa formação.

P: E foi na capital que você se formou?

M4: Na capital Assunção.

P: E foi em espanhol a faculdade?

M4: Espanhol.

P: E você tem alguma dificuldade, porque tem alguns termos que são diferentes na medicina entre espanhol e português, por mais que seja parecido, alguns termos acabam sendo diferentes e você teve alguma dificuldade especialmente no começo?

M4: No começo sim, quando eu cheguei não aqui, mas eu fiz estágio no Brasil antes de formar, então eu cheguei e tive um baque, tive que aprender a terminologia correta daqui, o SUS brasileiro, que é quase igual o SUS no Paraguai, na verdade é uma cópia do SUS daqui.

P: Mas agora você não tem mais esse tipo de dificuldade?

M4: Não.

P: Já conhece bem os termos...

M4: Já conheço. Eu também já revalidei meu título. Quando eu entrei no Mais Médicos eu já tinha passado na primeira fase do Revalida e eu trabalhando aqui, fui fazer a segunda fase no Hospital das Clínicas de São Paulo, USP e consegui aprovar e deu tudo certo.

P: E agora que você já conseguiu revalidar seu diploma mesmo assim você pretende continuar com os Mais Médicos?

M4: Pretendo.

P: Por quê?

M4: Eu gosto da área eu estou no ambiente que eu gosto de trabalhar e é uma da região pelo menos que eu vejo do trabalho, você é reconhecido querendo ou não aqui na região e também dá tempo para você estudar, dá tempo de dedicar outra coisa aos estudos e com o tempo que a gente trabalha 32 horas semanais nessas 8 horas semanais eu faço curso paralelo que o Mais Médicos oferece. Então eu acho válido.

P: E você acha que o curso tem te ajudado?

M4: Muito, muito. Cem por cento.

P: Porque ele muda, o primeiro ano é o mandatório e depois na verdade é você que escolhe?

M4: Isso, nós que escolhemos o curso que você mais se acha na medicina.

P: E você acha que tem te ajudado tanto no primeiro ano quanto agora

M4: Muito. É incrível tudo que eu vejo na prática. Às vezes a gente quer dar uma pesquisadinha. Também vou nessa teoria que eles fornecem demais no UNA-SUS é bacana, é válido.

P: É bom saber que o curso é bom. Qual é a sua idade?

M4: Tenho 33.

P: Qual o seu estado civil?

M4: Eu sou casado

P: E você nunca trabalhou antes do Mais Médicos, é o seu primeiro emprego?

M4: Isso, é meu primeiro emprego.

P: Antes era só estágio?

M4: Era só estágio. Uma parte que eu fiz aqui no Brasil.

P: E o que te incentivou a inscrever no Mais Médicos, porque você me disse que quando você passou, você já tinha passado na primeira fase do Revalida?

M4: Mas ainda tinha a segunda fase, e aí seria o meu emprego, era ganhar ou não ganhar, era o meu primeiro emprego, meu primeiro trabalho. Era opção mesmo, aí eu passei e aí eu optei por manter.

P: E você tem vontade de fazer uma residência, uma especialização, ou não?

M4: Tenho sim, até passei na residência o ano passado, mas só que eu não fui assumir porque minha esposa está aqui. Ela começou a fazer residência.

P: Não foi aqui que você passou?

M4: Não, foi em Campo Grande, aí optei para ela começar e terminar. Depois eu.

P: Um de cada vez. A sua esposa também fez faculdade lá no Paraguai?

M4: Não, ela fez aqui no Brasil.

P: Entendi. É bom que ela te ajuda em qualquer dificuldade no começo que você tivesse. Ela poderia te ajudar nessa questão da língua.

M4: Sim, ela ajudou muito. Mas tem aquele feeling em relação a terminologia que são semelhantes, que não tem muita diferença e outra, às vezes os próprios colegas que vieram do

Brasil que fizeram um estágio aqui e que dizia “hematocrito”, eu dizia, “não, hematócrito”. Só ficou então coisa pequena que a gente jogava o acento já mudava muita coisa, isso que atrapalhou um pouquinho, mas tranquilo, o Brasil ele acolhe, ele ensina. De certa forma...

P: O fato de você ter sido bem recebido te deixa mais tranquilo e você sabe que uma pequena, um pequeno deslize numa pronúncia, não é o que vai desconstruir a relação?

M4: Jamais, sem dúvida.

P: E qual você acha que são as maiores dificuldades hoje no seu trabalho?

M4: Dificuldade às vezes tem quase tudo, às vezes falta um pouco de instrumentos, sei lá trabalho mesmo não tem muita coisa.

P: Instrumento, você diz de material...

M4: Materiais.

P: Materiais de que tipo?

M4: Insumos em geral ou medicamentos também. Tem “x” de medicamentos e a gente pode usar isso. Tem uma paciente que é alérgico a um medicamento eu vou tentar mudar, é impossível. Ela não pode comprar e aí você fica de mãos atadas. Por exemplo, antibiótico não tem muito que trabalhar. É esse aqui cefalexina, amoxicilina e uma penicilina, é isso e se tem alergia a medicamento aí pronto, aí fica de mãos atadas. Porque a população é vulnerável e acaba que a gente fica um pouco de mãos atadas, a gente não pode passar dos limites porque é caro os materiais, mas pode comprar uma pomada, não, não posso, aí fica de mãos atadas, insumos...

P: Que tipo de problema que a população traz? Você disse que os pacientes são vulneráveis. Que tipo de problema que um paciente traz que você acha que é o mais difícil para você?

M4: Saúde mental é o mais difícil, é o mais difícil, o mais difícil, eu não consigo ter resolução.

P: E por que você acha?

M4: Assim, por ser uma população vulnerável a tudo, agressão, mãe batendo em mãe, agredindo mãe muita drogadição, não tem como a gente fazer o seguimento com pessoal do Nasf, do Caps, mas sempre volta porque nós somos a porta de entrada e aí acaba cobrando demais; e dores crônicas também, sem resolução e isso é o que eu fico mais chateado, de não fechar com chave de ouro, aí eu fico muito chateado. Só isso, o resto a hipertensão mas aí a gente está montando grupo, está orientando.

P: Você tem atividade em grupo além dos atendimentos individuais? Que tipo de atividades?

M4: A gente está fazendo resultado de exames, a semana passada por exemplo eu tive um grupo de resultado de exames, que a mudança de estilo de vida e orientações para pessoas diabéticas e hipertensas, acho que esses dois grupos e os grupos do Nasf que a gente está discutindo sempre.

P: E o Nasf tem ajudado?

M4: Ajuda, ajuda bastante.

P: E o que que te traz mais realização aqui?

M4: Eu acho que é os pacientes agradecerem, aquele muito obrigado eu acho que isso motiva. A equipe é boa, me dou bem com todos.

P: Dá para trabalhar em equipe mesmo, dá para contar com os colegas?

M4: Tenho algumas desavenças que é em todo canto, mas não é grande. Somos quatro médicos, dois no urbano e dois no rural e isso o que me motiva no dia a dia é isso, eu me dar bem com os pacientes e com a equipe também me sinto bem aqui.

P: Isso é super importante, né?

M4: Sem dúvida.

P: E você me disse que sua esposa está fazendo residência aqui e quando acabarem os seus 3 anos, se for possível, porque na verdade tá no impasse político, se for possível por exemplo, pedir prorrogação por mais 3 anos, você acha que você vai pedir?

M4: Vou, vou pedir sim, sem dúvida.

P: Você prefere trabalhar na atenção básica no Mais Médicos do que como médico contratado?

M4: Prefiro.

P: Por causa da carga horária?

M4: Por causa da carga horária, e eu me sinto bem eu me sinto bem, eu me senti bem, tranquilamente.

P: E como é um dia comum de trabalho?

M4: Não vou dizer que é mil maravilhas. É muito estressante, tem dia que estressa muito não é fácil.

P: O que mais te estressa nesse dia a dia?

M4: Às vezes é aquela coisa de fazer tudo pelo paciente e o paciente não dar resposta, você orienta, explica, e aí toma isso ou aquilo, o mais ruim é que às vezes ele que está com pico hipertensivo ou diabetes descompensada ou aquela louca que vem aí que não tá dando no efeito a medicação que isso aquilo Isso é o que me deixa mais chateado.

P: E você falou que a população cobra. Você sofre algum tipo de pressão, seja da população, da gerência, da equipe?

M4: Não.

P: Não existe um tipo de cobrança, de número de atendimentos?

M4: Existe sem dúvida.

P: E como é essa pressão

M4: Eu acho que tem que ter essa pressão, porque a gente é cobrado por metas. Eu nem tanto, porque eu sou Mais Médicos, mas o pessoal da OS são cobrados mais porque eu tenho meu valor x não tô falando que o valor x de paciente no dia a dia. Nós atendemos aqui 60 pacientes só na manhã com extras, tranquilamente.

P: Um médico só?

M4: Não, a equipe. A equipe toda, mas é muito abusiva a nossa demanda, tipo assim, segundo Ministério da Saúde preconiza, 16 de manhã e 16 à tarde. Aqui não, tranquilamente a gente atende nós dois, eu e a S e com os dois da zona urbana atendemos 40, 50 só amanhã tranquilamente só de manhã tranquilo fora os nossos agendados.

P: Isso fora os agendados?

M4: Fora os agendados.

P: E como ficam os agendados, por quê, suponhamos, no dia que tenha 50 casos cada um atende 25 Extras, e você ainda tem os seus agendados, você consegue desenvolver uma consulta?

M4: Isso é o que eu fico chateado aqui, muito chateado, porque eu tô cansado, chega numa hora que você cansa em relação a isso, essa demanda, aí você tem os seus agendados ainda porque você tem que dar uma atenção a mais aos agendados porque esses agendados que estão esperando você, tipo de 6 a 9 meses, porque agenda tá para novembro e dezembro e acho que está toda lotada então eles esperam ele também já estão cansados e chego no final da tarde para você atender eles, você não está aguentando mais porque você já atendeu tanta coisa antes e, acaba que assim que a gente não dá 100% da gente por causa da demanda e tem que atender, porque não pode pedir para voltar outro dia, tem de atender no dia.

P: Por exemplo aqui existe acolhimento, da enfermagem fazer o acolhimento e se não for uma coisa urgente

M4: Não, porque parece que o prefeito ou alguma autoridade falaram que tem que acolher todo mundo.

P: E acolher é atendimento médico, é isso que você quer dizer?

M4: Não, eu acredito que não. Eu acredito que ele não chegou falando isso, eu acho que ele chegou falando que acolher, saber o que é acolher, a queixa do paciente e ver se o paciente realmente vai passar pelo médico ou não mas todos passam porque a população cobra, a enfermeira e eles dizem, não, quero médico a população cobra muito muito muito e quer ser atendido pelo médico Isso é desgastante porque às vezes é uma queixa nada a ver. Ontem deu 11:50, chegou um senhor que ele é, ele chegou com uma dor no tornozelo Mas já tem um ano de evolução e veio tipo 11:40 E aí tem que atender Então essas coisinhas que, “não, calma, Vamos marcar uma consulta, vamos ver isso, tá doendo?”

P: E qual é a receptividade do paciente, você atende esse senhor, quando você diz que precisa de uma consulta como ele recebe

M4: Tudo que a gente fala de modo geral eles acatam, mas eles sempre querem contato com médico

P: Não pode ser a enfermeira que diz isso, tem que ser o médico, senão eles chamam?

M4: Sem dúvida. Eles brigam, eles querem ouvir mesmo é o médico, uma orientação eles ouvem a equipe de enfermagem mas se eles querem saber do médico

P: A sua agenda é você que organiza?

M4: Eu organizei ela mas, é mais equipe, eu dou uma organizada nela mas é mais a equipe junto, com a equipe.

P: Eu vi que você tem consulta agendada a cada meia hora, você tem autonomia para dizer eu quero que agende a cada meia hora?

M4: Na verdade sim. Eu ajudei na construção dessa agenda, foi tranquilo, a questão da agenda foi tranquilo, não tenho que me queixar, é somente esses extras que vem,

P: E aí roubam o tempo das consultas agendadas

M4: Sem dúvida. Nesse meio termo eu to morrendo de atender. Eu atendo um agendado e um extra, um agendado e um extra, aí eu vou intercalando. Sorte que tem outra colega também e também tem agenda dela também.

P: Na verdade os dois estão sobrecarregados?

M4: Sim sobrecarregados. Aí tem extra à tarde também que chega, aí a gente tem que atender.

P: Mesmo a tarde não é tranquilo?

M4: Não. Também sempre estamos em atividade, aí tem que renovar receita, tem que checar exames, muita papelada.

P: Por exemplo, para encaminhamento de paciente para especialista, para algum tipo de exame, vocês têm alguma dificuldade?

M4: Não, tá tranquilo, só que houve algumas mudanças porque, não se sabe se é por causa do AME ou por causa do pessoal da Unesp, então deu uma complicada nos nossos encaminhamentos, precisaram voltar e a gente precisou refazer alguns. E isso também estressa, pelo amor de Deus você faz um anexo a pessoa espera você dá a cara a tapa. você diz eu te encaminhei, aí chega lá na frente volta, a pessoa mais de ano na fila.

P: Demora então?

M4: Sim, e eu que estou dando minha cara a tapa eu que estou falando, aí chega lá coisa simples muito simples, volta o anexo.

P: Por exemplo

M4: Outro dia, porque o carimbo estava um pouquinho sem tinta e voltaram anexo porque eu carimbei, ficou um pouco apagado dava para ler tudinho só que voltou por causa disso segundo eles não enxergaram o carimbo.

P: Coisas bem pequenas e às vezes demora para voltar?

M4: Por exemplo estou com uma coledolitíase, aí para quê que você vai pegar pedir um raio x para fazer uma ultrassonografia ,aí eles voltam tudo. Primeiro tem que ter um raio-x e depois...

P: Mesmo que não tenha uma indicação de raio-x

M4: Que que você vai ver?

P: É uma exigência deles, é mandatório, mesmo que não exista indicação você tem que necessariamente fazer o raio-x, para depois fazer o pedido?

M4: Por exemplo, tem muito cardiopata. A gente bate o olho e pronto, deficiência cardíaca severa. Tem que fazer eco, tem que fazer Holter, a gente está precisando de uma orientação mais detalhada, está congestionado e ele tá todo edemaciado. Claro que a gente pode mandar para o PS mas a gente queria alguma coisa mais do Especialista mesmo, quer se a gente conseguisse, porque a gente está aqui vendo então essa desconfiança que eu sinto do pessoal da Secretaria lá. É claro que se eu explicar pro Doutor T, e falar para ele é isso, isso, aquilo prontamente ele resolve.

P: Ele consegue te ajudar?

M4: Isso, mas tem coisas assim coisas que a gente quer mais uma orientação. Às vezes demora e volta e acaba que a gente fica de mãos atadas.

P: E quando você tem dúvida em algum caso, como que você faz? É só um encaminhamento para um especialista ou você consegue checar com colega?

M4: Não, a gente checa. Os alunos estão aqui sempre estão passando, a gente pede orientação dos professores, a gente sempre conversa com eles e aí é o pessoal da dermato, vamos lá

P: Então você tem contato com a faculdade, um contato até próximo?

M4: Tem sim, os alunos estão aqui, a gente discute casos.

P: E como é em relação aos alunos? Eles sabem que você se formou no Paraguai e foi tranquilo também?

M4: Foi tranquilo, sim. Eu achava, eu saí daqui do Brasil e tem a faculdade de medicina de Botucatu a Unesp Ela é conhecida muito e aí eu vim com esse receio, eu formado fora será que não vou sofrer discriminação.

P: Em nenhum momento?

M4: Não.

P: Bom saber disso.

M4: Em nenhum momento, tranquilo.

P: E você lembra o caso mais difícil que você atendeu nesse tempo de Mais Médicos? E por mais difícil não quero dizer assim tecnicamente mais complexo necessariamente, o caso que você teve mais dificuldade para atender.

M4: Mais é a saúde mental. Eu particularmente tenho dificuldade, estou estudando, tenho acompanhado muito tempo o psiquiatra, a gente conversa muito.

P: Vocês conseguem fazer consulta compartilhada?

M4: Conseguimos, já fiz, acho que isso é fácil.

P: Você acha que ajuda?

M4: Ajuda muito e assim e essa não resolução, que eu não consigo ter resolução porque é fácil aumentar a sertralina, é fácil dar Diazepam para pessoa ficar ali, mas só que por ser uma unidade, uma população vulnerável a tudo, você acaba assim tipo como se diz, nadando, nadando e fica à deriva porque, sem sair do lugar, em termos de saúde mental, porque não tem nada aqui em Rubião Júnior para fazer um acompanhamento mais intenso para essa população voltada às drogas, a

saúde mental tudo é longe para eles então eu tenho pacientes que não vai no Caps porque não tem passe...

P: Existe mais essa dificuldade!

M4: Eu vejo que isso não vai ter fim, não tem resolução.

P: No final das contas eles voltam aqui?

M4: Todos aqui, nos cobrando, aí a gente cansa.

P: Depois desse tempo de experiência de Mais Médicos, sua visão da atenção básica mudou? Em que sentido, em que aspecto?

M4: Mudou. Quando eu me formei eu tinha um pensamento que era tudo às mil maravilhas, que você ia lá e resolver tudo, que o SUS era coisa mais linda no papel. Eu estudei SUS, é lindo, mas é tudo diferente, é bem diferente do papel. E eu acho que o próprio conhecimento dos pacientes que às vezes interfere na nossa, na resolução porque são muitos pacientes que tem uma queixa e quer saber deles, da queixinha deles, do tratamentinho deles e não sabe que se eu não for no posto hoje, se eu não ocupar essa vaga de um outro paciente que está agendado, que está esperando mesmo a muito tempo e ele e eles não sabem que ali que vai lotar, ele vai sobrecarregar a equipe sem necessidade, porque ele não tem esse conhecimento, se doar para as outras pessoas, capaz de pensar, poxa, hoje eu tô sentindo só isso, por que que eu vou no posto? Vou tomar um analgésico. Não, eles querem a resolução e acaba que é desgastante, porque se você fica cansado, e eu achava que era as mil maravilhas, que eu ia chegar que eu ia resolver a vida de todo mundo, mas é muito difícil, é difícil demais.

P: É mais difícil do que você imaginava?

M4: Muito, muito.

P: Os desafios são maiores?

M4: São porque são coisas mínimas do dia a dia que não há mais respeito entre as famílias e você acaba se doando e a pessoa não tá nem aí para a própria filha ou para própria mãe. Essas coisas do dia-a-dia é que às vezes desgasta.

P: E você acha que a sua a sua formação te preparou bem para cumprir bem esse papel no atendimento à saúde, na atenção básica?

M4: Olha eu tive uma formação voltada, muito voltada ao humanismo, ser mais humano em relação ao seu cliente, a sua população. Pelo menos lá no Paraguai a gente teve bom ensinamento em relação a isso, você acolher, conversar, olhar olho no olho. Então no SUS, quando eu vim para o Brasil e eu tive esse choque com os outros colegas e até mesmo com a população, porque a população era acostumada, segundo eles, e o médico não olhava para eles, que não tinha esse contato, então eles me elogiaram muito em relação a isso, esse contato olho no olho, conversar não só da doença, mas o que que você tá tomando, e por quê você tá tomando. Ele toma fluoxetina, isso, mas qual é a causa, porque que ele tá tomando isso? É porque eu bebia com isso só causa

disso, entendeu, então é assim eu tive bons ensinamentos lá e que aqui eu vi que era um pouco diferente, que era medicina tradicional, queixa, conduta e pronto.

P: E você acha que você está conseguindo, apesar de toda essa sobrecarga de todas essas dificuldades?

M4: Então, só que as vezes eu estou me sobrecarregando. Agora eu me sinto sobrecarregado por estar fazendo esse trabalho, mas às vezes o paciente cobra demais e acaba vendo você como “Ah, ele vai resolver tudo!”, e quem é a gente para resolver tudo? Então eu estou me sentindo sobrecarregado em relação a isso. Eles confiam, confiam tanto, que às vezes a gente fica impotente. Também muitas coisas é difícil resolver tudo.

P: Tem alguma coisa que eu não perguntei que você gostaria de falar, que acha que é importante eu saber, que é válido, alguma coisa que você queira perguntar?

M4: Estou até com a boca seca. Acho que não.

P: Eu agradeço por você ter me recebido. Você tem os meus contatos?

M4: Espero que você tenha colhido todas as informações necessárias, mas qualquer coisa estou aí.

ANEXO 8 Entrevista 5

Pesquisadora: Você é brasileira?

Médico 5: Sim

P: Onde você fez o curso de medicina?

M5: Aqui na Unesp. Fiz aqui mesmo.

P: Qual é sua turma?

M5: 49, 2016.

P: Você não fez especialização?

M5: Eu to fazendo a pós do Programa, vou defender daqui 2 semanas.

P: E aí, está gostando do curso?

M5: (risos) Mais ou menos. Eu acho que pra gente, que fez uma boa faculdade, que estudou, teve esse monte de coisa que a gente teve no curso, fica muito repeteco. Eu acho importante tudo que tem, né, no Programa da especialização, pra quem não é do Brasil. Pra gente, fica meio bobo, sabe? Eu achei meio bobo muita coisa, pra mim não acrescentou muito. O que me acrescentou foi a parte de fazer o trabalho, só, mas...

P: Você falou do seu curso. Você acha que a faculdade te preparou bem para o trabalho que você tem que executar aqui?

M5: Sim. Eu acho que a insegurança que tem no começo todo mundo tem, né? Insegurança de começar a trabalhar, de começar a atender. Antes de vir pra cá, eu to aqui há um ano e pouco, eu comecei em junho do ano passado...

P: Quando você vinculou ao Programa?

M5: É, vinculei em maio e comecei em junho, antes eu tava trabalhando dando plantão e tava no Jardim Cristina como médica contratada, só que lá eu só atendia clínica, só adulto, aí quando eu vim pra cá comecei a atender GO, pediatria, eu fiquei super insegura, né, porque a gente sabe as coisas mas na hora do vamo vê, que é sua responsabilidade.... Mas assim, a gente se virou, a U que trabalha aqui me ajudou muito, foi legal que trocamos experiência, porque tem coisa que você não aprende na faculdade, tem coisa que é a sua vivência que vai te mostrar. Então foi legal que a V e o W também me ajudaram, foi dando tudo certo. Hoje tá super tranquilo, eu faço com a maior tranquilidade e segurança do mundo.

P: Antes daqui seu vínculo foi só UBS?

M5: UBS e plantão.

P: Por que você optou pelo programa?

M5: Eu optei pelo programa pela possibilidade das 32 horas semanais, o valor do salário que me agradou, só que eu vim nessa condição, do meu estilo de trabalho. Eu sei que eu sou a única médica de Botucatu do Mais Médicos que trabalha assim, das 7 às 13hs de segunda, terça, quarta

e quinta e das 8 ao meio dia e das 2 até 5 da tarde na sexta pra dar as 32 horas. Eu sei que eu sou a única que trabalha assim, mas foi a condição que eu dei para poder participar. Se não fosse assim eu não ia fazer.

P: E não teve nenhum tipo de problema?

M5: Não, porque foi um acordo, a possibilidade, para a U estava tudo bem, na época era X que era de enfermeira e estava tudo bem; aí a gente mandou ofício, o Y até falou no começo: “ah, não sei se pode”, mas depois mandou falando que podia, depois falei com a supervisora que é Z, e ela disse “não, a gente pode fazer isso, tem um monte de gente que faz isso em outras cidades. Tem problema, tá tudo certo na unidade, tudo certo?”, documentamos tudo e ficou certo, mas eu não gosto de ficar comentando disso porque gera um certo desconforto, rola isso.

P: Entre os outros médicos?

M5: Sim, entre os médicos, mas está tudo certo, a gente superou, não é um problema.

P: Mas no começo deu um certo desconforto?

M5: Sim.

P: Você é solteira?

M5: Sim.

P: Qual é sua idade?

M5: 28

P: Você é de onde?

M5: Bauru.

P: Quais eram suas expectativas, porque trabalhar na UBS e dar plantão é diferente de PSF. Quais eram suas expectativas no PSF?

M5: Minhas expectativas eram muito grandes e muitas delas foram quebradas.

P: O que por exemplo?

M5: Eu achava muito legal de ficar acompanhando a longitudinalidade, de conhecer o paciente desde a hora que nasce até quando vai morrer, acompanhar toda a família, conhecer a história, porque eu acho que isso acrescenta muito no tratamento do paciente; eu sempre falo, às vezes o paciente vem com uma queixa que se fosse um plantão você ia tratar com medicação e vai pra casa, mas aí quando você tá aqui você vê que o problema é mais embaixo, que às vezes o problema não é exatamente aquilo que você tem que resolver, você tem que, conversa com Nasf, vai no Cras, é muito mais coisa envolvida.

P: Uma visão mais ampla...

M5: Uma visão mais ampla. O que eu quebrei muito de expectativa foi assim, até minha defesa de tese, a deficiência de contra-referência que a gente tem, isso me dá nos nervos, sabe? Porque a gente encaminha um paciente, por exemplo um nefropata, pra acompanhar na nefrologia porque já está em estágio avançado, beleza. E aí? A gente não recebe nada, a gente não sabe qual é a programação deles, qual a classificação, tudo bem a gente faz a classificação aqui, mas a gente

não sabe o que eles tão fazendo lá, o que eles tão pedindo de exame lá, o que eles tão fazendo de medicação, se evoluiu, ao longo dos anos, o que que aconteceu. Às vezes paciente enfarta, vai direto lá pra UCo, né, vai pro PS, vai pra UCo, faz um monte de coisa, aí eles vem pra gente, tipo, sem nada! Não sei se fez Cat, se não fez Cat, o que que deu, a gente não tem resultado de exame, ou muitas vezes o paciente acompanha aqui e lá, lá eles pedem exame, aí vem pra cá, a gente não tem os exames de lá, não temos acesso ao exame de lá, a gente vai ter que pedir de novo, gasta dinheiro público. Eu fico tão inconformada com isso! Era tão simples mandar uma carta falando “Olha querido colega”. Eu acho que é falta de respeito com médico da UBS e da Estratégia de Saúde da Família, eu acho. Eles veem o médico da Saúde da Família como um coitado que não conseguiu o que quis, tem gente que pensa isso mesmo! Eu acho uma puta falta de respeito, tem gente que escolheu tá aqui, tá aqui porque gosta, eu adoro tá aqui! Se tivesse uma perspectiva de crescimento, talvez eu até ficasse e nem fosse fazer minha residência que eu quero fazer. Quero fazer dermatô ou rádio, vou prestar até os dois esse ano, Mas até então estava prestando só dermatô. Mas se tivesse uma perspectiva de crescimento, e se a gente não tivesse tanta frustração no nosso dia a dia, talvez eu ficasse.

P: Você acha que o que te faz desejar uma especialização em outra área da medicina é a falta de plano de carreira e essa frustração do dia a dia?

M5: Sim. Eu gosto de muitas outras coisas também, entendeu? Eu penso para o meu futuro é um pouco diferente, mas se tivesse eu cogitaria em pensar em ficar.

P: E você vai prestar residência esse ano?

M5: sim

P: A sua primeira opção era ficar aqui mesmo em Botucatu no programa?

M5: No Mais Médicos? Sim, eu nem coloquei outros lugares. Eu já conhecia a cidade e a gente faz estágio aqui no sexto ano.

P: Você fez estágio aqui em Rubião Júnior ou não?

M5: Na GO. Quando a gente passa na GO no sexto ano, a gente roda aqui em Rubião.

P: Então você já conhecia estrutura e alguns colegas?

M5: Sim, mas no estágio da Saúde Pública eu fiz no Santa Elisa, no terceiro ano IUSC também foi lá; mas a gente já conhecia muita coisa, eu acho que a gente tem um bom contato com a saúde pública na faculdade.

P: O que você acha que são as suas maiores dificuldades aqui dentro?

M5: Funcionário.

P: Em que sentido?

M5: Olha, particularmente, eu já ouvi falar muito que de outros que trabalharam em outras unidades que aqui a gente tem muito funcionário encenqueiro, sabe assim? Tipo, uma vez eu tive um problema lá no comecinho quando eu entrei, que tem uma auxiliar que trabalha aqui que ficava questionando conduta, sabe? Tipo, eu pedi pra fazer uma medicação daí ela veio “Não, mas essa

medicação a gente não faz assim porque não sei o que, tananá...” aí eu virei pra ela e falei “É assim que é pra fazer, tá? Eu sei o que eu to fazendo”. Aí ela foi lá e fez e hoje ela tem um respeito por mim, mas tem esse desconforto. A gente percebe também um desnível muito grande de classe econômica, de ganhar dinheiro, tem uma certa, um olho gordo aí. Por exemplo, eu quis trocar de carro esse ano, eu me senti muito desconfortável de vir pra cá com o carro, entendeu? Porque a gente vê, gente que ganha mil reais por mês e é isso aí que vai ser, e a gente ganha mais. Aí às vezes até vai ter alguma coisa, vai comprar um bolo pra um aniversário, eles viram e falam “Ah, médico tem que pagar mais, quem ganha mais tem que pagar mais”, tipo... A gente não fala nada, entendeu? É um pouco desconfortável mas a gente não tem problema não, aprende a lidar, aprende a ter jogo de cintura.

P: O que te traz mais realização aqui?

M5: Ver dar certo as coisas, a gratidão que os pacientes tem, falar “nossa, melhorei com a medicação”, ou “melhorei simplesmente por ter conversado com você”, isso é o que me traz bastante realização, ver as coisas dando certo e fazer né, fazer o certo, fazer o bem. Eu vou te contar um caso.

P: Eu gosto! (risos)

M5: Uma paciente que eu recebi, com uma carta do pronto socorro, eu nem sabia que ela tinha insuficiência cardíaca, porque, né, uma das dificuldades da contra-referência, né? Aí ela foi lá porque tava com edema de face e membros superiores. Aí a médica que atendeu ela lá mandou uma carta pra mim falando que era uma insuficiência cardíaca descompensada e que ela não tinha feito medicação nenhuma porque não era queixa aguda, só que descompensação de insuficiência cardíaca é agudo, né? (risos). E primeiro que insuficiência cardíaca não dá edema de face e de membros superiores, mas tudo bem, e mandou que era pra eu resolver. E aí eu virei pra paciente no dia que atendi e falei, “Olha, se é isso mesmo, do jeito que você tá, a gente vai ter que te encaminhar pro PS de novo” e ela assim, ficou muito chateada, porque fica nessa joga pra lá, joga pra cá, e ninguém resolve o problema dela. Eu falei, quer saber de uma coisa? Peguei, liguei pra Unesp, tive que pedir pro residente tirar foto dos exames dela, pra descobrir, entender o que tava acontecendo com ela, e no fim ela era renal crônica também e isso pode acontecer mesmo. Fiz troca de medicação, falei volta em uma semana, qualquer coisa volta antes, paciente orientado. Voltou em uma semana, “Nossa, doutora, pelo amor de Deus, você melhorou muito a minha vida, muito obrigada! Eu tava muito triste que cada um me jogava pra lá, me jogava pra cá, e eu passava o dia inteiro no pronto socorro, e não resolvia nada, não tratava nada, não passava medicação, não viam as coisas..”. Então sabe, é só você ter um cuidado com o paciente que vai dar tudo certo, ele vai ser grato, né?

P: Você falou que ligou para o residente, você acha que o fato de ter formado aqui facilita esse tipo de contato, por exemplo?

M5: Olha, eu achava que facilitava mais quando eu tinha acabado de sair, mas hoje tem muita gente que eu não conheço, porque mudam. As pessoas entram, pessoas novas. Teve um caso essa semana passada e eu fiquei bem chateada, porque era um paciente que estava urinando sangue e ele disse que tinha câncer de próstata, aí eu liguei para a cirurgia, e ele não sabia falar nada, era um vovô, estava sozinho, e nem sabia falar nada, não sabia se tinha feito alguma coisa, se tinha metástase, se tinha passado para bexiga, não sei, aí eu liguei para discutir o caso para ver o que que eu poderia fazer para ele, se eles pudessem falar e me atendeu foram muito grossos comigo e eu ouvia os R mais dela falando que ela não tinha que ficar discutindo as coisas comigo. Foi triste, então depois que a gente acaba saindo desse meio, então agora eu me sinto igual a todo mundo.

P: Então você acha que o fato de ter se formado aqui hoje já não muda muito, essa facilidade, não facilita muito. Quando você precisa discutir um caso, você discute com a U, como você faz?

M5: Nesse caso eu acabei eu mesmo resolvendo mesmo. Eu encaminhei para o pronto-socorro porque tinha que fazer exame, outro tipo de exame, e se fosse necessário eles iriam encaminhar lá para a urologia mesmo. Hoje eu já não discuto mais tanto com a U, é mais uma segunda opinião ou então um paciente que ela viu antes e ela pediu para eu avaliar, aí eu pergunto como está.

P: A U está aqui há bastante tempo, não?

M5: A U está aqui há uns 10 anos.

P: E com relação à área, a área de abrangência você é da zona rural?

M5: É muito grande.

P: E o fato de ser uma área muito grande, quais são as dificuldades que a área traz para o seu trabalho?

M5: Olha, questão de doenças, tem bastante paciente com queixas e com problemas respiratórios, por ser muita poeira, zona rural. A área de abrangência realmente é muito grande, a gente atende paciente até na divisa de Pratânia, então é muito longe.

P: E por exemplo, se você precisa fazer visita, sempre tem carro disponível?

M5: A gente tem um carro nosso, tem um para o Rural e outro pro Urbana. A prefeitura acabou de dar uma Spin pra gente, faz um mês, a gente tem um carro bom. Antes a gente andava de Kombi, não tinha cinto de segurança, era bem ruim...

P: É duro essas Kombis...

M5: É. Tem que pegar estrada, mas hoje a gente tem um super carro bom e tem visita que demora quase uma hora para chegar, mas a gente faz, a gente vai, mas é ruim para esses pacientes e seria mais fácil serem acompanhados em Pratânia, porque é mais próximo, mas a gente se vira.

P: E você vai pedir prorrogação do prazo quando acabar seu contrato?

M5: Não pretendo, porque eu pretendo passar esse ano na residência.

P: Tomara que passe. A sua agenda como é você conseguiu, você que definiu o dia que você atende cada coisa, de quanto em quanto tempo você agenda, como é?

M5: A gente conversou isso logo que eu entrei, sentamos eu a Z, que era a enfermeira da época, e a U e montamos. Elas me falaram, na verdade, qual que era a demanda, a necessidade, e a gente montou. Eu atendo segunda, atendo PN, terça hiperdia, mas as vezes acabo colocando um adulto no meio que não tem vaga para outro dia, quarta é dia de visita e discussão com o Nasf, de quinta eu atendo adulto e sexta é o dia inteiro puericultura. E aí os extras, né, que a gente atende.

P: Tem muito extra aqui?

M5: Tem, tem bastante.

P: Você acha que tem atrapalhado o andamento da sua agenda?

M5: A gente se vira com tudo, eu não sou uma pessoa que reclama, pra mim tá tudo ótimo, entendeu? Porque não adianta reclamar, trabalho vai ter, então o que adianta reclamar, eu vou fazer disso um pouco mais leve. Eu e a U atendemos super rapidamente, assim, não que a gente atenda mal, entenda que a gente atende rápido porque a gente já conhece, a gente já sabe o que vai fazer, dá um fluxo maior, né? Então a gente costuma acabar os extras no máximo 9 horas da manhã, teve um dia que veio 60 extras e era um dia que eu tava sozinha, ela estava de atestado. Então a gente se vira, dá tempo de fazer tudo porque a gente tem aquele tempo pra fazer, então vai ter que dar tempo. Mas hoje veio 20 extras, e eu estou sozinha, eu tenho um interno que ajuda. Tenho dois internos da Saúde Pública. Tem um na rede urbana e três na GO, três dias na semana. A gente tem esta ajuda, então dá tudo certo no final, mas não atrapalha não. É o que tem pra hoje. A gente orienta os pacientes a virem das 7 às 8h de extra, porque quanto mais cedo eles vem, a gente consegue atender eles antes e aí parte pra agenda depois, né, facilita pra eles e pra gente também, e aqui eles tão bem conscientes com relação a isso, a horário.

P: Não é o dia inteiro que fica aquele super movimento?

M5: Lá na urbana fica mais, pinga o dia inteiro, aqui a gente conversa, acho também que isso foi facilitado pelo fato da U estar aqui há tantos anos e ela vem fazendo isso há anos. Mas a gente orienta os agentes a falarem isso, a recepção a falar isso, e toda vez que o paciente vem fora do horário a gente fala, então na próxima ele sempre vem no horário.

P: Eu vi que vocês tem o Nasf. Você acha que o Nasf tem ajudado?

M5: Aqui ajuda muito, aqui é bem legal. No Jardim Cristina quando eu trabalhei lá, eu falava “O Nasf não serve pra nada”, então a única coisa que servia pra mim era discutir com a psiquiatra, o resto não resolvia nada, sabe assim? Manda pra cá, manda pra lá... Aqui não, as meninas pegam na massa mesmo, resolve muita coisa, é muito legal, tem me ajudado.

P: E a questão de encaminhamento quando você precisa encaminhar não tem a contra-referência Mas você consegue dar vazão a esses pacientes que precisam desse encaminhamento, ou não?

M5: Ah sim, eu não deixo ficar ninguém aqui que eu acho que não deve ficar.

P: Mas é só encaminhamento ou você precisa mexer os pauzinhos para conseguir, para que a coisa aconteça?

M5: Não, encaminhamento é encaminhamento. Mesmo o A sendo chefe do ambulatório de cárdio, por exemplo, tinha um paciente que eu até tinha discutido com ele e ele disse, encaminha já. Aí o B mandou de volta dizendo que precisa pedir o eco e eu pedi, mesmo já tendo ficado ciente, nunca tive nenhum privilégio em relação a isso. Faço encaminhamento seguindo protocolo, se tiver que pedir exame antes a gente faz e depois encaminha, às vezes pede na urgência. A única dificuldade que eu acho que a gente tem, a gente não pode pedir ultrassom com doppler, a gente não tem acesso, de membros inferiores, pra pacientes com varizes. Então é esse encaminhamento pra vascular eu acho que ficou um pouco prejudicado por essa impossibilidade.

P: E vascular é só na Unesp?

M5: Só na Unesp. Aí o que a gente tem feito, por exemplo, até essa semana eu atendi um paciente que tinha um ciap 4 de insuficiência vascular, aí eu falei pra ele “faz particular”, aí você me traz e a gente encaminha.

P: E alguns conseguem pagar?

M5: Alguns conseguem, mas esse não tinha condição, mas ele ia se virar, pedir pro irmão, junta um pouquinho aqui e ali e vai. Eles se viram, e é isso que a gente faz, eles se viram nos 30, a gente se vira nos 30, e aí dá certo.

P: Que tipo de problema que o paciente traz e te deixa mais desconfortável? Se é que existe isso.

M5: É assim, eu trabalho de forma muito ética, então eu não me sinto mesmo que o paciente seja homem e que tenho que fazer um exame por exemplo de pênis, com uma lesão no pênis. Eu não me sinto desconfortável. Porque para mim aquilo é normal. Se eu vejo que o paciente ficou assim, eu chamo um homem para ficar junto, para entrar na sala, entendeu?

P: Mas não é algo que acontece com frequência?

M5: Se tiver que perguntar, a gente pergunta. Você tem que ser séria, não vai ficar dando risadinha para não entender errado, mas não tive problema com isso não.

P: Tem algum caso que te marcou, você já me contou um caso, que era um caso muito complexo e você pensou que não ia dar certo, um caso que deu tudo errado e aí eu disse, nossa esse caso me marcou desde que eu me formei?

M5: Eu não sei te falar de um caso específico...

P: Ou então alguma coisa que você pensou que não fosse dar conta e que deu certo?

M5: A gente atende tanta bucha, que... nada que me marcou, porque, de verdade, eu gosto de resolver o problema, passou na minha mão eu resolvo, sabe, não gosto de deixar pra depois. Sei lá, eu ligo para alguém, às vezes não discuto nem com alguém daqui, eu discuto com algum colega meu, que tá fazendo residência naquilo, tenho dúvida, procuro num livro, o paciente espera um pouquinho, eu já vou lá resolvo o assunto... não gosto de deixar pra depois, porque depois a gente acaba até esquecendo.

P: E vocês tem algum problema com paciente, de paciente reclamar, agredir verbalmente?

M5: Eu tive dois problemas nesse tempo todo que eu estou trabalhando. Um logo no começo quando eu comecei trabalhar aqui e era uma paciente que tinha vindo, eu não lembro porque que ela tinha, eu acho que era uma gripe e aí ela me pediu atestado do dia inteiro, na verdade ela pediu dois dias, daí eu disse que não, que não tinha indicação, daria apenas uma declaração de hora. Ela fez um barraco, barraco...

P: Por causa disso?

M5: Ela fez um escândalo, daí teve que vir todo mundo para resolver. No fim das contas eu conversei com a M e ela me explicou, porque como era no começo eu não sabia, ela me explicou toda vida da mulher, filho que tinha tido Guillain Barre e aí ela trabalhava na escola e se ela não pegasse atestado ia descontar hora, na hora dela nan nan nan nan, enfim, aí a gente resolveu isso, e não aconteceu mais. Acho que tem coisa que não vale a pena discutir também, a gente tem que se poupar também. E aí um paciente que eu atendi era um menino jovem de uns 17 anos e veio com uma dor torácica aí eu fiz um eletro e vi só uma alteração de repolarização, normal, aí eu fiz medicação. Fiz tudo que a gente tinha e o que não tinha aqui no posto fiz tudo que podia aí repetiu eletro e manteve a mesma alteração e ele mantinha muita dor, aí eu disse que tinha que encaminhar ele para o pronto-socorro para ver se precisa de mais algum exame, porque não tá melhorando e aqui não tem mais nada que eu posso fazer, e você está com dor e não vou deixar você ir embora para casa com dor. Aí eu encaminhei e daí eu recebi uma ouvidoria da mãe desse paciente dizendo que eu não devia ter encaminhado, porque era uma dor de estômago, que eu disse que eu tinha falado que ele tava infartando, e eu nunca falei isso para ela. Eu acho que ela ficou meio biruta, mas foi super simples de resolver e eu pensei assim: eu pequei pelo excesso, mas é melhor pecar pelo excesso do que pela falta, porque imagina se eu não encaminho e o menino está tendo uma angina instável, um infarto sem supra, não sei, entendeu, o mínimo que eu tinha que fazer era encaminhar. Isso é o que tive de problema. Depois não tive mais nada não.

P: Pelo visto, com a convivência com a população e você conhecendo as coisas, foi ficando mais tranquila, mais fácil de levar?

M5: Fica. Você já conhece a família inteira, já sabe. Nossa tô falando bastante, né Louise!

P: Não, é bom porque tem alguns que você pergunta e eles respondem sim, não. E agora com quase 2 anos de trabalho na atenção básica, mudou a sua visão da atenção básica da Saúde da Família, do que você tinha quando você se formou e que agora está no programa?

M5: Mudou.

P: O que que mudou?

M5: É que assim, vou entrar em detalhes pessoais com você agora. Eu estudei muito a minha vida inteira, muito, muito mesmo, no meu sexto ano eu queria só dermat, até ano passado eu só prestava dermat, e só ia prestar em lugares tops, porque eu não aceitava menos do que isso, pra mim só servia isso. E nunca passou pela minha cabeça trabalhar num posto de saúde, porque minha família é inteira de médico, todo mundo sempre passou direto, sempre passou direto. Na

minha cabeça era só eu vou estudar e vou passar. Vou para o exército e queria depois fazer a residência. Eu não queria fazer direto mas eu queria ter passado e fazer o exército. Aí acabou que eu não passei, e nada tinha dado certo, e eu fiquei super deprimida, fiquei muito mal e nunca passou pela minha cabeça que eu ia fazer isso, porque pra mim, eu falei isso pra você, que tem gente que pensa no médico da família como menos, eu acho que eu também pensava assim, e aí beleza, vou procurar alguma coisa, porque até fevereiro eu não tinha nem começado a trabalhar, né. Não tinha dado nem plantão, nem nada, porque eu estava só ficava estudando. Aí tudo bem, entrei em depressão, consegui um trabalho, foi dando tudo certo, e eu tinha vergonha de dizer que eu era médica de saúde da família, e isso foi uma das coisas que eu trabalhei muito com meu psicólogo, gente, qual que é o problema?

P: E por que essa vergonha?

M5: Então, não sei porque, acho que era da visão dos outros tinham, acho que por eu ter me frustrado, o que eu queria não era aquilo, e eu tinha vergonha de falar. Porque às vezes você fala assim, as pessoas em geral esperam sempre mais de você, né? Tipo, você tá no colégio, ah, vai prestar o que de faculdade? Acabou o colégio, ué, não passou? Vai fazer cursinho? E aí, passou na faculdade? Entra na faculdade, e aí, quando você vai formar? Acabou a faculdade, e aí, e a residência? Ah, você fez medicina? Você é médica do que? Você entendeu? É sempre isso, casou? Quando você vai ter filho? É sempre mais, entendeu? Então acho que a pressão que as pessoas põem em cima da gente a vida inteira é muito grande. Então acho que a gente tem que aprender a minimizar um pouco essa pressão e falar “pô, tá tudo bem, tá tudo bem”. Hoje eu penso assim, eu falo tranquilamente pra pessoa, se ela pergunta, eu sou médica de saúde da família, ponto.

P: Hoje não sente mais esse constrangimento?

M5: Não, eu não tenho que me justificar pra ninguém, entendeu? Ah, nem falo mais... no período que eu tinha vergonha de falar aquilo, aí passei pra fase de “ah, faço medicina de família mas eu presto dermat”, hoje eu não preciso falar isso, tá tudo bem, eu não preciso me justificar para ninguém. Tá tudo bem pra mim, se a pessoa acha que tem algum problema o problema é dela, não é meu.

P: Você está feliz aqui?

M5: To super, super feliz. A equipe é ótima...

P: Existe um trabalho em equipe mesmo?

M5: Ah existe, aqui a gente tem. Principalmente eu e a U somos muito uma equipe, a gente se ajuda demais. A C também, mas ela é enfermeira e tem coisas que não é da alçada dela, mas a gente se ajuda demais. Até o pessoal da urbana, outra equipe, mas a gente também se ajuda. Acabou o extra aqui, a gente ajuda eles. Precisa de alguma coisa, por exemplo, hoje à tarde a U não está aqui, eu vou ficar até um pouquinho mais tarde e eles vão ver o que precisar à tarde e se tiver aí 1 ou 2 extra rural eles vão atender. Isso eu acho legal, a gente conseguir ter esse tipo de conversa, não fica uma coisa cada um por si ou separado, eu acho que para você conseguir

trabalhar em equipe você tem que saber lidar com as pessoas e uma mão lava a outra, um dia sou eu que estou precisando mas amanhã pode ser que ele precisa também eu acho que é isso aí. Temos alguns problemas em relação a isso que eu já tinha te falado com auxiliar, mas agora a gente tá com déficit de auxiliar, porque tem duas de atestado longo. Uma está grávida, estava tendo sangramento de primeiro trimestre, e aí a médica afastou para ficar em casa, não ficar andando pra lá e pra cá. A outra fez uma cirurgia que complicou do olho e a gente já tava com uma a menos. Tá um caos, eu nem fico esperando muito, sei que tem dia que não vai ter ninguém pra fazer a pré, a gente se vira e já vai começando, pra não ficar, né, embolando o serviço.

P: Tem alguma coisa que eu não perguntei que você acha importante eu saber, e que é relevante?

M5: Eu falei tanta coisa, e não tem mais nada não.

ANEXO 9 Entrevista 6

Pesquisadora: Qual é a sua nacionalidade?

Médico 6: Brasileira.

P: Onde você fez faculdade?

M6: Na Rússia.

P: Foi você que fez na Rússia. Teve uma pessoa que tinha comentado que uma do Mais Médicos que tinha feito na Rússia. Nossa isso é longe! Em que ano você se formou?

M6: Janeiro de 2017.

P: Ainda não deu tempo de fazer especialização?

M6: Não.

P: E desde quando você está no programa?

M6: Desde agosto de 2017, contando de Brasília e tudo.

P: E você trabalha em Botucatu desde o começo?

M6: Sim, sempre foi aqui.

P: Quantos anos você tem?

M6: 26.

P: Você é casada ou solteira?

M6: Solteira.

P: Você nunca tinha trabalhado em PSF, é seu primeiro emprego?

M6: Sim e é tudo novidade,

P: Me conta um pouco, como foi a decisão ou como surgiu a oportunidade de fazer faculdade na Rússia?

M6: Eu sou de Roraima e lá eu estava tentando cursar Medicina. Tentei uma vez assim que sai do ensino médio, aí na segunda vez eu tentei de novo só que passei para enfermagem. Não consegui de primeira pra medicina, e quando eu estava fazendo enfermagem, eu tinha um amigo que sempre levava ideias de medicina em algum lugar, sempre trazia algumas propostas.

P: Então você começou a fazer enfermagem?

M6: Sim, fiz quase um ano e daí esse amigo sempre trazia essas propostas e uma vez, mas eu não falava espanhol e a maioria dos lugares que ele trazia era em espanhol, mas eu falava inglês e lá na Rússia a faculdade seria em inglês. Aí me interessei mais e aí levei a ideia para minha família e eles curtiram e eu fui.

P: E como funciona o processo seletivo?

M6: Tem uma prova também, só que é uma prova só de inglês, biologia e química. Cinquenta questões de cada aí e passando, entrava na faculdade.

P: A faculdade era muito grande, a sua turma?

M6: A minha turma tinha uns 12, doze no total.

P: Qual cidade ficava?

M6: Kursk, interior da Rússia.

P: E como foi a experiência, porque é muito longe e é diferente a cultura?

M6: Foi melhor que eu esperava.

P: Você é super jovem foi pra lá ainda menina, muito novinha!

M6: Eu estava com 18, fiquei lá 6 anos e meio. A faculdade lá são seis anos eu fui um semestre antes para aprender a língua deles e tudo mais, aprimorar um pouquinho, porque quem quiser pode fazer um minicurso da língua do Russo e revisão de biologia e química para fazer a prova deles. Foi sensacional. Primeiro foi um choque porque a cultura é totalmente diferente, o clima, tudo bem diferente, mas como eu morei em Kursk, que era uma cidade pequena, foi mais tranquilo para mim, para eu me adaptar.

P: E tinha mais brasileiros?

M6: Tem bastante brasileiro lá, então a gente criou uma comunidade. Até a última vez eu fiquei sabendo tinha uma faixa de 300 brasileiros.

P: Nessa cidade?

M6: Sim, porque ela é a principal e eles costumam ir para fazer medicina. Tem Moscou, mas aí é mais cara.

P: E o custo de vida lá é muito caro comparado ao Brasil? A faculdade lá é paga ou é pública?

M6: Ela é estadual, mas para estrangeiro tem que pagar. Eu pagava U\$1900 por semestre.

P: Por semestre, não é por mês?

M6: Sim, por semestre.

P: Bem diferente do Brasil, de uma faculdade particular.

M6: Sim totalmente. O custo de vida em Kursk era tranquilo por ser interior. Em Moscou já é totalmente diferente.

P: Você acha que a sua formação, a sua faculdade te preparou para trabalhar no posto de saúde, com saúde de família?

M6: Não, eu vim um pouco despreparada mesmo pra toda essa situação, porque a partir do meu quarto ano de faculdade lá, era só mesmo hospital, eu nunca tive isso de sentar e...

P: Não era uma realidade da atenção primária

M6: Não, não tinha. O máximo que eu tive foi porque nas nossas férias de verão a gente é obrigado a ter um curso de verão.

P: Um estágio?

M6: Isso, se você viesse pro Brasil ou pra qualquer lugar tinha que fazer algum curso da matéria que eles estavam pedindo na época. Aí o máximo que eu tive, foi quando eu vinha pra cá de férias.

P: Daí, o que você fazia quando estava de férias?

M6: Eu acompanhava num posto de saúde com uns amigos meus lá da minha cidade. E então que eu tive relação à saúde assim, SUS foi por aí. Lá na Rússia eu não tive contato.

P: Eu não sei como é o sistema de saúde na Rússia, como funciona, não tem então essa questão da atenção primária? São hospitais?

M6: Não tem postinho de saúde não, tudo é direto para o hospital.

P: Então realmente essa é a realidade do país, não preparam para muito para isso?

M6: Não tive mesmo.

P: E você acha que o UNA-SUS está te ajudando?

M6: Eu to gostando bastante.

P: Você acha que é um curso que vale a pena, está te preparando para o trabalho que você tem que desenvolver aqui?

M6: Na verdade sim. O que eu venho aprendendo com eles, muita coisa que eu melhorei foi a partir do momento que eu comecei a seguir melhor o Una-sus.

P: E o que mais te motivou a inscrever no programa, no Mais Médicos?

M6: Primeiro porque eu ainda não estou revalidada e é uma forma de eu já começar a trabalhar. E eu acho bonito também, ter esse contato com as famílias e tudo mais. O SUS, eu acho interessante a ideia, apesar de não ser tudo do jeito que a gente queria que fosse na prática. O projeto eu acho muito legal de participar.

P: E você tinha opção de ficar na Rússia depois de formada ou não?

M6: Eu teria que fazer mais um ano como se fosse uma residência, se eu quisesse ficar lá.

P: Mas não era esse o seu desejo, seus planos?

M6: Não.

P: Aqui você vai prestar o Revalida?

M6: Sim.

P: Você tem vontade de fazer especialização?

M6: Tenho e não tenho. Eu quero revalidar aqui tudo certinho, mas eu não tenho vontade de fazer especialização aqui. Eu não queria morar mais no Brasil. Eu quero ficar aqui só um tempo talvez se eu fizer a minha especialização aqui eu atraso um pouquinho para o que eu pretendo lá fora, eu prefiro tentar fazer especialização fora já

P: Onde você pretende morar, em estabelecer sua vida?

M6: Isso. Mas isso são projetos, primeiro revalidar.

P: E como tem sido as suas experiências, frente às expectativas iniciais, principalmente porque você não teve esse contato com posto de saúde durante sua formação?

M6: Eu me achei bastante sortuda por ter vindo pra cá, porque aqui já tem, por exemplo, de manhã e de tarde tem eu e mais dois clínicos, eles sempre foram super receptivos, me ajudaram bastante, então eu sempre tive bastante apoio, consegui aprender bastante com eles. Até bastante do meu medo foi embora porque eu tive essa sorte, porque eu sei que tem alguns Mais Médicos que

entram sozinhos, né? Aqui não, aqui eu sempre fui bem monitorada pelos meus colegas de trabalho médicos, como minha enfermeira chefe também foi super prestativa.

P: E a população, te recebeu bem?

M6: Sim. Sempre com a mesma brincadeirinha, a maioria, até hoje, porque aqui acho que troca bastante de médico, tinha um outro rapaz do Mais Médicos aqui, e aí toda vez eles vem “mas a senhora vai ficar quanto tempo aqui?”

P: Eles querem que você fique?

M6: Sim, eles ficam “ahhh, mas não vai embora já não”, ou então eles sempre perguntam quando eu coloco o retorno, eles pegam e falam “mas é a senhora que vai estar aqui quando eu voltar?”, porque eles já estão acostumados a estar toda hora trocando de médico.

P: Tem muita rotatividade de médico aqui?

M6: Isso, tem bastante!

P: Aqui estão três equipes, como funciona?

M6: Só a minha, na verdade não, já tem um médico de manhã e outro à tarde estão aqui há bastante tempo, mas quem estava no meu lugar e um outro colega meu que viviam trocando que era Mais Médicos ou outro projeto e sempre trocava.

P: Desde que você entrou no Mais Médicos foi aqui em Botucatu?

M6: Sempre foi aqui.

P: E por quê Botucatu? Como foi o processo de escolha, era sua primeira escolha?

M6: Eu entrei pela segunda vez, foi minha segunda tentativa, a primeira tentativa não tinha dado certo. Como eu sou de Roraima, (interrupção) na época o processo para escolha de vaga era de acordo com o estado de onde você era.

P: No seu estado de origem?

M6: Sim ou então em linha reta a distância menor e por incrível que pareça lá no Norte é onde tinha menos vaga, aí acabou que eu não consegui. Eu queria ter colocado na minha cidade, tinha, acho, que só três e acabou que os mais velhos, por desempate, aí eu acabei não conseguindo de primeira. Aí na segunda vez fizeram a troca, agora seria só por questão de idade e enquanto a gente tava tentando entrar no projeto a maioria dos brasileiros tentaram se reunir pra fazer mini testes pra ver onde é que conseguiria. Nessa brincadeira eu consegui pra Botucatu, porque eu sabia que pra minha cidade eu não tinha chance.

P: E como está sendo a adaptação aqui?

M6: Ah, pra mim sempre foi tranquilo, na verdade,...

P: Para quem se adaptou na Rússia...

M6: Estou acostumada a morar longe, então não foi tão...

P: E você está gostando da cidade, do clima?

M6: Eu gosto, porque eu gosto de cidade pequena, minha cidade é pequena, eu gosto daqui.

P: Qual a sua cidade?

M6: Boa Vista. Eu sempre fui de cidade pequena, então para mim não foi, na verdade foi até melhor que vir para Botucatu. Eu gosto do local que é, a gente consegue viajar mais de boa eu gosto daqui.

P: O que você acha que são os pontos positivos desse trabalho?

M6: Eu estou tendo bastante experiência e isso é um grande ponto positivo; eu acho que o fato de trabalhar com a saúde da família, estar fazendo o Una-sus, me ajuda até ficar um pouco mais humanizada no trabalho, eu gosto dessa interação com paciente, perguntar como está com a família, as visitas que faço, considero isso tudo como ponto positivo

P: Você falou que faz visita.

M6: Toda quinta de manhã.

P: Você faz atendimentos individuais? Você faz algum grupo, alguma atividade de equipe?

M6: Faço grupo de Hipertensão e Diabetes toda quarta, na verdade a cada 15 dias tem uma reunião de hipertensão e diabetes.

P: E é só você que conduz esse grupo?

M6: Só eu. De médico é. Tem uma enfermeira comigo que me ajuda.

P: Foi você que começou esse grupo ou ele já existia e você só deu continuidade?

M6: Não. O médico que estava no meu lugar saiu e ficou um tempo muito grande sem médico, aí a gente meio que pensou em fazer o projeto do grupo pra tentar adiantar mais e dar conta da demanda. Mas na verdade a ideia é a gente tentar fazer outros tipos de grupos, na verdade,

P: Por exemplo?

M6: Pra explicar sobre tuberculose, explicar sobre dengue, DST, ter outros focos além de HAS e DM. Até pra eu ter mais contato, porque aqui a gente tem um ginecologista e obstetra, então eu quase não tenho contato com essa área, e a gente do Mais Médicos até pede, então eu queria fazer os grupos pra pelo menos ter contato pelos grupos, fazer projetos com todo mundo.

P: E pediatria você atende também? Aqui é clínica mais de adulto mesmo?

M6: Aqui também tem dois pediatras também, um na parte da manhã, um na parte da tarde.

P: E a sua agenda agenda, como é você conseguiu organizar sua agenda? Quantos pacientes você tem agendado, e é você que define isso ou não? Você chegou já estava pronto?

M6: Quando eu cheguei a gente tentou ir adaptando a agenda de acordo com... como pra mim era tudo novidade a agenda começava pequena, nas duas primeiras semanas eram pequenininhas, acho que tinha só 5 no período e depois que eu fui adaptando a gente coloca normalmente pra cada um dos clínicos, é 9 na parte da manhã e 9 na parte da tarde agendados, depois extras.

P: E tem muito extra aqui?

M6: Depende do dia. Segunda-feira costuma lotar.

P: E o que é lotar, só pra eu ter uma ideia?

M6: De vir uns 16 só de extra.

P: Isso para os três? Vocês dividem entre vocês, isso?

M6: Isso, só que por exemplo, segunda-feira de manhã praticamente fica só eu aqui porque não é todo mundo, só a mocinha da tarde que fica aqui e fica todas as tardes de manhã, eu revezo com alguns, então tipo segunda de manhã eu estou sozinha aqui.

P: Então você que tem que dar conta de tudo os extras mais dos agendados?

M6: Sim.

P: E na segunda você acha que seu trabalho fica prejudicado, ou você dá conta de administrar o tempo com esses extras e atender os agendados como você gostaria?

M6: Bom, eu foco bastante nos agendados, porque as meninas ajudam também, a pré tenta colocar na agenda só o que realmente tem necessidade, elas dão uma bloqueada, tipo, explica “não, tenta vir na parte da tarde...” quando elas avaliam que dá.

P: Então você tem esse trabalho de triagem que te ajuda?

M6: Sim, é o que acaba ajudando bastante. Na segunda eu fico um pouco mais aperreada porque vem bastante, mas dá pra manter o controle.

P: E quais, você acha, que são as suas maiores dificuldades aqui?

M6: Humm, na hora que vem as perguntas a resposta não vem. Tem dificuldade, é porque não tá vindo nada agora na minha cabeça. Eu acho que... Eu não tenho ACS aqui, eu acho que seria muito interessante ter uma ACS, deixa eu ver o que mais, acho que poderia ter um pouco mais de comunicação entre as equipes, por exemplo, eu tenho até a psiquiatra aqui, mas ela vem só a cada 15 dias, então acaba que quando eu preciso falar um pouquinho antes com a psiquiatra eu fico um pouco dependente desses 15 dias pra ela aparecer, mas a gente tem encaminhamento pro CAPS e tudo mais, só que às vezes eu preferia que ela estivesse toda semana aqui. É mais isso, deve ter mais coisa mas agora não tá vindo...

P: Por exemplo, encaminhamento. Você tem algum tipo de dificuldade para fazer encaminhamento para fazer exame?

M6: O encaminhamento é tranquilo para fazer os pedidos, eu acho que o mais chatinho é para o vascular que às vezes não tem um exame específico mas a gente é obrigado a pedido exame para poder encaminhar para vascular, então fica um pouquinho mais...

P: Como assim, não entendi, você precisa pedir um exame ao qual você não tem acesso?

M6: Ultrassom venoso, por exemplo, você não dá para fazer, aí mas normalmente para para encaminhar você tem que ter esse ultrassom mas nunca tá funcionando, aí eu fico... não sei nem o que explicar para o paciente, essa é uma situação chata que poderia falar

P: E você tem o Nasf aqui?

M6: Tem.

P: E você acha que o Nasf tem ajudado?

M6: Ajuda bastante, eu encaminho bastante até, mas acho que uma parte negativa, também, precisava de mais reunião minha com o Nasf.

P: De quanto em quanto tempo são as reuniões?

M6: Não, precisava ter, porque hoje a gente só marca reuniões quando é um caso que eu precise muito discutir com todo mundo, senão não tem.

P: Ah, então não tem reuniões em dias fixos?

M6: Não, não tem.

P: E por que não?

M6: Uma boa pergunta.

P: Porque tem algumas unidades que tem reunião em dias fixos, daí vai acumulando os casos que precisam passar, para passar tudo num dia só.

M6: Eu não sei se é porque aqui tem muitos clínicos, então acaba ficando difícil de organizar, eu penso que seja por isso, porque eles já tinham uma maneira de trabalhar e eu acho que eu sou a segunda do Mais Médicos que entra aqui, então acaba que eles não tem esse contato tão direto com os Mais Médicos. Quando eu cheguei tinha muita coisa que até para o pessoal daqui era meio que novidade, então são coisas que eu acredito que eu tenho que começar, sugerir para poder colocar em prática, mas eu acho que é mais por isso mesmo.

P: E qual foi o problema mais difícil que você teve que enfrentar aqui e você consegue se lembrar?

M6: O problema mais difícil? Vou te falar que aqui é bem tranquilo, apesar de ser bem lotado, mas tá, não vai vir nada agora.

P: A população te respeita?

M6: Sempre fui muito bem recebida. Eu já ouvi casos de paciente ser grosso, mas comigo até que eu to tendo bastante sorte. Tá sendo bem tranquilo, nunca fui tratada mal por nenhum paciente, pelo menos não na minha cara.

P: E você, por exemplo, vai pedir prorrogação do prazo se você puder, se tiver essa opção, porque está mudando tudo?

M6: Tanta coisa que está mudando. Prorrogar para mais três anos, né? Então, eu só vou saber... se eu não tiver passado no Revalida até lá, aí talvez eu peça, se ainda tiver como.

P: Mas se você tiver passado provavelmente não?

M6: Não, porque aí eu vou querer já partir pra... na verdade eu não sei mesmo, porque eu acho bem interessante ficar pelo Mais Médicos, mas eu não tenho ideia de como vai ser daqui para frente ainda falta uns 2 anos.

P: Muita coisa pode acontecer né? E como é um dia comum de trabalho?

M6: Segunda e terça eu venho de manhã e à tarde; eu chego aqui 7:30 eu fico das 7:30 às 11:30, eu atendo os 9, depois fico nos extras,

P: Primeiro são atendidos os agendados?

M6: Sim, depois a gente segue para os extras. Horário do almoço, como eu não moro muito longe eu acabo indo para casa. Uma hora eu volto e fico até às 5 horas e aí tudo se repete. É mais ou menos isso.

P: E você sente algum tipo de pressão, seja por produção ou por quantidade de pacientes agendados ou para mudar alguma coisa na sua forma de trabalhar?

M6: Não, nunca tive nenhum problema não com isso. Para sempre foi nove pacientes. Quando eles precisam mexer alguma coisa colocar algum extra sempre foi conversado pede pra avalia, pede para trocar. Mas é bem tranquilo nunca fui pressionada para nada não.

P: O trabalho em equipe parece que funciona bem aqui?

M6: Sim. O pessoal daqui é bastante comunicativo, é bem legal.

P: Que tipo de problema que o paciente traz que te deixa mais desconfortável, ou que você acha mais difícil resolver?

M6: Problema vascular eu acho, mais chato de avaliar no sentido de encaminhar e tem bastante, mas não são todos os casos, mais no caso de ultrassom venoso, o arterial eu tô fazendo normal.

P: A parte venenosa que está parada?

M6: Mas o arterial é o mais grave, mas dá para manter tranquilo, mas eu acho que é mais isso que às vezes eu fico um pouco agoniada.

P: E você lembra de algum caso que te marcou e te deixou preocupada?

M6: Tinha um paciente que eu visitava, que ele tava bem debilitado mesmo, a própria Unesp tinha deixado em casa só pra gente ficar mantendo a visita e avaliando, a filha do rapaz sempre vinha aqui, sempre vinha aqui, toda hora, e eu ficava preocupada, e toda quinta, e tem bastante paciente pra visitar, então não dava pra ficar voltando toda quinta naquele mesmo paciente, então ele era um caso que eu ficava bastante preocupada, ficava aflita e não tinha muito o que fazer, né, porque os remédios, tudo já havia sido retirado, e aí ele foi um paciente que me marcou bastante. Eu até peguei um carinho, gostava de ir lá visitar ele, Seu C, mas infelizmente, ou felizmente pra ele, porque já estava sofrendo, ele já partiu. A família inteira veio aqui, avisou, e tudo mais.

P: A família demonstrou, reconheceu o seu trabalho, o fato de você ter ido várias vezes?

M6: Sim, sim, vieram aqui me avisar falando e eu continuei atendendo o filho.

P: Foi difícil, mas ao mesmo tempo gratificante?

M6: Sim, foi bem isso mesmo.

P: Quando você tem alguma dúvida, você tem liberdade para discutir com seus colegas?

M6: Sim, sim. Nossa, eles são uns anjinhos. Eles sempre me ajudam quando eu preciso, com toda a liberdade para perguntar.

P: E agora que você já está com um ano de programa, contando com o tempo de Brasília, você acha que mudou sua visão do PSF depois que você entrou e começou a trabalhar?

M6: Mudou minha visão porque eu comecei a entender até coisas que até eu que antes me deixava irritada, tipo “ahhh, que demora”, agora eu entendo melhor o porquê de cada coisa, a burocracia que tem, tudo certinho, que não é realmente, só chegou e aconteceu um milagre, eu agora entendo mais, e acabo entendendo quando algum paciente quando fica revoltado, porque ele também não

tem culpa de achar que do jeito que tinha que ser, porque é o jeito que a gente quer que seja, até que explique.

P: Eu não entendi porque você disse que mudou, porque eram coisas que você acha que era enrolação?

M6: Não, mudou a minha ideia, invertendo os papéis, como paciente muitas vezes você chega estressado, querendo ser atendido de uma forma, mas na verdade você não entende o que está acontecendo aqui nos bastidores, o que a gente tá passando, pacientes que a gente realmente tem que passar na frente. Então isso eu tenho uma ideia melhor. Mas, como eu fui embora pra Rússia muito cedo, e não tinha muito contato aqui, eu também não tinha muito ideia do que esperar, então o máximo que eu consigo falar é isso.

P: Você tem alguma dúvida se me perguntar alguma coisa?

M6: Exatamente essas minhas palavras vão sair?

P: Não, a gente em geral, só as vezes que a gente usa exatamente a frase da pessoa, mas na verdade a gente interpreta o discurso.

ANEXO 10 Entrevista 7

Pesquisadora: Você é brasileiro né?

Médico 7: Sou.

P: Você fez o curso de medicina onde?

M7: São Paulo, capital.

P: Quando você se formou?

M7: 2008.

P: Você tem especialidade?

M7: Psiquiatra.

P: Quantos anos você tem?

M7: 33.

P: Seu estado civil?

M7: Casado.

P: Você trabalhou antes de entrar no Mais Médicos, você teve outros trabalhos?

M7: Eu trabalhava no centro de saúde de escola do Butantã, unidade de medicina lá em São Paulo. Na verdade eu continuo vinculado, só que eu estou de licença sem vencimento desde que vim para cá. Terminei a faculdade, fiz um ano de exército, posterguei a residência, terminei a residência e emendei no finalzinho da residência que surgiu o concurso de atenção à saúde e passei e comecei logo em seguida

P: Lá é como psiquiatra ou não?

M7: Como psiquiatra na atenção básica, então tinha, na verdade tinha desde ambulatório, os pacientes que eu atendia diretamente, mas também matriciamento, supervisão de estágio, não sei o quanto é semelhante a estrutura do CSE daqui, mas de estratégia também.

P: Você gostava do seu trabalho lá?

M7: Eu gostava, tinha uma coisa muito valiosa, preciosa lá, uma equipe muito qualificada.

P: A equipe faz muita diferença, né?

M7: Então tinha uma troca muito rica, aprendi muito com as pessoas que estavam lá, uma equipe muito longa de serviço, talvez, de certa forma semelhante com o pessoal daqui, tem muita troca, bem diferente do Butantã. Lá tem bastante gente com 30, 35 anos de serviço, uma galera importante assim na história da saúde coletiva, do SUS lá na capital.

P: E o que te motivou?

M7: Teve um... essa mudança veio no bojo de uma série de mudanças de vida que a gente estava empreendendo como família e pessoalmente. Eu carreguei desde a graduação a dúvida se eu fazia medicina da família ou psiquiatria e acabei optando pela psiquiatria, mas desde o início da minha vida pós residência foi na atenção básica e cada vez mais próximo da residência de medicina de

família, então é o universo que eu fiquei muito mais próximo daí do que a minha formação original. Não curti muito o IPQ, o Instituto de Psiquiatria do HC, eu aprendi pra caramba lá, porque não era um ambiente que eu me sentia parte e eu percebi nesses anos 2013, que foi quando eu comecei a trabalhar no Centro de Saúde, foi estabelecendo foi crescendo uma vontade de experimentar o trabalho com a medicina mais ampla, com o cuidado que fosse menos segmentado por questões de qualquer especialidade mais focal, e foi um processo que foi acontecendo de me ver cada vez mais e lá no Centro de Saúde tinha até uma contingência que a gente tinha um programa de saúde mental de um lado e um programa de atenção ao adulto, e que tinha para criança também, mas a gente tinha menor interação com eles e a gente tinha uma organização que por uma questão que é, que não dá para não ser da saúde mental, que privilegiava o vínculo, e a saúde do adulto acabou se desorganizando ou perdendo por vários motivos, desde a perda de funcionários, ou como a dificuldade de renovar o processo de trabalho lá, que as pessoas iam sendo atendidas na saúde do adulto, e cada vez era atendida por umas pessoas, então na verdade o que acabou acontecendo na dinâmica de trabalho diária lá é que meio que inverteu

P: O vínculo era como a saúde mental

M7: Eu era referência para os meus pacientes e quando tinha questões clínicas, eu ia discutir com os clínicos e não o contrário, e em várias situações eu me vi querendo entrar mais, muito interessado na verdade, em cuidar sem essa separação de papéis tão grande, então não era uma questão de deixar a saúde mental, mas me restringir apenas só a esse papel não me bastava. Uma outra coisa que eu fui percebendo, era muito diferente quando uma pessoa chegava encaminhada para o psiquiatra ou já chegava solicitando um atendimento psiquiátrico, e nesse contexto apresentado por exemplo, apresentar questões de saúde mental do que conversar sobre a vida da pessoa quando ela está com um generalista, eu via isso nos matriciamentos, nas discussões que fazia com os residentes de medicina da família, quando eu atendia junto com eles no ambulatório, no posto porque eu também circulava nos postos da região...

P: No NASF?

M7: Não era NASF, era um matriciamento da residência, mas como se fosse, e era muito menos capturado por uma linguagem que, na psiquiatria quando busca o psiquiatra ele, vão com demandas que são os remédios, expressar o sofrimento como uma doença, já era um discurso muito mais verticalizado, e era muito mais difícil sair daí e ampliar, ou seja, vamos falar da vida mais ampla e propor uma disputa de saídas que não fossem medicamentosa, isso estava me deixando meio desconfortável na época e eu fui ficando com vontade de experimentar uma mudança de família, que era uma coisa que sempre ficou meio latente, e daí estava naquela, faço mestrado, faço tudo, e acabei indo para uma especialização na Unifesp, que era em cuidados integrativos, e ele tinha uma pegada mais vivencial, e acabei fazendo o TCC com o D que eu queria estudar mais saúde coletiva, que eu pedi para me orientar, apesar de ser de outra instituição, mas ele topou, D, e foi interessante porque a questão que fui surgindo, foi quando eu fui estudar,

não era nada específico de saúde mental, mas eu estava comparando racionalidades médicas de uma forma mais ampla, e estava vendo meu interesse mesmo estava direcionando para a integralidade e eu acho que em algum momento da vida, eu tenho dúvida de qual será o momento, eu devo ir para uma racionalidade não ocidental, mas antes disso ficou muito claro nesse processo para mim que eu queria trabalhar com o que há de mais integral da medicina e eu enxergava a medicina da família nisso, e daí, também minha filha nasceu em 2015, e já na gravidez a gente foi falando que precisava organizar para sair de São Paulo.

P: Vocês são de São Paulo?

M7: Eu sou de São Paulo, a minha esposa é de Andradina, na divisa com Mato Grosso do Sul, final da Rondon, mas já estava morando em São Paulo há bastante tempo, em um ciclo da vida foi bacana, mas a gente queria bastante sair, então a gente começou a buscar uma estratégia de viabilizar isso, ela não é médica, fez letras, jornalismo e tal, estava no doutorado na época, e bom, eu vou de atrás de trampo primeiro, e a possibilidade de Mais Médicos apareceu como um super combo de tentar atender a todas estas coisas, sem eu precisar pedir demissão da USP, com um backup possível se as coisas mudassem

P: Muito interessante...

M7: Então eu consegui justificar uma licença por um viés de ‘estou me aprimorando’, ter uma experiência, continuo ligado a alguma coisa que eu já fazia na pós, eu tenho especialização em saúde da família, tirei uma licença de dois anos e meio, vai até janeiro de 2020, se eu entrar num *stricto sensu* pode me fazer rolar isso adiante, então foi no meio nessa tentativa, vamos tentar a vida com a possibilidade de plano B, e aí a gente começou sondar algumas cidades, enfim, esses arranjos que tem a ver quando a gente está pensando na família que cresce, tem filho e tal, meu sogro mora em Bauru, então a gente pensou primeiro nessas duas gravidades, de São Paulo a Bauru, minha família é de São Paulo, e a gente foi mapeando algumas cidades na região, tinha pensado em São Carlos, aqui, um amigo estava morando na Demétria na época, batia com muitas coisas que a gente buscava, uma aspiração de vida comunitária, natureza. Natureza a gente encontrou, vida comunitária não.

P: Mas você mora lá na Demétria?

M7: Sim, moro na Demétria.

P: E vocês não se adaptaram no lugar, não é o que vocês esperavam?

M7: A gente não tem uma afinidade tão grande com a antroposofia, assim, e parece que dentro do mundo da antroposofia, e a gente foi descobrir por aqui, a galera da Demétria é especialmente xiita.

P: É?

M7: Então tem alguma rigidez, que faz com que as coisas fiquem um pouco mais difíceis, a gente não conseguiu tanta parceria, e as parcerias que a gente foi estabelecendo ao longo do tempo, estavam muito desgastadas, com o princípio da escola, com outras pessoas tem algumas questões

que são, quem começa a entrar lá, não demora a perceber, e acaba saindo, então na realidade a gente não conseguiu estabelecer os laços que a gente esperava, isso começou a pesar...

P: Mas a princípio, vir para Botucatu, era a primeira escolha de vocês? Sua primeira opção era vir para Botucatu?

M7: A gente ficou muito dividido entre Botucatu e São Carlos, a gente estava procurando alguma cidade de porte médio, numa distância razoável destes dois polos das nossas vidas, e de preferência que tivesse alguma vida cultural, de ideias que fosse bacana, acho especialmente que São Carlos atenderia melhor isso, tanto é que era nossa primeira opção era por São Carlos, estava na balança, mas era um pouquinho mais São Carlos. Eu cheguei a tentar - eu vim em junho - no final de 2016 tinha rolado um edital anterior que eu não consegui, os critérios do edital, não sei se você chegou a olhar, exigia que o tempo de médico de equipe de saúde da família era 40 horas, minha jornada não era nem saúde da família, nem 40 horas, eu estava como psiquiatra, ainda que ajudando na atenção básica, enfim, apesar de um mergulho grande neste mundo não falava nada, a única coisa que pontuava a meu favor era minha idade, porque eles privilegiam os mais velhos, e tinha uma questão de distância da cidade, mas eu contava zero ponto, e quando eu tentei no final do ano passado 2016, eu coloquei São Carlos como primeira opção, mas não rolou, tinha uma vaga só, Botucatu quase não tinha, e foi preenchida quase que num dia, depois quando abriu o edital de Botucatu, no ano seguinte que eu vim, tinha 10 vagas Botucatu e uma em São Carlos, daí eu falei... bom... a ironia é que ninguém no Brasil escolheu São Carlos, aquela vaga não foi preenchida naquela ocasião, e eu vim para cá.

P: E quais são suas expectativas com relação ao Mais Médicos, com relação a essa mudança, porque na verdade, foi uma mudança, como você disse, um rearranjo muito grande na vida que vocês estavam programando, enfim, qual é sua expectativa com essa nova realidade que você ia ter?

M7: Uma questão era sair de São Paulo, então, como diz minha esposa, a gente queria um outro tempo em outro espaço, a vivência do espaço em São Paulo não estava me atendendo, tinha uma necessidade bastante grande de ter um contato com a natureza maior que eu conseguia ter, mais orgânico, assim mais, nem precisava ser o extremo que a gente buscou e conseguiu na Demétria, eu vejo por exemplo, quando a gente vai visitar Bauru, o fato de ter ruas mais tranquilas, não era tão difícil chegar na natureza, já era diferente do meu dia a dia, apesar que a gente estava morando no Butantã, e que dentro de São Paulo, é uma região bastante privilegiada com isso assim, parques, a gente conseguia alguma coisa, mas era uma densidade demográfica que já não era legal e a gente tinha uma falsa impressão de acesso a várias coisas de cultura, porque dizia, em São Paulo tem um monte de coisa, mas qualquer coisa era um deslocamento de horas, caro, a gente tem que programar com muita antecedência porque senão não consegue, enfim, isso, estava ruim para esse momento da vida da gente, com filho pequeno, e o tédio também, porque a gente sempre vivendo alguma coisa, tinha um deslocamento, trânsito, qualquer , enfim, e acho que essas coisas

a gente conseguiu, teve uma adaptação, foi um enraizamento, eu sou de São Paulo, nunca tinha saído da cidade, então foi uma série de mudanças que nos primeiros meses foram bastante desgastantes, para me achar, depois que a G me ouviu bastante, eles me apoiaram bastante na minha vinda...

P: Eles são bem legais...

M7: Eu cheguei a ficar hospedado lá.

P: É? A casa deles é super engraçada, porque é sempre aquele movimento...

M7: E daí, em relação ao trabalho, o único pedido que eu fiz, aliás, dois pedidos para o Paulo quando ele foi, porque a gente não pode opinar ou participar da decisão de lugar, eles que escolheram, ...

P: De forma aleatória?

M7: Aleatória não sei, mas não compartilhada conosco, aí eu disse, a gente vai morar na Demétria, quero ficar o mais perto possível da Demétria e eu não quero estar uma unidade tradicional, eu quero uma unidade da saúde da família, foi essas duas questões que eu pedi, e aí Santa Elisa, o Aeroporto que é um pouco mais perto, e acabou me colocando aqui, e a ideia era que eu ficasse numa unidade de saúde da família, eu não queria uma unidade tradicional, que me colocasse pra atender só saúde de adulto, e não visse nem saúde da mulher, não atendesse criança, esse arranjo que não era do meu interesse, queria atender famílias, queria atender em todo tempo, queria ter essa experiência realmente sem essas separações e agora, um ano e pouco depois consigo dizer que até experimento isso, de certa forma bacana, mas no começo, aqui no Marajoara tinha passado por uns meses, por um semestre com muita rotatividade de médico, tinha um médico que tinha ficado uns três anos, e saiu no começo do ano passado, e daí normalmente tinha um segundo profissional que era do Mais Médicos que você percebia que rodava rápido também, e daí mais ou menos na mesma época, entrou a D que é médica contratada da Fundação e eu duas semanas depois, meio junto assim...

P: Então foi uma mudança dos dois médicos... aqui são dois médicos?

M7: Aqui são dois médicos, e daí de janeiro a maio, ficou um giro gigante de médico, então estava tudo zoneado, desorganizado, pilhas de prontuários, nível de conflito assim bem ruim, a população é conhecida assim por ter conflito no posto assim, difícil de lidar, essa fama, não tenho experiência de outros lugares, talvez seja o mesmo, e eu me senti num pronto socorro, com muita dificuldade de organizar qualquer trabalho com alguma longitudinalidade possível, em priorizar quem precisava mais, com mais equidade, e a gente vivia aquele momento de ter as reuniões de equipe, e essa ordem do Prefeito que a pessoa podia agendar a qualquer hora que viesse sem, eu não sou contra uma agenda aberta, mas do jeito que foi feita, sem organizar um processo para que isso pudesse ser feito, a gente ainda vive essa situação, por exemplo, começou organizar em fevereiro a minha agenda, então a gente começou a manejar as coisas basicamente no extra, com muito eventual.

P: Dava mais ou menos quantos extras por dia?

M7: Putz, no começo, diminuiu, e eu tenho a impressão que o bairro está diminuindo em termos de população, porque eu sei que tem a Minha Casa Minha Vida em todo lugar, aqui não é uma região que em si que não está crescendo, tem esses loteamentos atrás, mas eu acho que é uma população que não é tão usuária da unidade e que está começando agora, ainda não tem muita casa, mas ali, no Santa Maria para frente, aquele pedaço, bastante, Rubião, algumas áreas que eu vejo que as pessoas estão se mudando mais para esses lugares do que chegando, então eu acho que uma parte é isso e outra parte é que eu acho que a gente desafogou um pouco o excesso de demanda, que deu uma tranquilizada, mas no começo era, por período assim, tipo trinta e poucos, quarenta, acho que não chegava, não sei direito, e a gente ia se conhecendo...

P: E tinha isso ainda, os dois médicos novos, e os dois tentando criar algum vínculo,

M7: Foi bastante desgastante, a gente chegou, um clima muito pesado, eu estava habituado em São Paulo , a gente tinha um diálogo muito tranquilo assim, podia falar, expor conflitos, contradições, fazia parte do nosso trabalho de uma construção coletiva de trabalho bastante democrática, o andamento de nossas decisões coletivas, então eu vim dessa cultura e cheguei aqui e fui extremamente radicalizadas, então a gente discute bastante com as pessoas daqui.

P: Aqui dentro?

M7: Aqui dentro já. Isso custou meses para e foi muito conflito de comunicação, assim de, de não decodificar certos códigos não verbais, e eu falei com minha esposa no começo, que estava começando a entender que quando a pessoa vira pra mim e diz assim, tranquilo, vamos fazer uma coisa juntos, eu sou flexível, eu estou topando, ela quer fazer, nada vai mudar, e eu vou te ferrar se você propor qualquer coisa diferente, e eu no começo achei legal, uma pessoa parceira, mas quando fui ver que as coisas não andavam, fui ficando irritado, e eu também não estava com muita reserva, com todas essas mudanças na vida, eu estava bem no limite assim, então demorou bastante tempo pra começar surgir um certo reconhecimento mútuo de

P: Dentro da equipe?

M7: Dentro da equipe mesmo, vamos colocar assim, com enfermeiro, com a médica, e muito mais por uma questão de comunicação, estava todo mundo meio sobrecarregado, uma entrada na unidade um pouco cuidada assim, eu percebi em outros lugares, por exemplo, soube assim, e acho que tem o exemplo de Botucatu, no Comerciário, o Fausto está lá e goza de um lugar que vem de anos de trabalho aqui na rede, a médica mais velha que tinha ido para lá na época segurou umas duas semanas antes dela começar a atender, para reconhecimento de território, conhecer todo mundo, isso foi uma outra realidade.

P: Você não teve...

M7: Primeiro dia aqui, eu cheguei e tinha esse extra aqui, tem essa receita pra renovar, um monte de receita de psicotrópico, pelo amor de Deus, estava em dezembro e chegando exame de 2015, 2016, então, eu não estou aqui para isso, e nesse primeiro mês como um gerador de stress a mais,

eu vim de férias, eu não vim de licença, porque meu processo não tinha rolado ainda e, eu estava ali precisando, eu tinha falado, eu precisava resolver esta questão de São Paulo, né, e minha licença foi assinada, eu tive férias primeiro de junho e a licença foi assinada dia 28, assim dois dias antes de terminar minhas férias

P: Então você estava naquela tensão...

M7: Eu falei, na semana que vem eu tenho que voltar para São Paulo e beleza, e minhas férias serviu como um mês de experiência,

P: Experiência talvez não, não exatamente como você tinha imaginado

M7: Então foi, me senti muito pouco compreendido, apesar de ter explicado assim, e eu falei assim, olha eu não sou um moleque recém formado que veio trabalhar aqui uns meses enquanto junto uma grana para fazer residência, eu tenho esse percurso dentro da saúde coletiva, dentro da assistência primária, então o amadurecimento do meu desejo de trabalhar nisso e da minha convicção e das minhas ferramentas para poder lidar com essa situação e não é o que estou habituado, e não como um moleque que está vindo aqui para dar uma ajudada, eu disse para a coordenadora da Fundação certa ocasião,

P: Pra você especificamente, ou não?

M7: Numa reunião comigo, porque na verdade estive reunindo depois de um ou dois meses de trabalho, que teve uma reunião com a E e com a médica que coordenava na ocasião, acho que não é mais essa função e tinha uma enfermeira, F, acho que sim, elas vieram até por uma questão disso, mediar uma situação que, então eu estou habituado a falar algumas coisas francamente, isso eu achei que talvez, em mais de uma situação, parece que tem que ser assim muito agradável, e não pode discordar, pegar mal, o pessoal leva muita coisa para o lado profissional, eu não estava percebendo a certa altura o quanto eu estava incomodando, porque era uma coisa que normal.

P: Para você era uma coisa muito natural?

M7: Eu queria saber, fala de volta, mas as pessoas não falam, o que não falam eu não sei, isso eu tive que treinar esse e tentar entender que a pessoa não vai falar assim.

P: A dinâmica de trabalho em equipe aqui é muito diferente?

M7: Uma cultura de interior aqui aqui também, as duas coisas, mas é bem diferente do que eu estava habituado, e daí foi no meio dessa conversa que de um lado estava cobrando produtividade, tipo grande, cara, eu atendo as pessoas, mas também preciso conhecer as pessoas, a outra médica.

P: Então existe esta cobrança por produtividade?

M7: Número de atendimento sim, no começo especialmente, e depois a gente passou de fato a atender, mas na verdade é que os dois entraram juntos e ao mesmo tempo e queriam conhecer as pessoas, a gente não estava simplesmente tocando queixa-conduta, nenhum dos dois, e daí quando decidi, foi até bom porque a gente começou a fazer um pouco parecido a gente não faz queixa-conduta no extra, mas agora que a gente conhece bem as pessoas, a gente pode, mas não dá para ficar tomando... e daí uma das coisas que eu bati o pé no começo era que eu queria que

as micro áreas fosse dividido, eu não queria ficar atendendo, agora atende de um jeito desorganizado, eu queria fazer questão de pela estratégia, por essa questão de território eu tenho a possibilidade de desenvolver um trabalho longitudinal com vínculo, agora acho que até poderia flexibilizar, tanto que agora algumas situações, flexibiliza sim, em troca, pessoa que demanda , questões de cada pessoa que a gente atende , mas daí ela , a gente estava comentando a questão de que eu queria aproveitar também no extra, de preferência que as pessoas fosse direcionada para a área da pessoa, eu não ia deixar de atender se fosse da outra, mas se fosse possível no momento fazer essa divisão, seria bacana, então era uma série de coisas que eu trouxe como ideia no começo no conjunto destas coisas, legal a gente propor isso, a gente tenta mas na verdade a gente não vai dificultar qualquer coisa diferente.

P: Entendi.

M7: E algumas destas eu fui conseguindo na teimosia , por exemplo, essa da divisão da área tal, mas aí você vê essa fala no meio da conversa com a coordenação, que é que a médica da unidade é a contratada da Fundação e o pessoal do Mais Médico vem aqui dar uma ajudada, segurei aqui na garganta , uma oportunidade depois para , numa outra ocasião com a coordenação , o que eu te falei, eu estou aqui, não sou moleque para dar uma ajudada, mas eu acho que de alguma forma ainda existe esta...

P: ... essa visão...

M7: Eu vou chamar de tratamento sim.

P: Por parte de quem?

M7: Olha, eu acho que isso é meio geral, eu tenho a impressão de que questões que tem a ver que diretamente toca algo gerencial, na ausência da enfermeira, ou mesmo, por exemplo, eu não posso usar, receber aluno contanto, aliás, eu posso se trabalhar de graça, eu faço 32 horas aqui, só se eu ficar mais do que essas 32 horas, eu posso ficar com os alunos aqui, mas são coisas que tem mais a ver com decisão compartilhada no processo de trabalho, eu percebo que se eu não ativamente for atrás, isso não passa por mim, nessa altura do campeonato eu já não sei se é ... no começo eu achei que era essa diferença mesmo, mas isso atenuou bastante porque, enfim, eu sou incomodado com essas coisas, eu incomodo então eu vejo e vou propondo e na real eu acabo percebendo que como não são coisas que não vem do nada, são embasadas, enfim, tem um certo respeito, mas tem o respeito meio receoso, meio com certo temor assim.

P: E você se sente parte da equipe?

M7: Olha, não como eu me sentia em São Paulo ainda, eu, como eu falei, a gente da saúde mental, a gente sentava, os médicos, as psicólogas, as profissionais de enfermagem que a gente tinha, todo mundo sentava na mesa redonda lá, e quebrava o pau ali, mas a gente decidia junto as coisas né, aqui, então, não era só entre o pessoal de nível superior, todo mundo falava e todo mundo podia responder aqui, eu não sentia essa tranquilidade, não estava habituado a isso , e ainda hoje eu percebo que é muito estranho porque eu não posso fazer nenhuma demanda para o pessoal da

enfermagem, auxiliar, alguma coisa daquilo que foi combinada naquela horinha da reunião da equipe que a gente tem, se isso começa a escapar, e diz que tem que levar primeiro para a enfermeira, porque a enfermeira tem, e não vai conseguir porque parece que não tem respeito, eu não sei se é um pouco da dinâmica da enfermagem em todos os lugares, mas lá era mais tranquilo falar, não sei se é a dinâmica de trabalho, que a enfermeira manda, e as técnicas de enfermagem na escadinha obedecendo, e não tem autonomia de pensar as coisas direito, várias situações de eu colocar e fazer um pedido, sei lá, de um terapeuta, e aí diz - por que não espera, não fala com a enfermeira - não, ninguém da vigilância tinha tomado todas as medidas, daí o pessoal trava porque, eu pedi para fazer uma coisa que era uma vírgula fora do que ela estava fazendo sempre, não vou dizer nem que era o que ela era instruída a fazer, mas era o que ela sempre fazia, e é muito estranho isso, assim a pessoa não se coloca, então é trabalhoso para essas coisas fluírem, tem uma burocracia, mesmo numa equipe pequena, tem um fluxo que as pessoas precisam falar com um, uma rede de comando rígida e pouca, as pessoas sentem pouco a vontade para contrapor, bem endurecido, isso para mim, então eu não sinto tão parte nesse sentido quanto eu me sentia lá em São Paulo, as reuniões de equipe acontecem a cada 15 dias, até a G que é enfermeira fixa e saiu de licença, quinta-feira a cada 15 dias das 4 às 5, e na maioria das vezes nem eu e nem a D conseguem participar porque a gente ainda está atendendo quando começa a reunião, então é uma reunião esvaziada de decisões importantes porque na verdade o maior tempo ela leva a pauta pronta, assim, eu não sei se é assim nos outros lugares, e isso também era estranho para mim porque as pessoas levavam, e a gente montava a pauta junto.

P: Aqui não é assim, a pauta está pronta, as pessoas não levam demandas para a reunião?

M7: Ela leva, entrega a folha da pauta, fala os assuntos e o último ponto da linha que ela deixa sempre “assuntos da equipe”, mas não chama assunto da equipe, porque uma hora a cada quinze dias está ocupada com as questões de gestão que a equipe de cima trás e no geral é uma pauta que é muito pouco de discussão mesmo porque ela apresenta e ela já dá a resposta, são informes e são listas fechadas e por mais que pareça uma discussão, tem pouco espaço para as pessoas realmente pensarem o que realmente pode decidir com essas questões, como é que a gente vai lidar, não, ela já vai e informa, como se fosse um assunto, essa é a questão e a proposta para resolver é assim, tem pouco espaço para ... algumas coisas que eu consegui fazer de mudança na unidade foi aceitando que é assim que as coisas funcionam porque se eu quisesse levar para conversar na reunião de equipe nada acontecia, então antes da reunião da equipe eu sentava com a enfermeira, com a outra médica e estabelecia o que vai ser feito e chegava como ponto de pauta já decidido ... porra, é triste assim, é o que temos para hoje, conseguimos algumas mudanças, beleza, avançamos em algumas coisas, mas não é o que a gente se apropria, e acaba vendo algumas mudanças que são verticais mesmo, então eu vejo, desde que eu cheguei eu tenho proposto o ciênciia avançado, a gente, não só por achar que é mais interessante, mas ainda mais, porque naquele contexto não restava outra alternativa senão organizar o acesso avançado porque o correto

era fazer o que estava fazendo era mentiroso, uma consulta para 5 meses depois e não colocar nenhuma barreira para que se essa pessoa quisesse vir num extra antes a gente vai dar conta de toda as coisas que ela faria na consulta daqui a 5 meses, porque eu não vou esperar para compensar uma diabetes de onze, ...

P:... daqui a cinco meses... a gente tem a consulta a gente vê...

M7: Não, a gente vai ajustar no extra, assim, isso é ridículo assim, e agora algumas pessoas da equipe estão começando, elas ficaram muito contrariadas com a gente, da gente pedir exames no extra, nossa, vocês tratam igual no extra como na consulta, não valoriza a consulta... não pera aí, se você morasse aqui o que você ia fazer, como você gostaria de ser tratada? A gente fica com um problema difícil de resolver que é o tempo de espera, porque eu não consegui, é o que eu já pus, coloca a ficha com horário, de 15 em 15 minutos, sei lá, maneja a ansiedade, vai lá tomar um café, fazer alguma coisa até as 3 horas, tem vinte na frente, vai atender antes das 7 da manhã, vai ficar plantada aqui na sala de espera, enfim, isso eu não consegui implantar, mas as pessoas não entendiam que atender os agendados, se a pessoa está sendo posto desse jeito a pessoa tem que desobedecer a agenda, tem que vir na hora que ela precisa, não tem, então algumas pessoas estão contrariadas, forçadas de cima para baixo porque a gente bateu o pé firme, diferente, acho que acabaram vendo que as coisas começam sendo diferente, mas por ser ponta firme, nesse sentido, as coisas foram dando resultado, a gente está conseguindo mudar.

P: Entendi, já está conseguindo ver?

M7: Sim, já tem muitas coisas que estavam sendo roladas adiante sem eficácia nenhuma no trabalho, sem que a gente, aumentou o nível de resolução das coisas aqui.

P: O número de extras diminuiu?

Diminuiu. Tem momentos, é imprevisível.

P: Depende do dia?

M7: Estava num bom momento para a gente voltar e propor... pô, o cara pode vir num extra, a gente pode falar na recepção, você pode voltar amanhã, sei lá, fazer um agendamento para um dia ou dois depois, organizar, porque tem dia que a gente fica numa manhã tranquila, numa tarde sem ninguém, e tem dia que explode, tem dia que meio dia estou atendendo coisa que chegou as 8 e está p da vida assim, e com razão, por ter esperado, mas a gente não desenvolveu recurso suficiente para e vai até o limite do meu fôlego para brigar por estas coisas também porque me incomoda, desde o começo, mas eu tenho minha vida para cuidar, elencar prioridades, uma briguinha por vez.

P: O que aqui dentro te traz mais satisfação, realização?

M7: Os momentos que eu me sinto mais realizado são esses da porta fechada, com o pacientes dentro aqui, de conseguir, tem algumas coisas que eu vejo são frequentes assim nas minhas preocupações no trabalho, no cuidado que eu vejo que eu busco e fico feliz quando vejo isso acontecendo, uma das prescrições, das medicalizações, tinha uma série de coisas que não tinha

razão nenhuma , que ninguém tinha coragem de mexer, e aí você vê a pessoa tomando dez remédios

P: Isso não tem a ver só com os psicotrópicos?

M7: Não, é geral, tem muita coisa que não tem necessidade e foi ficando e prescrição de exame, por exemplo, medição concreta de algo que mudou e a gente tinha pilhas intermináveis de exames para checar e era lista de trinta itens, coisa que não tinha a menor necessidade, que a pessoa fazia todo ano. Isso diminuiu para caramba, a quantidade de exame, de gasto de dinheiro desnecessário, de tempo que me libera para fazer o que vou trabalhar com coisas que vai criar um impacto na vida das pessoas aumentou bastante, melhorou para caramba. Eu acho que tem várias situações que me lembra mais da saúde mental, talvez com um olhar um pouco mais voltado para isso mesmo, mas de perceber algumas vezes uma queixa somática ou uma vinda frequente por alguma coisa que não chamaria a atenção, começar, conseguir ajuntar uma linha, escutar e ouvir o que está por trás dessa questão, já que a pessoa está trazendo mesmo, e que pode ser uma coisa de sofrimento psíquico, mas pode ser uma questão, que não necessariamente vai ganhar um diagnóstico psíquico qualquer, mas é um sofrimento que a pessoa está passando, sei lá, tipo, o moleque no extra, acho que nas primeiras semanas, que era uma coisa que eu buscava mas que eu jamais encontraria como psiquiatra, um adolescente com dor de cabeça, e o diagnóstico final desse atendimento era um garoto gay que estava saindo do armário e que estava sofrendo homofobia, e poder lidar com isso e cuidar, aí foi e contou para a mãe, e a mãe veio sem saber o que fazer, e tem essa complexidade da família poder ter várias entradas, isso é bem legal, isso de poder cuidar da família como um todo, uma família na cabeça assim que eu cheguei na casa algumas vezes, a mãe vem com frequência por uma questão de saúde mental, bastante conflito com o marido e daí tinha uma filha que engravidou, saiu de casa, que não casou, fiz o pré-natal dela, agora estou fazendo a puericultura, tem outro que, assim, aproveitar oportunidades, daí veio o filho que saiu de casa a pouco tempo que fazia tratamento comigo e que veio com uma dor nas costas, eu vi no extra, vi o nome dele, puxei assim, que nem precisava, que era uma questão pontual, tirei, passei na frente , porque eu queria tratar de uma questão que era do pai, que era de uma abordagem familiar, que não tinha nada a fazer, mas aproveitar estas oportunidades de encontro e eu vejo que é um reconhecimento que as pessoas acabam tendo, porque está olhando pra gente mesmo, não é só a queixa momentânea.

P: E você foi bem recebido pela comunidade?

M7: Acho que sim. No começo, com um certo receito, mas acho que a troca de médico, ainda mais com o atendimento que estavam recebendo, porque estava uma bagunça que estava a unidade, mas depois, então eles colocavam em lugar de alta conta, mas esse médico ficou três anos, o fato de ter ficado três anos já é em si, mas isto é uma questão que foi preciso ir desconstruindo porque ele alimentou um estilo bastante medicalizadora, de fato, era uma folha sulfite, com essa folhinha de pedido de exame, que a gente tem, era três empilhadas assim e todos

os campos cheios, quase cinco folhas preenchidas totalmente, e aí fazia todo, e até explicar para as pessoas que mais atrapalhava do que ajudava, era... ah, mas o doutor pedia todo ano, mas ele dava esse remédio que eu pedia, e as pessoas iam percebendo aos pouquinho que podem se apropriar, que não precisavam perguntar para o pai toda hora o que fazer, então aprenderam a ter uma relação mais autônoma com a saúde, um pouco menos dependente do serviço assim e que isso não era que a gente estava descuidando, e a gente precisava aprender uma linguagem, eu tinha desenvolvido uma linguagem na psiquiatria, desenvolver outros recursos para fazer as mesmas coisas, com a medicina geral, de a pessoa sentir que era firmeza, que eu não ia entrar com remédio de pressão se a gente pode resolver rapidinho, vou dar um ciclo de 10 dias de antibiótico, mas volta daqui a dois dias para ver como encaminhou, e no começo era meio estranho já de não receber porque tinha uma demanda, mas agora as pessoas estão vendo que a gente vai sanar aquela ansiedade

P: ... existia aquela ansiedade também?

M7: É, e daí tinha essa questão, sei lá, pô, mas se eu não venho, porque você não foi ao médico, tem que ir, daí as pessoas vinham sem muito motivo, porque diziam que tinha que ir no médico lá.

P: E o que você acha que hoje é sua maior dificuldade aqui?

M7: Acho que eu já fui falando várias, acho que tem essa dificuldade da gente conseguir pensar mais como equipe nos cuidados, são coisas que eu vou fazendo individualmente e falando individualmente com pessoas da equipe para isso, mas a gente não pensa como grupo no processo de trabalho, isso eu gostaria de ver melhoras, de vivenciar isso na atenção primária de uma forma mais ampla. Minha agonia ainda o tempo de espera que as pessoas tem, especialmente nos extras que eu acho que é desnecessário, mas também qualquer processo de mudança dessa ordem que implicaria, essa resistência à mudança me incomoda, nem pensar, isso é uma dificuldade mesmo. Tem questões assim que a gente segura aqui na atenção primária, por princípio, por causa das situações mas também eu acabo manejando coisas que deveriam estar no nível secundário e terciário porque a gente não tem o secundário já aqui, tem a Unesp e a cabeça do super especialista é uma maluquice quando você pensando no sistema de saúde, ele tem pressões que vem, e isso também me tira do sério, o cara que está olhando só aquela pequena engenharia, e tem que universalizar isso tipo essa bizarrice que aqui em Botucatu todo mundo é convertido com relação ao que a gente está vivendo agora, o Outubro Rosa, mamografias anuais a partir dos 40 anos, e não tem contra indicação formal para isso e daí foi até uma coisa que a gente avançou, porque a gente conseguiu o Papanicolau todo ano nas mesmas pessoas, a gente produz uma quantidade de exames mas não está produzindo impacto na saúde pública, entendeu, nenhum benefício público com isso, e daí a gente vê umas coisas que eu fui encampando, vamos seguir a recomendação do ministério, tipo o papa a cada três anos, depois de dois normais, mamografia a cada dois anos depois dos 50 assim, a gente libera energia para trabalhar no que importa, e o

peçoal fazendo isso também , mas daí chega no Outubro Rosa e o povo, e aí fala coloca na parede a mamografia depois dos 40 e tal, e a H que está substituindo a enfermeira, vem e diz , mas você tem que entender o meu lado, eu vou ser cobrada por produtividade, então, tudo bem, põe o meu na reta, eu vou lá justificar, mas não fica solicitando exame com tanto custo e daí a gente ouve , ah, mas essa é uma vantagem aqui de Botucatu, eles oferecem, oferecem nada, está enchendo o rabo de dinheiro com isso, não está preocupado com a saúde da população, agora, é claro, vai detectar um, dois a cada quantas mil mulheres de câncer entre 45 e 50, mas quanto será a radiação a submeter, quantos falso positivo você vai ter e quanto risco de achar que está com câncer , quantos casos que não era câncer e que acabou sendo operado, o dano é muito maior , e não sou eu que estou inventando isso, não é capricho, então esse domínio de um serviço terciário sobre a organização de uma atenção à saúde de uma população era uma coisa complicada aqui , e não seria diferente em São Paulo se não se tivesse o HC sozinho num lugar pequeno , mas a gente tem todo aquele tanto de gente que acaba tendo que organizar o serviço...

P: E daí você falou do setor secundário, terciário, enfim, como são os encaminhamentos aqui?

M7: Lentíssimos. Isso aqui é outra aflição também, porque tem situações de pessoas lentíssimos e com a conversa muitas vezes difícil assim. Hoje mesmo teve um cara aqui que eu encaminhei via pronto socorro, teve uma amputação de um dedo, uma ferida que a gente, enfim, machucou o dedo e necrosou, foi um senhor de 78 anos e tem uma deficiência renal crônica, tabagismo, hipertenso, e daí a vascular vai lá, opera, e dá alta assim, não tem retorno, a gente fica remanejando a ferida daí vai e faz o que faz, daí a gente encaminha e viu que faltou tirar um pedaço de osso que a gente não viu e tira, e manda para o posto com a ferida aberta e o cara diz, estou com dor e a gente não consegue, os caras vão mandando, fico feliz eu peço com frequência contra referências.

P:... e eles mandam?

M7: Raramente, é para comemorar quando eles mandam assim, teve algumas vezes que eu disse nossa que negócio mais bem organizado, e o cara realmente se dedicou, residente que fez, com certeza interno, e aí organiza bonitinho, às vezes a gente até justifica dizendo maneja essa parte aqui e a gente vai olhar outra, algumas vezes acontece mas não é o dia a dia, eu acho, eu tenho uma relação boa e de respaldo com o I da UAC, mas também a dinâmica dos encaminhamentos para a UAC é bastante irritante, porque a gente já fez um cuidado bastante amplo eu já passei por isso passo por isso, vai fazer encaminhamento e daí tem uma rotina entendeu, demora o encaminhamento ir, e a gente acha que a coisa aconteceu e daí três meses o pedido volta e faltou colocar uma urina junto aqui, gente, porra, e a pessoa tá ali esperando, e a gente segura a mão, não fica encaminhando à toa, eu não sei quanto às outras unidades fazem, mas a gente não encaminha à toa e fica represando coisas com que realmente precisaria estar com apoio de especialista, então tem muita coisa que precisa ser meio no jeitinho, meio no contato direto, na maior parte das vezes que eu preciso fazer um encaminhamento para as especialidades, eu ligo

para o I e tem que falar o caso, tem que dialogar o caso com ele, e além de fazer encaminhamento tem que escrever priorize-se, em geral, acaba encaminhando só quando tem uma necessidade que não tá dando conta, recusa de exames, por motivos meio torpes, tipo pedir raio x de abdômen como requisito para ultrassom, sendo que a gente não vai ver nada no raio x.

P: Isso é uma coisa que vários médicos já me reclamaram sobre isso, e já foi discutido isso?

M7: O que eu faço as vezes eles dizem tem que pedir tem que pedir, às vezes eu peço e às vezes eu peço direto o ultrassom e anoto lá não se aplica e vejo se cola assim, tem vez que vai mas às vezes eles mandam de volta e eles fazem esse triagem nos pedidos, então é complicado porque eles colocam protocolo s que servem mais represar e prejudica o cuidado do que

P: e gera custo na verdade...

M7: Gera custo, e tempo também, um raio-x de abdômen tem que ter um laudo e daí sim pedir um ultrassom demora 40 dias para chegar...

P: E o paciente está esperando!

M7: Então é complicado, a gente lida na área urbana, numa cidade que tem tanto serviço de saúde, mais médicos por habitante neste país, eu me sinto mais na área rural, e tem que lidar sem recursos ou com o que tem, ou lidar com a clínica, e tocar adiante, começar a instituir tratamento de coisa que teoricamente deveria melhor feito direto na especialidade porque não chega, ou sei lá , o endócrino a gente tem diabetes tipo 1, e vou mandar para o endócrino e daí o cara faz pior do que estava fazendo aqui, e daí o cara volta descompensada, e aí a pessoa diz vou ficar aqui, se era para aplicar insulina a noite eu mesmo fazia, e aí volta daqui a dois meses, poxa então não sei, pouco respaldo do resto da rede assim, e dificuldade também é isso falta de respaldo da rede, a gente numa situação aqui e foi uma gestante completamente agressiva assim, se impondo, ameaçando bater nos caras da enfermagem, entrou em conflito com todo mundo, numa situação que já estava insustentável, brigava tal, um barraco Deixando as pessoas se sentirem ameaçadas, daí teve uma situação de conflito com a D e foi chamada para uma reunião com a coordenação, e aí a coordenação vamos fazer um serviço terapêutico, aí eu disse espera lá pega lá, a gente não está brincando saúde primária a gente está fazendo nosso trabalho sério, mas forçaram a barra de ficar, mas eu me coloquei à disposição, beleza mas ela não tem condições de ser atendida mais pela D eu toco para ela então, mas eu não vou ficar também me sujeitando a pessoa que não tem o mínimo respeito pelo outro e foi batata, na primeira consulta ela já estrebuchou porque ela tinha tido um problema no INSS, exigia que a gente respondesse, estava culpando a gente porque ela não estava afastada, o INSS recusou, e queria que resolvesse imediatamente, ela não queria entrar no fluxo que ia reagendar, daí ela saiu e voltou depois com papel e foi passando me abordou aqui no corredor e virou uma gritaria tal, me empurrou e chegou, como disse o delegado que eu fui fazer o BO dessa situação, de fato desacata, e aí começou um processo, eu vou ter que ir lá e depois a gente chamou a delegada e eu falei depois que chegou nesse ponto mas não precisava ter chegado, nessa situação de conflito a gente tem de passar pela política da ouvidoria é uma coisa complicada

e a gente tem que trabalhar acuado e se chegou nesse ponto de agressão física, a responsabilidade disso é da gestão, poxa, era uma situação que não era para ter, naquela hora era para ter transferido de unidade, a mais, personalidade, como é que você lida com a situação dessa, mas personalidade anti-social, precisa de força de polícia para resolver.

P: Eles não acharam ruim você fazer o Boletim de Ocorrência?

M7: Não sei, se eles acharam não tiveram coragem de falar, porque eu estava furioso, porque como diz respeito a gestão, a gente está lidando com pessoas e sabe que está sujeita essas coisas acontecer, então eu fui lá exercer o meu papel de profissional do SUS ali, resguardar a gente, documentar, e eu fiz muito mais por causa da gestão, não por causa da paciente porque eu não ia ver ela mais mesmo, depois daquilo, e até com convicção de que aquilo era o melhor que eu podia fazer para saúde daquela pessoa, porque se tem algo que vai fazer ela andar um pouco melhor na vida, ela tem que segurar um pouquinho mais os impulsos dela, e aí ela tem que aprender isso sabendo que as coisas têm consequência, então não era com raiva tal, eu fui lá, beleza, eu estava tranquilo, fui essa forçação de barra da gestão para cima, sentindo pressionado, não tinha como contra-argumentar, e ficou ainda tentando abafar um pouco e aí não teve um segundo porque a psicóloga J veio, e respaldou, e deu para falar bastante coisa, e daí eu experimentei uma das únicas vantagens de ser médico do Mais Médicos nesse momento, que eles não podem me demitir, então eu podia falar com muito mais independência e liberdade com as coisas, porque eu não estou sujeito esse tipo de equação, e eles iam contra argumentar o que, eles vão responder para o Ministério da Saúde, olha estou fazendo um trabalho meu dever e o vi coisas que eles preferem que eu não fale, por quê eu saberia muito bem falar, e ele sabem que eu poderia falar as coisas que eu vejo aqui, e que está muito longe do que a própria regularidade preveria, a lei está aí para organizar, estimular e funcionar na atenção básica, não é só para colocar médico na unidade.

P: E você pretende continuar no Mais Médicos?

M7: Desde o início eu sabia que o Mais Médicos tinha um grande entrave que era aqui e daqui eu não mais farei, então não. Eu não sabia quanto tempo ia ser essa experiência, quando eu vim um dos planos possíveis no caminho que eu poderia deixar em aberto eu estou galgando tempo para uma possível titulação em medicina da família o que poderia ocorrer depois de 4 anos de trabalho, o que é contado para residência e o Mais Médico me ajudava fazer isso trabalhando 32 e não 40 horas de fato, mas eu estava aí, eu ia nessa aposta, eu não sabia quando eu optei, se queria continuar, se eu estaria tão firme nessa carreira de médico para que o título fosse algo importante para mim, e sempre aberto, eu continuo sendo psiquiatra, eu posso voltar para a posição inicial, e cada vez mais nos últimos meses eu tenho sentido que eu tenho tido vontade de voltar mais para psiquiatria mesmo, e vou voltar diferente do que eu saí dela.

P: O que que mudou?

M7: Eu acho que eu me conciliei de alguma forma com a medicina, eu acho que tinha carregado um certo ranço de médico, apesar de ser médico, especialmente por ser psiquiatra, eu acho que

coisas que me fizeram ir até, eu consigo enxergar os recursos que do pensamento médico da Medicina de um jeito de um jeito muito mais lançado, muito mais apropriado do que eu conseguia antes, eu acho que tinha uma questão de um certo, um pequeno recalque de não conseguir ter exercido, de praticar a medicina como antes, sentir mal, de não sentir à vontade com essas questões de uma pressão alta, nossa eu olhava e dizia eu já fiz isso, não consigo integrar isso no cuidado geral da pessoa que eu aprendi na faculdade, eu acho que é assim depois de um ano e meio de trabalho, as coisas foram se encaixando eu consigo enxergar as complexidades assim, e navegar por elas todas com bastante, mais tranquilidade e sentir à vontade com isso, algumas coisas biográficas que foi importante nesse percurso como uma reconciliação com a medicina ocidental. A nossa filha nasceu na casa de parto em São Paulo mas a minha esposa teve uma retenção placentária, e aí ela teve hemorragia, aí ela te precisou de uma cirurgia e UTI em seguida, então na verdade ela foi salva pela tecnologia médica, pela cirurgia, por ter bastante recursos da medicina da tecnologia que eu vi nessa hora, junto com a equipe ter atravessado por médicos escrotos, o cirurgião GO humilhou a gente, mas é o mesmo cara que tecnicamente foi lá e salvou assim, então teve essas coisas, e estando trabalhando e recebendo os cuidados da medicina que ficaram muito mais complexos assim, isso foi bastante enriquecedor, não necessariamente gostoso, eu acho que aqui também, minha relação com a medicina foi muito mais complexo de ver tantas coisas que ela pode ajudar pra caramba, e limites que eu percebia com uma certa distância e doía, e sabia pela teoria, mas muito mais vivenciada agora, que a gente vai e não consegue ir além disso, a gente, o quanto isso está implicado com com nosso modo de vida social mais amplo, não é só análise, mas também análise, tem a ver como se vive assim, tem muito mais, eu percebo isso muito mais encarnado agora do que eu tinha antes, isso foi bem legal.

P: E você acha que sua visão da atenção básica mudou com essa experiência que você teve um ano e meio de experiência?

M7: Sim e não, é claro, eu tinha testemunho das unidades de saúde de saúde de São Paulo, todo Centro de Saúde que eu trabalhava, tinha bastante trânsito, a grosso modo não tanto, mas eu estava numa bolha que as coisas funcionam, estava entre as pessoas no micro universo bem restrito, naquele bairro, que é unidade de saúde que as pessoas mais engajados e bem formadas no país, então eu tinha um parâmetro muito alto sobre como que era, a bronca toda, e isso foi um ponto de choque quando eu cheguei de baixar o sarrafo, e entender que as coisas são mais complicadas, mais precárias, os desafios são muito maiores, as coisas são muito mais distantes daquilo que a gente vê nas políticas, nos cadernos, nos pesquisadores de atenção básica da saúde coletiva, então eu estou no momento de voltando para o mundo acadêmico, voltando para a psiquiatria no próximo ciclo, no próximo ano, e tem muita gente que faz esse salto cedo ou já está lá a muito tempo, e que esquece da vida dura de quem tá com pé no chão, e as pessoas são gigantes, gigantescos, não tem e é muito fácil adoecer assim eu acho que essa minha inquietude me protege um pouco disso, porque eu estou sempre, de alguma forma, processando que está acontecendo é

muito fácil entender como uma pessoa vivendo o tipo de trabalho que eu faço ela vai embrutecendo, vai se fechando, vai ficando cada vez mais avesso da possibilidade de criação, ser criativa no trabalho e vai ficando mais mecanizado, eu acho assim resistência muito grande, continuar persistindo, apesar do momento que a gente vive esse último ciclo, porque se eu não tivesse optado por fazer aquilo naquele momento tudo indica que eu não poderia mais, então isso é estratégia, e tem algumas coisas que eu fico pensando sobre como que a gente lida de um lado assim, pensando em política pública um direito...

P: Preocupada com seu horário...

M7: Não tem uma hora extra, não eu não vou voltar à tarde...

P: Não quero te atrapalhar...

M7: Fica tranquilo sim eu sei, eu não volto à tarde. Tá gravando ainda?

P: Sim, apaga mas grava.

M7: Estou bastante convencido, convicto de que a gente como sociedade tem que cuidar de organizar da saúde de nós mesmos de uma forma coletiva, eu acho que a saída privatistas, individualistas, não respondem a complexidade do problema que é a saúde, mas eu acho que algumas coisas que se atravessa e num país tão desigual que a gente vive, algumas coisas ficam mais difíceis de fazer uns debates intermediários, eu tenho minhas dúvidas do quanto que a gente acaba reforçando a atitude passiva da população que busca serviço bastante paternalista assim e eu vejo outros modelos do pouco que eu consegui estudar de outros modelos de atenção primária, tem muitos lugares que existe uma contrapartida ainda que módica, assim das pessoas têm um pequeno valor de consulta, existe uma organização que não é necessariamente tão planejada de cima para baixo, igual para todo mundo, então existe a possibilidade de modelos diferentes, respeitando uma certa estrutura básica de como é o serviço de atenção primária, e eu vejo que as pessoas muitas vezes vem por quê elas vem, porque está aí disponível e a gente estimular uma mudança de estilo de vida e receber um remédio, que ela pega passa por um médico de graça, e depois pega um remédio de graça, o remedinho que alivia, não sei é meio a balança não favorece muito aquela que se apropria, porque é muito fácil estar ali, ela pode usar o serviço de saúde, ela pode usar o exame, ela pode usar o remédio e que são coisas que não ajudam ela a transcender os problemas que que ela tem porque ela não precisa fazer nada, é passiva, e eu não sei, e custoso também, então tem algumas coisas que eu fico pensando que a gente teve que pensar numa coisa mais complexa sobre o que significa saúde para todos, não é segmentar, não é restringir, mas talvez tratar menos as pessoas que que utilizam serviço como crianças, como não sendo responsáveis pela vida, às vezes a gente atrapalha a autonomia que a gente apregoaria aqui, que estaria ajudando mas eu não tenho opinião fechada sobre isso, eu acho que tem que pensar sobre a situação de uma população tão pobre como a gente lida aqui e é tão pobre que também tem que desmistificar um pouco, porque o cara que não tem dinheiro para comprar um remédio de R\$ 2 que não tem no posto, sei lá, de R\$ 5, por exemplo, um Fluconazol para uma adolescente que eu

não queria dar vaginal, porque que ela era virgem e estava com candidíase, e a mãe não queria comprar mas estava lá comprando cigarro, Ah tem que dar o que tem no posto ela não vai poder comprar. Pelo amor de Deus, acho que é isso...

P: Acho que é isso, aquilo que você já tinha dito, entender as consequências das escolhas que você faz, que cada escolha que a gente faz existe uma consequência.

M7: E a gente e aí vai harmonizando isso e você vai para o governo de traço bastante populista, pode ser da direita ou da esquerda, o prefeito daqui é populista nesse sentido, vai lá e no Facebook faz queixa e pronto, e joga contra a gente conseguir fazer. Quando eu cheguei aqui dúvida razoável se a mulher estava gestante para introduzir anticoncepcional injetável, ah! o nosso protocolo aqui é fazer o teste de gravidez e repete a cada 15 dias. Olha você não me fala que ela menstrua a cada 20 dias e usou camisinha desde então, qual é a dúvida que você tem? Por que que você vai desacreditar no que ela está falando?, mas o nosso protocolo é confirmado e documentado, pelo amor de Deus, pessoa está dizendo, só ela tem a perder se ela estiver mentindo para gente, por que que a gente não confia nela?, é ruim para ela se deu mal se é isso que falou, não pode confiar nas pessoas, aí tem que ir na medicina veterinária, o bichinho não vai falar mesmo, e daí você tem que tomar todas as decisão, mas enfim, acho que mudou a minha perspectiva nesse sentido, voltando a pergunta.

P: E tem algo a mais que eu não te perguntei, que você acha que seria interessante, importante eu saber?

M7: Pensando talvez no que te trouxe esse mote de qualidade de vida do médico no Mais Médicos, eu acho que é um programa que assim, as pessoas nesse percurso que eu fiz, é um maluco, atende a molecada recém-formado que quer fazer uma residência, portanto, não favorece o enraizamento, pessoas mal formadas que não consegue mais nada, gente formado na Bolívia, no Paraguai, teve essa cláusula que restringia quem vinha de lá caiu, brasileiros formados no lugares pouco nos últimos editais subiu a possibilidade para os que querem voltar para o país de alguma forma, então é a entrada possível, é muito difícil achar que está qualificando a atenção primária com essas pessoas e era diferente porque eu tive contato, eu cheguei a acolher, receber e dar algumas aulas para os cubanos das primeiras levadas, e mesmo eles parece que mudou um pouco perfil, a galera que veio nas primeiras rodadas, no começo do Mais Médicos, tinha uma larga experiência na atenção primária, no sentido a grosso modo, eram um nível muito mais superiores ao brasileiro médico, de clínica, de capacidade de conversar com a população, de pensar em medidas mais preventivas, talvez uma prática meio paternalista e uma medicina entanto positivista que a formação deles, uma pegada meio soviético, tem um tanto disso, mas é anos-luz à frente na média dos médicos brasileiros e depois começou a vir uma galera mais recém-formada, que tem as questões que tem que se pensar também sobre a Cuba neste momento, mas o consegui ver é uma comparação muito interessante, porque eles estão em missão, estão se relacionando com dois padrões, um jeito bastante confuso na relação salarial diferente, eu acho que e eu vejo que eu tenho

contato com eles a cada dois meses, porque a gente tem os encontros regionais, a gente junta as cidades também, se a pegada do brasileiro em geral o que eu faço para passar na residência pelo menos que estão aqui perto, ou então eu não posso reclamar do emprego porque eu não conseguiria trabalhar como médico e ganhar esse salário se não fosse o Mais Médicos como está aqui, o cubano não se mexe nessas questões, ele está ali cumprindo a missão, e para ele o serviço traz uma contrapartida imediata que é, apesar de ser pouco que ele ganha aqui e o que a família dele recebe lá, possibilita uma mudança no extrato social dele lá, então eu não entro muito no mérito dessas questões, em alguns lugares, eu não sei se aqui perto, você tem essa experiência, de relatos de violências, de preconceitos.

P: Na verdade assim seria super interessante, foi as surpresas da vida aqui...

M7: Eu acho que é importante ver a situação dos brasileiros aqui. Aqui em Botucatu tem algumas pessoas que estão nessa situação ser médico brasileiro sem diploma revalidado, tem o K, a L, a M, acho que eles três.

P: Tem uma outra que eu entrevistei o ano passado, ela estava no São Lúcio. Ela tinha passado só na primeira fase ainda do Revalida, ela se formou na Bolívia, é a esposa do N. Eu esqueci o nome dela.

M7: Mas aí é uma outra pegada, daí você vê que é uma possibilidade muito temporária. Para mim, por exemplo, se eu perceber que é isso, que eu posso ficar a médio ou longo prazo, é bastante insuficiente, então lá vou, eu vim sabendo que primeiro movimento nesse novo ciclo, mas sabia que ia ter que procurar outra coisa e até agora não se abriu para mim em Botucatu outras possibilidades, por vários motivos assim da cidade, tanto em relação a mim quanto à cidade, também da família na cidade a gente estava pensando em continuar aqui em Botucatu aqui muito tempo, mas eu acho que quando se fala que a contraproposta seria um plano de carreira federal, acho interessante, que a pessoa tem que ter uma perspectiva de progressão, de poder pensar a longo prazo eu acho que é três anos e depois renovar para mais três, não sei parece que é provável que não tinha antes, parece ser mais interessante, que tinha os colegas meus que trabalhavam no programa como tutores tinham e também no Mais Médicos eu percebi uma diferença no perfil, porque o pessoal do começo era mais empenhado em aprender, então estava mais ligada no serviço de algum jeito assim e com a cabeça girando então acabava se engajando mais porque tinha a possibilidade concreta do benefício mais direta na residência e tal apesar de ficar um ano só e daí me parece que a maior parte das pessoas, não sei se você vai ter essa impressão, mas eu tenho essa impressão com os colegas que tendem a achar tudo ótimo ou tendem a reclamar muito, ou tem uma posição meio subserviente ao sistema de saúde aqui em Botucatu nos processos, pouco críticos, porque também não está em situação tanto de poder criticar.

P: Você diz os colegas que...

M7: Os colegas brasileiros que trabalham aqui, da Fundação, um emprego assim, mas eu acho que do Mais Médicos, especialmente esses formados fora. Como que o cara vai pressionar alguma

coisa qualquer se jamais ele conseguiria ganhar 11 paus trabalhando 30 horas nesse país, a única possibilidade que ele tem é, sei lá, que tem essa armadilha assim que eu não tinha previsto antes, que eu não pensava quando começou Mais Médicos e não tinha concebido isso e depois em alguns lugares essa coisa de Botucatu, a concentração de médicos que tem aqui o índice de médicos que tem aqui não era para ter vaga nenhuma e tem 15 aprovados, os 14 ou 15 aprovados, e tem município que não tem nada e não consegue que tá lá. Se é para levar a sério que o problema é de provisão de médicos em lugar de difícil acesso, aqui não era para ter porque era um município que era para colocar a mão na cabeça e tem um plano direito de carreira, tanto médico aqui que os caras não conseguem preencher vagas nos postos, é paradoxo, e a gente vê e acabou servindo para desqualificar a atenção primária em alguns lugares, fazendo essa troca que é gradual parece que não está demitindo exatamente ninguém para contratar ele mesmo como foi muito explícito em alguns casos, como anunciados no começo, mas você não repõe, redireciona o dinheiro e daí você pleiteia, as coisas parecem meio descoladas mas elas são atestadas se for olhar ao longo do tempo faz parte do mesmo movimento, talvez um efeito colateral indesejado, mas que algumas pessoas que entraram agora eu realmente não achei que ia ser tanto assim mas tem dar razão, agora é só torcer.

P: Muito obrigado por me receber.

ANEXO 11 Entrevista 8

Pesquisadora: Você tem alguma especialidade?

Médico 8: Não.

P: Faz quanto tempo você entrou no Mais Médicos?

M8: Seis meses.

P: Qual a sua idade?

M8: 29.

P: O estado civil?

M8: União estável.

P: Como é que você veio para o Brasil? Vamos começar assim, faz quanto tempo você está no Brasil?

M8: Eu estou, acho, desde junho do ano passado.

P: Foi antes de entrar no Mais Médico, então que você veio para o Brasil?

M8: Sim.

P: E como é que foi essa vinda ao Brasil, por que o Brasil?

M8: Ah, então, eu vim para aprimoramento, fazer residência mesmo.

P: Fazer residência? E você fez residência em que?

M8: Não, eu vim para fazer a residência, tentar fazer a residência aqui.

P: Entendi. Você veio sem ter a vaga, sem ter passado na residência, você veio para se adaptar ao país..

M8: Sim, pegar o jeito do idioma, e revalidar o diploma.

P: E você já conseguiu revalidar? Você já tem revalidado o diploma?

M8: Sim.

P: E quando você revalidou?

M8: Minha prova foi em, eu cheguei em junho, a prova foi em setembro a primeira, a segunda foi em dezembro, e eu passei.

P: Na de dezembro você já passou?

M8: Sim.

P: Entendi. E por que você se voluntariou para o Mais Médicos, porque tendo o diploma revalidado, não precisava ser Mais Médico, mesmo tendo formado no exterior, né, por que Mais Médicos?

M8: Lá no Peru, eu me formei em 2015 e já trabalhei de um programa com as características do Mais Médicos lá no Peru, e lá se chama Projeto [ininteligível, 2min6seg], é o serviço médico rural, eu já trabalhei e eu gostei da iniciativa, então vim trazer o estudo pra prova de residência, né

P: Hoje você está estudando para a prova de residência?

M8: Sim.

P: E o que você pensa em fazer de residência?

M8: Cirurgia geral.

P: Legal. E você presta em vários lugares do país ou você presta só aqui em Botucatu?

M8: Na verdade eu preferiria passar aqui em Botucatu.

P: Porque você já está estabelecido aqui?

M8: Sim.

P: E como que foi, porque quando você veio para o Brasil, você já veio para Botucatu?

M8: Foi coincidência mesmo.

P: Como que foi?

M8: Na verdade, a pessoa que a gente conheceu, porque minha esposa também é médica, né.

P: Ela é peruana também?

M8: Peruana também. Ela estuda lá na Unesp.

P: Desculpa. quem é sua esposa?

M8: AQ

P: A não, porque eu conheço uma peruana que está fazendo mestrado comigo, e falei, nossa será que é a mesma pessoa?

M8: Quem é ela?

P: D, é o primeiro ano de Mestrado dela na saúde pública.

M8: Ela é namorada do E?

P: Eu não sei.

M8: É outra peruana que mora aqui. Na verdade eu conheço ela é outra peruana que mora aqui, mas não é ela

P: Não.

M8: A minha noiva está fazendo mestrado na pesquisa clínica aqui na Unesp, na verdade a gente caiu aqui por acaso, não foi uma coisa muito pensada. A menina que nós conhecíamos aqui no Brasil a primeira vez que a gente chegou, foi em março do ano passado, ainda tinha falado pra gente que já tinha uma casa aqui no Brasil, nessa região de Botucatu, então foi ela que falava que o custo de vida era menor aqui no interior, mais tranquilo, a gente também gosta muito de um lugar mais sossegado do que todo esse movimento, dessas coisas que tem em São Paulo, aí resolvi vir para cá.

P: Entendi. Então vocês tinham esse contato antes de vir para cá?

M8: Sim.

P: E por que que vocês decidiram deixar o Peru?

M8: Na verdade, quando a gente acabou, a gente se formou na, por assim dizer, na melhor universidade do Peru, que é a Universidade [ininteligível, 4min36seg], 90% dos egressados dessa universidade vai para fora, tanto assim que a maioria vai pra São Domingos, Espanha, e apenas uma pequena turma vem para o Brasil, muitos amigos já conseguiram passar na USP, acho que ninguém veio pra Unesp, ninguém sabia.

P: Entendi. Então já é algo cultural na sua faculdade, terminar e ir para o exterior, fazer especialização no exterior?

M8: Sim. É uma coisa, o que acontece, por exemplo, o que acontece é que as aulas da minha universidade, a maioria é em inglês.

P: Ah, é?

M8: Sim, basicamente inglês, e a maioria sai pensando em sair para os Estados Unidos, no quinto ano de medicina muitos deles prestam [ininteligível, 5min32seg] as provas para revalidar o diploma lá, no quinto ano a maioria dos meus amigos já prestam a prova um, acabando o internato, lá no Peru, são sete anos de medicina, acabando o sétimo ano, eles viajam e prestam a segunda prova clínica skills. Basicamente isso, a formação é basicamente para sair do país, basicamente isso, praticamente para sair do país. Na minha universidade, né.

P: Então é uma coisa que você já tinha durante sua graduação, você sabia que ia terminar e provavelmente ia para o exterior?

M8: A maioria é assim, sai, acaba saindo do país.

P: E por que vocês optaram pelo Brasil, já que tem tantas opções, Espanha, Estados Unidos, até lugares que teoricamente tem uma saúde mais estruturada que o Brasil, né?

M8: Na verdade, foi a família, porque a família mora perto do Brasil, coisa de três horas e pouco, de avião, e os pais da minha esposa, são pessoas que já estão muito idosas e para eles estarem viajando distâncias compridas é difícil, pra gente, caso aconteça alguma coisa, fica um pouco difícil também, e tem a cultura, porque a minha esposa, ela foi tentar na Alemanha, viajou para a Alemanha por três meses lá, e não gostou muito por causa das diferenças que tem os europeus, muitos sentem que o médico latino vai tomar a vaga deles, e acontece o mesmo nos Estados Unidos, a gente fez uma [ininteligível, 7min23seg], e a gente sente muito isso. O brasileiro, eu acho ele um pouco mais amigo, né, nesse sentido...

P: Você acha que a receptividade aqui é melhor, e as pessoas recebem melhor o estrangeiro

M8: É mesmo, é mesmo, e foi isso basicamente.

P: E como que foi assim chegar no Brasil e começar o trabalho no Posto de Saúde. Como foi ser recebido, apesar de ter o diploma validado, muitas pessoas não conseguem diferenciar, quem validou o diploma, é mais quem é da área médica mesmo. E os pacientes, você nunca teve algum tipo de problema?

M8: Não.

P: Você foi bem recebido?

M8: Sim.

P: Entendi. Não notou nenhum tipo de preconceito, qualquer tipo de coisa não?

M8: No começo pelo sotaque, tinha dificuldade de comunicar com o paciente o que tinha que fazer, essas coisas,

P: Tinha um pouco mais de dificuldade com a comunicação?

M8: Tinha.

P: E agora?

M8: Acho que agora é melhor, já me aprimorei um pouco, não é muito mas...

P: Mas o seu português está muito bom.

M8: Dá para entender.

P: Lá no Peru então, você nem chegou a trabalhar?

M8: Cheguei a trabalhar sim, nesse programa que eu falei.

P: É verdade. Quanto tempo você trabalhou nesse programa?

M8: Um ano.

P: Um ano! E era por um ano mesmo seu contrato, ou você que quis sair antes? Era um ano mesmo?

M8: Um ano.

P: Entendi. E aí você decidiu vir para o Brasil. Quando você veio para o Brasil, você já tinha o diploma validado, né?

M8: Não, quando eu cheguei no Brasil, eu não tinha o diploma validado, eu cheguei em junho, e fiz as provas em setembro e dezembro.

P: Dezembro que validou, né?

M8: Né.

P: Setembro que você disse. E você falou que faz seis meses que está no Mais Médicos, esses primeiros seis meses que você tinha o diploma validado, você estava trabalhando em outro lugar aqui em Botucatu, no Brasil?

M8: Eu peguei o diploma, e voltei agora em março, porque tinha entrado na Cremesp, todo esse negócio, o diploma saiu revalidado com todo o carimbo, na quinzena de abril.

P: É um pouco burocrático então? Demora um tempo?

M8: Demora sim, e de quinze de dezembro, mais ou menos foi até o começo do Mais Médicos comecei trabalhar nos plantões.

P: E por que você optou pelo Mais Médicos agora?

M8: Porque é um programa que oferece muitos benefícios, a bolsa é muito boa, o ritmo do trabalho é mais tranquilo, o plantão eu achei muito bagunçado, a gente fica muito exposto no plantão, você não tem oportunidade de seguir o paciente, no plantão é só problema e pronto, você não olha mais o paciente.

P: E você sentia falta disso?

M8: Eu achava difícil fazer a entrevista, e ficou muito cansativo os plantões, 12 horas de trabalho.

P: É cansativo. E você foi locado em Vitoriana, né?

M8: Sim.

P: Querendo ou não, apesar de ser perto, exige um deslocamento maior do que a gente está acostumado, como é isso para você, esse dia a dia, ter que ir e voltar.

M8: No começo foi, a gente era levado na perua...

P: Da prefeitura, né?

M8: Da prefeitura, agora, acho que...

P: Você já se adaptou?

M8: Acho que não é muito longe.

P: É algo que não te incomoda?

M8: Não.

P: Se você pudesse escolher, você continuaria lá em Vitoriana?

M8: Ah sim, continuaria.

P: Está gostando então?

M8: Eu acho que tive a sorte de cair com uma equipe muito boa lá em Vitoriana, eu me adaptei muito rápido, a gente muito receptiva, foi muito receptiva, e a chefe, eu acho que tudo parte da cabeça da unidade, acho que a chefe, a enfermeira que é a O faz um trabalho ótimo lá, então isso

ajuda muito, e lá acrescentar muitas coisas, por exemplo, agora a gente criou um grupo de cirurgia menor, coisa que não tinha lá

P: Você quem faz, quem faz?

M8: Eu gosto da cirurgia, e lá no Peru eu fiz todas as férias minhas eram em estágio de cirurgias, aqui no Brasil não tem, aqui enquanto eu aguardava a prova do Revalida de habilidades clínicas eu fiz um estágio na Unesp, me aprimorei um pouco na técnica de vocês aqui na Unesp, e eu fiz primeiro, um grupo de cirurgia menor, tive que assumir os procedimentos, demora muito, e por isso a questão de nível primário, estou gostando muito muito, porque a chefe deixa fazer essas coisas, a secretaria dá um apoio, temos outros materiais assim para fazer os procedimentos, e eu estou gostando muito.

P: E a população deve ter gostado?

M8: Nossa, a população está hiper grata

P: E o que mais de atividade que você falou, os atendimentos individuais, as consultas individuais, você tem esse grupo, você tem algum outro grupo?

M8: Agora a renovação de receita estava sendo feita mediante assim, o paciente chegava, deixava a receita e eu renovava, conversando com a chefe, a O, a enfermeira chefe da unidade, ficamos de fazer um grupo de renovação de receita, vai começar agora dia 10.

P: E visita domiciliar, você faz também?

M8: Sim, às sextas-feiras.

P: E você gosta, você acha que é útil, você acha que faz a diferença?

M8: Gosto, gosto muito. Outro dia, tinha um paciente que nunca ia na Unidade e através de uma pessoa da comunidade, falou que tinha passado mal, chegamos tinha um acesso, foi mandada para o pronto socorro e conseguiu sair, ficou internado umas duas semanas. Através da visita domiciliar, foi muito importante, porque você consegue chegar ao paciente que tem dificuldade de ir pro posto, eu acho bacana na verdade, então, na verdade eu já trabalhei assim no Peru, então trabalhar assim no Mais Médicos não é uma coisa nova.

P: Não é muita novidade, você já tinha experiência com isso?

M8: Eu já tinha, e como para as meninas, lá no Peru a gente trabalhou, minha esposa e eu, trabalhamos, pensa no estado mais pobre do Brasil, agora pensa no município mais pobre do estado mais pobre, e agora traz isso para Peru, a gente trabalhou nesse...

P: É onde vocês trabalhavam?

M8: [Ininteligível, 14min56seg] na Serra do Peru, fica no interior, trabalhamos no município de [ininteligível, 15min02seg] que é o mais pobre desse estado mais pobre, a gente tinha muita anemia, muito paracitose, muita desnutrição, coisas que também tem aqui, mas numa escala maior, coisa que falo que a população daqui, por exemplo, ter cobertura de medicamento para diabetes

P: Lá não tem isso, lá é diferente?

M8: Nossa, por um frasco de NPH a gente briga lá no Peru, e aqui tem um monte desse negócio, são recursos que vocês tem um pouco mais que no Peru, e a gente manejava emergências , de tudo na verdade, até às vezes colocando a vida em risco também, por que na serra do Peru não tinha estrada , você tem um monte de um lado e 400 metros de abismo de outro e um pedaço assim para passar.

P: E vocês iam a pé?

M8: Não, a gente ia de carro, mas você não conseguia sair

P: E essas diferenças você acha que interfere na forma como você enxerga o trabalho, na forma como você enxerga, até o processo de trabalho mesmo, a organização , porque é bastante comum aqui no Brasil a gente ouvir muita reclamação do SUS, querendo ou não, às vezes falta medicamento, falta material, falta uma coisa ou outra. Você acha que o fato de você ter vindo de um outro background, de um outro cenário que talvez fosse um pouco mais precário, muda a forma como você enxerga e talvez como você enxergasse as coisas de forma mais otimista, você acha.

M8: Eu estava ouvindo você falando, eu acho que você tem um pouco mais de recurso, a gente sempre dá um jeito, né, tanto assim que, por exemplo, para materiais para procedimentos eu consegui trazer do Peru umas pessoas que não tem recurso, mas com essa dificuldade para fazer tudo . No caso de medicamentos, tem sempre ajuda da secretaria de saúde, no caso de Clavulin, medicamentos que são um pouco mais forte não temos na Unidade, sempre tem um jeito de ajudar a população, levar direto para o pronto socorro às vezes,

P: E quando você fala pronto socorro, eles tem que vir aqui para Botucatu, no seu caso

M8: Isso.

P: O mais próximo é aqui em Botucatu mesmo?

M8: Isso. Eu acho que a dificuldade é mais para as pessoas que moram essa distância para elas, porque muitos não tem carro, demora o ônibus, são idosas, eu acho que a dificuldade é mais para eles.

P: E como funciona sua agenda, é você que cuida da sua agenda, é você que determina quantos você vai atender?

M8: A agenda é manipulada pela banca, basicamente é a enfermeira que cuida

P: E quantos você atende, de média, por período?

M8: No mês passado, por exemplo, que não tinha outro médico do Mais Médicos, eu cheguei a 1.095 atendimentos

P: Em um mês?

M8: Um mês.

P: Trabalhando de segunda a sexta?

M8: De segunda a sexta.

P: E como é, muito atendimento, né?

M8: É muito sim, mas eu acho que para ela e para a população também, o fato de ter só um médico ...

P: Lá geralmente são dois?

M8: São dois. Agora está mais tranquilo o tempo da consulta, mas dava, dava, eu acho que era mais atitude da pessoa era atendida, então até agora eu nunca briguei com ninguém, recebo cartas de parabéns da secretaria de saúde, no mês de novembro ainda, que só tinha um médico.

P: No mês que foi mais puxado, você recebeu elogios?

M8: Sim, o mês de setembro já recebi, mês de outubro eu recebi, e agora no mês de novembro também, então, até agora eu não represento maior dificuldade o fato que sou o único lá, mas ajuda muito porque eu falava com a enfermeira a chefe, você deixa muita coisa, virou um pronto socorro, você podia ter atitude, você deixa passar muita coisa

P: E por exemplo, nesse tempo que você fica sozinho lá, quando tem algum caso que você tem dúvida, alguma dificuldade, o que você faz?

M8: Não entendi

P: Às vezes você tem dúvida em um caso, o paciente vem com uma queixa e você não tem certeza

do diagnóstico e da conduta que você deve tomar

M8: Ah, por exemplo assim, uma coisa de urgência, tipo um infarto essas coisas, eu ligo pro SAMU. Ligo pro SAMU em casos estritos, porque é muito longe pra eles, eles sempre queriam que tire uma foto do eletro, essas coisas

P: Entendi, eles são bem criteriosos pra irem até lá?

M8: Aham, mas isso foi nas primeiras vezes, as seguintes eles sabiam que era necessário

P: Ah, entendi, depois que eles te conheceram e viram que você não chamava por qualquer coisa

M8: Sim, chamo em caso muito estrito, mas agora já conheço a maioria dos médicos do SAMU e faço tudo certinho

P: Eles sabem que se você chama é porque realmente tem indicação e precisa

M8: Até agora foi assim mesmo, eu nunca tive problema com eles, com médicos do SAMU. Na verdade não tive problema com ninguém, sabe?

P: Problema de relacionamento não teve?

M8: Não, [ininteligível, 21min49seg] Ou seja, quando você entra no Programa tem a parte administrativa também, aquele tanto de folhinhas eu não sabia nada. Então o outro médico foi muito gente boa, o P, me ajudou muito

P: Que trabalha lá com você

M8: Sim, mas os meses antes das férias dele, que foi agora em novembro, melhorou muito a saber o funcionamento do posto, o funcionamento dos encaminhamentos,

P: A parte burocrática

M8: Exatamente.

P: E você falou de encaminhamentos. Como que é quando você precisa encaminhar um paciente, você tem alguma dificuldade?

M8: Nesse caso assim, por exemplo, tenho dúvidas, como você falou agora. Eu sei que os pacientes [ininteligível, 22min40seg] antes de um ano, mas esse paciente não foi. Esse paciente, pra mim, ele iria direto pra cirurgia, mas eu sempre pergunto pro Dr. P, que é o médico dos encaminhamentos, ele trabalha aqui na secretaria, ele é muito gente boa, quando a gente precisa. Mandou fazer um ultrassom e eu fazer o encaminhamento. E foi o que eu fiz. Então quando surge alguma coisa eu acabo sempre ligando pra ele.

P: Ele dá uma orientação do que fazer

M8: No caso de urgências, por exemplo, um paciente com diabetes descompensada, está com uma suspeita de câncer em algum lugar, eu tinha pensado assim, colocar na ficha de encaminhamento da dermato, por exemplo o câncer que é um pouco mais sério, aí eu ligo pro Dr. P pra ele dar um jeito pra colocar logo a frente

P: Tentar encaixar

M8: Mais rápido

P: E geralmente consegue? Se você tem um caso que você acha que não dá pra esperar na fila,

você consegue uma vaga mais breve?

M8: Consigo sim. Até agora deu certo, e também tem que saber quando ligar, né? Tem casos que pode esperar mais um tempo

P: E você tem NASF?

M8: Tenho

P: Vai uma vez por semana? Como que é? Você acha que tem ajudado?

M8: Uma vez por semana, na verdade na minha opinião o NASF se encarga muito. Não sei, a intenção do NASF foi mais uma preventiva e propiciar umas coisas que o posto de saúde não consegue resolver. Mas eu acho que em Vitoriana, não posso dizer na maioria dos postos, eles terminam pegando os casos que a gente não consegue encaixar nas vagas, tipo de fisioterapia, essas coisas, ou mesmo de nutrição. Então pegar uma vaga pra consulta de nutricionista é um pouco difícil, e aí você acaba fazendo mais grupo de paciente com dislipidemia, obesidade, uma coisa assim. Na minha opinião eu acho que isso não muda muito na vida das pessoas, porque é uma coisa que entra por aqui e sai por aqui,

P: E o que você acha que devia ser diferente?

M8: Deveria ter uma equipe lá, na mesma unidade.

P: Que ficasse lá?

M8: Exatamente, pra eles dar seguimento, porque a demanda é muito grande. Por exemplo, psicóloga eu acho, na minha opinião, que deveria ter uma sala e uma psicóloga sempre presente na unidade, porque uma psicóloga a cada 15 dias é um pouco difícil, dar seguimento pra um paciente a cada 15 dias, 30 dias. Talvez um pouco disso, mas também eu acho que não é culpa deles, né?

P: Como que era a sua expectativa quando você tava vindo pra cá e se inscreveu no Mais Médicos, qual era a sua expectativa?

M8: Como eu tinha trabalhado assim, um período, eu achava que ia ser um pouco melhor, o que eu esperava do Mais Médicos é que fosse um pouco melhor que o serviço que eu vinha

P: E superou suas expectativas? Alcançou suas expectativas? Foi decepcionante?

M8: Foi bem, até agora foi bem, acho que está aí, alcançando as expectativas que eu tinha, porque dá pra ajudar muitas pessoas, fizemos muitos diagnósticos novos que na verdade nunca foram feitos e a população vê, reconhece, tem um pouco disso também

P: Você acha que sua formação te preparou pra esse trabalho?

M8: Sim

P: Você não tem nenhum tipo de dificuldade que você acha ‘ai, acho que isso deveria ter sido diferente na minha formação’

M8: Eu acho que na minha universidade o médico sai bem formado, sabe? Não tenho o que falar da minha universidade

P: Não tem nenhuma dificuldade que você acha que vem de uma formação que deveria ter sido

diferente

M8: Não

P: Você tá fazendo o curso do UNA-SUS?

M8: Sim, é um curso tranquilo, que dá pra pegar em alguns dias de estudo, ler as leituras bem sossegadas. Até agora tirei 10 em todos os módulos

P: Você acha que está te ajudando?

M8: Sim, eu acho que se ajuda, porque é uma forma que eles dispõem as leituras, você cerca a medicina de família de um jeito diferente, de um jeito que como mostra a clínica real, eu acho que sim, é uma boa

P: Está sendo proveitoso

M8: Eu acho que sim. Tanto assim, que o último módulo que foi [ininteligível, 28min21seg]. Eu achei que tem muita semelhança com as doenças das pessoas dessa comunidade. Juro, achei que aquilo estava extrapolando

P: Não sei você já se encontrou com seu tutor, supervisor. Como que está sendo a relação?

M8: Agora a gente trocou de supervisor, né? Porque o Dr. Q foi morar em Ourinhos, era muito longe pra ele, agora a gente tá como supervisora a professora R.

P: Vocês ainda não tiveram contato com ela?

M8: Sim, no último encontro locorregional

P: E como é essa relação? É tranquila? Tem algum tipo de problema ou dificuldade?

M8: Até agora, o encontro foi em novembro, né? Duas semanas atrás, então acho que é muito perto pra saber como que vai ser. Troquei mensagem pelo zap zap pra gente manter comunicação, mas acho que é isso, duas semanas não dá pra conhecer, né? O outro supervisor estava aqui todos os meses, né?

P: E se você precisasse dele fora desses encontros você também conseguia fácil acesso com ele?

M8: Tínhamos o zap zap dele quando estava aqui

P: Quais você acha que estão sendo as maiores dificuldades que você tem vivido hoje?

M8: As maiores? Hum... Em que sentido? Com o programa?

P: Ou a maior dificuldade, com o programa, ou no trabalho, até mesmo na adaptação por ser uma cultura um pouco diferente da sua, ou o que te traz maior desconforto, sofrimento, te incomoda mais

M8: Por exemplo, os médicos de lá não gostavam de fazer rural, sair do posto de saúde, eu acho legal

P: Você gosta?

M8: Gosto, já tive experiência prévia. A gente lá fazia muito disso, você sair do posto de saúde, ir para os povos pequenos e fazer atendimento lá. Acontece o mesmo aqui, eu gosto, sabe? Você pega pacientes que eles não conseguiam ir pro posto, então é legal. Já peguei muitos AVC's, sequelas de AVC's, paciente que nunca tinha ido pra o posto de saúde. Mas a maior dificuldade...

acordar cedo! (risos)

P: Vocês tem que sair muito mais cedo daqui de Botucatu?

M8: Não, sete horas. Mas acho que a maioria trabalha da 8 às 5, né? A gente trabalha de 7 e meia a 4 e meia

P: Entendi, por ser uma área rural?

M8: Na verdade eles consideram área urbana, só que é muita fazenda, muitas casas afastadas. Acho que a maior dificuldade é ficar o tempo todo na unidade, eu acho que os meninos que ficam aqui na cidade eles tem o horário do almoço, pode ir pra casa, podem ir pro banco, comer sossegado. A gente não, fica lá o dia inteiro, o almoço é lá, tudo lá. Pra você, por exemplo, ir pro Banco, você tem que pegar a estrada, sair, chegar ao banco, fazer tudo rapidinho, pra voltar. Na verdade só dá tempo de fazer o que tem de fazer

P: E o que você acha que tem te trazido maior satisfação e realização?

M8: Fazer cirurgia ambulatorial, com certeza

P: É algo que tá te trazendo muita realização

M8: Sim, na verdade a gente tá feliz porque ninguém resolvia isso aí, os encaminhamentos nunca dão certo e o paciente tá aguardando na fila, se as pessoas perdiam essa consulta aí foi, um ano ou mais pra tirar um lipoma, por exemplo

P: Que tipo de cirurgia que você faz nesse grupo?

M8: Tiramos lipomas, unhas encravadas, cistos, nevus, não na face, né? A gente já encaminha pra dermatologista. Essas coisas

P: E se precisa mandar alguma coisa pra biópsia você tem esse respaldo?

M8: Tenho. Como eu falei, os nevus que tem características benignas você pode tirar, mas as malignas eu encaminho. Por exemplo, apareceu uma pinta com bordas indefinidas, sangrante, de evolução rápida, sei lá, você só não vai tirar, pra esses casos eu falo direto com o Dr. P, apareceu uma pinta nova, essa não estava aí, de evolução rápida, tem um cheiro de ser melanoma, então eu acho melhor encaixar na dermatologista

P: Aí ele conduz a partir daí pra tentar uma vaga mais breve

M8: exatamente.

P: E de quem foi a ideia desse grupo?

M8: Foi minha

P: E teve uma boa receptividade?

M8: Sim

P: O outro médico também participa?

M8: Ainda não

P: É uma vez por semana?

M8: Uma vez por semana

P: Você consegue fazer quantas cirurgias por semana?

M8: Três, fora os extras, por exemplo, se nessa semana tem alguém passando mal com unha encravada, por exemplo, a gente dá antibiótico, deixando aguardar por 3 dias, 4 dias

P: E como é um dia de trabalho comum? Eu sei que não é todo dia igual, mas no geral, um dia normal, você chega lá...

M8: Dia normal seria... Isso é uma coisa que eu gosto de Vitoriana, não tem um parâmetro, porque como eu trabalho quatro dias, seriam dois no rural e dois no posto e você termina não ficando uma rotina, isso que eu acho bacana

P: Você gosta de não ter rotina?

M8: Sim, gosto disso. Gosto quando tem procedimento, troca de sonda. Às vezes os procedimentos até são feitos pela enfermagem, eu gosto de fazer também, porque eu fazia assim no Peru. Não sei porque, mas troca de sonda é feito pela enfermeira, mas às vezes eu acho que ela tá muito saturada então eu troco

P: Você consegue absorver essa tarefa pra ajuda-la

M8: Sim, tanto que agora eu coloco DIU também

P: Ah, você coloca DIU

M8: Eu pedi orientação da ginecologista do NASF, ela me ensinou, é tranquilo, eu coloco [ininteligível, 37min17seg]

P: Você faz bastante procedimento, né?

M8: Sim, bastante, eu gosto

P: A população também deve gostar

M8: Acho que sim, porque faz tudo lá, não precisa ficar vindo pra Botucatu

P: E nesse tempo que você está no Mais Médicos, a sua visão da Atenção Básica e o que é a ESF, mudou? Daquilo que você pensava ou imaginava antes

M8: Na verdade eu estou conhecendo agora a ESF, eu não tinha uma visão, eu só estudei isso pra prova, né? Mas agora que eu tenho essa vivência eu to achando muito legal, mas muitas coisas poderiam ser resolvidas na Atenção Básica, né?

P: Lá no Peru não era ESF?

M8: Tem essa visão, mas é pior. Você não, se você imagina que não consegue, por falta de medicação, controlar doenças que deviam ser controladas, é pior. Por exemplo, eu falo hemograma. Pra vocês um hemograma aqui, se você pedir agora em duas semanas tá no posto. Lá no Peru pedir um hemograma você tem que aguardar um mês pra ver o resultado. Então acho que tem uma barreira maior, né?

P: e você pretende, no final do primeiro ano, prorrogar o seu prazo de contrato?

M8: Acho que meu primeiro ano acaba aqui agora em junho, né? No final de maio. Acho que sim, vou ficar um tempo a mais

P: E você está prestando prova de residência?

M8: Tô, agora estou prestando provas. O que acontece é que por eu ser estrangeiro eu tenho que

pegar o visto permanente pra prestar a prova nas Santas Casas

P: Ah, não sabia. E você não tem ainda?

M8: Estou preparando pra daqui um ano e seis meses. O certo seria 39:48 pra pegar o visto permanente,

P: Até lá então o seu objetivo é continuar no Mais Médicos? Continuar na AB?

M8: Na verdade eu to gostando, graças a Deus, tá sendo muito bacana, muito muito bacana. A Vitoriana é quase que uma família

P: E vocês vão e voltam juntos? Porque vocês vão com o transporte da prefeitura

M8: Aham

P: O tempo de convivência acaba sendo um pouco maior, né?

M8: Exatamente

P: Que bom! Tem alguma coisa que eu não te perguntei que você acha que é importante eu saber?

M8: Ah, a bolsa moradia aqui, eu acho um pouco ruim aqui

P: Por que?

M8: Porque eu acho que uma dificuldade que temos todos os Mais Médicos aqui. A bolsa na região todas passam dos mil reais, só Botucatu que é 600

P: Aqui é mais baixo que na região

M8: E caro, né? A gente acaba pegando a grana da bolsa do governo pras coisas aqui

P: E essa bolsa moradia é a prefeitura quem paga, né?

M8: Sim

P: E vocês já tentaram conversar com o responsável por isso na prefeitura?

M8: Vamos tentar agora, acho que vamos tentar agora

P: E existe algum tipo de cobrança de alguma parte quanto ao número de atendimentos que você precisa fazer?

M8: Acho que a gente sobrepassa isso, acho que só um médico dobra o número de atendimentos

P: Tem alguma coisa que você queira me perguntar?

M8: Como vocês vão medir isso aí, qualidade de vida?

P: Não é um estudo quantitativo, não temos um valor exato. É um estudo qualitativo, não tem score. A gente quer avaliar qualitativamente qual as maiores dificuldades, os maiores pontos de frustração e decepção e as maiores fontes de realização e que trazem satisfação, a motivação pra continuar. Eu agradeço muito você ter se disposto a vir, eu sei que é cansativo no final do dia

M8: Não, eu moro aqui perto

P: Obrigada por se dispor!

ANEXO 12 Entrevista Gestores

Pesquisadora: Eu queria saber de vocês, quais são os pontos fortes da Atenção Básica em Botucatu, que vocês acreditam

Gestor 1: Só escuto os pontos fracos, né?

P: É importante a gente fazer esse exercício, né? De enxergar os pontos fortes

G1: A gente podia até começar pelos pontos fracos, porque aí depois a gente ressalta os fortes, porque a gente só corre atrás de problema. Primeira delas e a mais importante acho que é a baixa cobertura, acho que nós estamos com 63% de cobertura

Gestor 2: Não dá tudo isso

G1: Em torno de 60% de cobertura, então acho que isso é bem pouco, acaba sobrecarregando todo mundo, as Unidades muito lotadas. Outra coisa que complica muito pra gente, além de termos uma cobertura baixa, nós temos, eu diria, muita invasão de moradores de cidades vizinhas que atendem aqui na AB. Acho que isso também, somado à baixa cobertura, complica um pouco mais. Então um município que era pra ter 145 mil habitantes nós estamos hoje com pouco mais de 200 mil pacientes cadastrados na AB, então isso sobrecarrega um pouco. Que mais? Outros pontos fracos... Acho que temos um sistema de agendamento que eu acho que ele é muito, primeiro, pouco uniforme, nós temos três frentes na AB: um que é o Centro de Saúde Escola que são coordenados pela Faculdade de Medicina; nós temos as UBS's, que são da prefeitura e as Unidades de Saúde da Família que estão na OS (Organização Social), antes UNI, agora Pirangi. A gente percebe que entre essas três frentes já existe muita diferença na forma de trabalho e dentro delas também. Então se eu pegar, por exemplo, acho que menos no Centro de Saúde Escola porque são só duas unidades e eles trabalham de forma semelhante, mas se eu pegar principalmente as Estratégia de Saúde da Família que estão na OS, a gente percebe que tem muito pouco uniforme, cada um faz de uma forma, um agenda uma vez por ano, outro agenda uma vez por mês, outro uma vez por semana, acho que isso também é um problema. Que mais? Se eu pegasse meu computador ali e visse as coisas que a gente tem que fazer...

P: Posso falar algumas coisas que nas entrevistas os médicos foram citando?

G1: Pode, claro

P: Algo que eles trouxeram bastante e foi levantado em toda entrevista é a questão da demanda espontânea ser muito alta e uma dificuldade de fazer o trabalho com os pacientes agendados. Isso é uma queixa muito presente em todos os médicos.

G2: Eu acho que essa demanda espontânea ela vai diretamente ligada a questão do agendamento

G1: Você tocou num assunto importante que me fez lembrar de outro aqui, que é muito grave e que impacta no agendamento e na questão da demanda espontânea, que é o absenteísmo. Hoje a gente tem seguramente em torno de 30 a 40% das consultas agendadas que os pacientes faltam

P: E a que vocês creditam isso?

G1: Uma coisa é o próprio sistema de agendamento. Se você abre uma agenda prolongada, se a pessoa agenda pra daqui a 6 meses, muitas vezes ela esquece ou antes disso ela já resolveu, ela procurou outro meio, ela procurou na demanda espontânea como uma consulta extra e acaba esquecendo. Então talvez se a gente tivesse um sistema informatizado que de certa forma, seja por SMS, ou por telefone, que de alguma forma os secretários de consultório particular fazem, né? Uma semana antes ela te liga, um dia antes ela te liga denovo ou te manda uma mensagem pra te lembrar da consulta. Isso já me fez lembrar mais um ponto negativo, a gente não ter implantado de forma ampla o prontuário eletrônico, esse é um problema que a gente espera resolver agora, conversei na TI e a gente comprou, alugou 350 computadores, então a gente vai instalar computadores em todos os consultórios em toda a rede, e aí vamos fazer o treinamento e implantar o prontuário eletrônico.

G2: Uma coisa que eu acho importante é a questão dos protocolos na AB, se você não utilizar os protocolos você vai gerar demandas...

Entrevista interrompida pela chegada do terceiro gestor.

G2: Se você não usa o protocolo, por exemplo, hipertensão, você teria que voltar pra consulta em um ano e você quer passar lá todo mês, você acaba gerando uma demanda espontânea, você quer sempre fazer consulta, sempre fazer exames. Então a gente percebe que algumas pessoas vão mais, tem gente que consegue mais acesso e outros menos acesso, esse acesso na questão do agendamento, essa demanda espontânea exagerada eu acho que tem a ver também com a utilização e ao entendimento tanto dos profissionais como da população dos protocolos e das linhas de cuidado, diretamente falando das linhas de cuidado do hipertenso, do diabético, do obeso, da criança, enfim, de todas as linhas de cuidado...

G1: Então, Gestor 3, a gente está fazendo uma entrevista aqui, a gente até inverteu a ordem dela, porque a gente lida mais com o problema do que... A pergunta é qual seria, do nosso ponto de vista, os pontos fortes da AB em Botucatu. Aí pedi pra ela pra começarmos pelos pontos fracos que é o que mais a gente lida. E depois a gente...

Gestor 3: Ah, achei que você tinha me chamado pra atender um paciente

G2: Não não, é pra entrevista.

P: É uma entrevista pra um projeto de mestrado, não é pra mídia não

G1: Então a gente começou aqui com ela, falando dos pontos fracos, citamos a baixa cobertura, que é a primeira delas, que hoje está com 60% só; a questão da invasão de pacientes, o número excessivo de cadastros e matrículas nas Unidades de Saúde, comentamos um pouco sobre o sistema de agendamento, que se dá de forma muito pouco uniforme entre as unidades, isso tem levado a muita reclamação e a um nível de absenteísmo muito alto, na faixa de 30 a 40%. Depois ela comentou que os médicos reclamam muito da demanda espontânea, acham que está muito excessivo. Isso foi uma demanda, na verdade até do prefeito, porque muita gente reclamava que ia nos postos de saúde e não conseguia atendimento, então nós tentamos trabalhar muito no

começo, principalmente, da gestão, a questão do acesso avançado, que era o que a gente queria ter implementado aqui mas que acabou não saindo do papel, porque o que a gente entende, ainda estendendo um pouco a questão da demanda espontânea, tem uma coisa que é uma característica que a gente não conseguiu mudar até agora. Os pacientes reclamam que na demanda espontânea, se é uma consulta extra, o médico não vê exame, ele não pede exame,

G3: E vc perde a oportunidade. O paciente faltou ontem, tinha exame pra ver, mas hoje eu não posso ver porque é uma consulta eventual

G2: O que é um...

G1: Não prescreve, não troca receita, então isso que a gente queria diferenciar, o nosso intuito sempre foi tratar a demanda espontânea como um acesso avançado

G2: Como um acolhimento, mesmo, né, não como um simples PA

G1: Como um acolhimento e na hora que ele vem você não faz só um queixa-conduta. Os médicos reclamam que acaba virando um pronto atendimento, um queixa-conduta. Ahhh o que você tem? Dor de cabeça? Tá, então toma essa dipirona, tchau, agenda uma consulta. E a gente entende que não, não a gente, os cadernos do MS dizem que no acesso avançado você aproveita a demanda espontânea, ahh, to com dor de cabeça agora, tudo bem, você está com dor de cabeça, mas e sua vacina, e a pressão, e o diabetes, e os seus exames. Então vc aproveita aquele momento que o paciente está procurando a unidade naquele momento que ele tá precisando, pra você ver todas as linhas de cuidado e não ver só uma queixa-conduta, e dar alta pra ele sem ver exame, sem pedir exame, sem prescrever, isso é uma coisa enraizada que eu acho que é um ponto fraco importante. Comentei com ela também a questão da informatização da rede, que a gente acredita que até abril, a gente precisa anunciar isso como pacote de medidas de 2019.

P: Queria só perguntar do prontuário eletrônico, porque uma reclamação é da falta de comunicação que eles tem com o setor secundário e terciário, que não existe uma comunicação fluida entre os setores. O paciente acompanha na Unesp, faz todos os exames lá, eles não tem acesso a esses exames, o médico de lá não manda contra-referência e aí eles pedem tudo denovo, a prefeitura paga tudo de novo. Vai ter esse tipo de comunicação?

G1: Isso infelizmente nós não vamos conseguir resolver nesse primeiro momento, porque o HC entende que... é software diferente, né? Eles entendem que como não são funcionários deles. Por exemplo, hoje no CSE tem, acho que dois pontos, a pessoa tem que sair da sala ir lá e acessar, mas porque eles são ligados à FMB, então eles conseguiram isso, até porque o custo disso é bastante significativo. O que deve avançar um pouco que já aconteceu inclusive mas não é uma forma boa de trabalhar, é a implantação daquele aplicativo do HC que o paciente pode instalar no celular dele e o paciente, por exemplo, se ele estiver em uma consulta no posto de saúde, ele, com usuário e senha do paciente, ele consegue acessar os exames dele no HC e eventualmente mostrar pro médico

G3: Com a permissão do do paciente

G1: Mas assim, nós não conseguimos avançar com o HC com o sistema deles, pra que os nossos médicos da rede tivessem acesso, porque eu acho que isso seria interessante. Acho que isso é difícil

G2: Nem o próprio Ministério da Saúde, porque isso daí, a ideia do Ministério com a informatização, com o eSUS até, é que todos tivessem acesso a tudo, independente de você estar em Botucatu ou estar em outro estado, você tem o seu cartão SUS, você teria acesso a tudo. Mas isso esbarra na ética

G1: Sigilo, legislação. Então embora a gente instale o prontuário eletrônico, acho que melhora, mas ainda não vai resolver esse problema dessa comunicação, que gera seguramente muita duplicidade de procedimento, principalmente duplicidade de coleta de exames laboratoriais. Eu acho que é outro tema que é um problema, que eu entendo que seja importante aqui na nossa rede. Eu tenho um entendimento que hoje em dia o paciente hoje em dia praticamente vai no médico para pedir exame, ele vai no médico porque quer fazer ultrassom, raio x, quero fazer uns exames de sangue. E é, muito mais fácil pro médico simplesmente, ao invés de perder tempo e falar pro paciente que não precisa, ou que existe um protocolo que você deve colher função renal só uma vez por ano porque sua hipertensão é leve e sua creatinina é normal, não, ele quer fazer. Então a gente tem um número de coleta de exame laboratorial que é muito excessivo, gira em torno de 35 mil exames por mês, são colhidos em toda rede e encaminhados pro HC. Então eu acho que se a gente seguisse melhor os protocolos, as linhas de cuidado e pedisse exame com um pouco mais de critério, isso tem um custo elevado, né, a gente poderia eventualmente ter recursos pra fazer outras ações.

G3: Acho que tudo isso assim bate na reorganização do processo de trabalho da equipe. Acho que isso é uma grande falha. Você pega um paciente, por exemplo assim, acolher o paciente e ver qual é a demanda dele, inclusive “eu quero agendar uma consulta”, às vezes o paciente quer agendar uma consulta porque ele quer colher um Papanicolau e não sabe falar que é um Papanicolau. Ou “eu quero ser encaminhado para a Oftalmologia”, ele fala “eu quero agendar uma consulta porque me falaram que pra agendar oftalmologista tem que passar em consulta médica. Então você gasta até uma consulta médica besta por causa de um encaminhamento. Ou assim, essa coisa de não vejo o exame porque não é o momento de ver exame. Então eu acho assim, se você reorganizar o processo de trabalho, acho que diminui inclusive a demanda espontânea. Se você fizer controle de faltoso e reconvocar o paciente, ele volta pra uma consulta agendada e quando ele vê que ele está sendo convocado porque faltou, ele deixa de faltar e diminui, quando ele vai é porque ele precisa passar na demanda eventual. Então tudo isso é reorganização do processo de trabalho, e isso você, quando você tem um agente comunitário isso facilita bastante, e eu acho que as equipes daqui não aproveitam o potencial do agente comunitário, acho isso uma falha muito grande, assim, reclamar que tem demanda espontânea porque tem excesso é porque não faz as outras coisas que deveria fazer com o paciente na hora que ele tá lá. Também. Eu acho que diminuiria 40% da

demanda se vc fizesse a coisa correta primeiro.

G1: Que mais, outro gargalos importantes que a gente tem, consulta com especialista

P: É, isso foi outra reclamação

G1: As filas que a gente tem tanto em consulta com especialista, depois em cirurgia eletiva. Pra mim é um dos maiores gargalos que a gente tem hoje. Especialista acho que melhorou um pouco mas acho que tem potencial de melhorar mais com o AME (Ambulatório Médico de Especialidades). O AME ainda tá longe de tá funcionando com as 20, 21 especialidades que é a proposta do AME. A última vez que eu vi tava em dez, depois caiu

G3: Acho que tá em 6, 7

G1: Oito especialidades no máximo funcionando, então isso causa bastante problema pra gente.

G3: Essas demandas de cirurgia são pacientes que batem com cólica de rim, cálculo de vesícula

G1: Cirurgia eu acho que é o maior gargalo que a gente tem, nós temos pacientes aí há 3 a 5 anos em fila

G2: Pra esperar uma hérnia

G1: Os principais são de vesícula, colecistectomia, hérnia, nefrolitíase, litotripsia, hemorróida, amígdala, adenóide, varizes

G2: Varizes assim...

P: É interessante que nas nossas conversas a cirurgia vascular sempre vinha à tona, com uma reclamação geral de que demorava, e o paciente voltava reclamando “olha, você me encaminhou mas não vai acontecer nada?”

G1: Ontem mesmo atendi uma paciente a pedido do prefeito, no gabinete, pedindo uma consulta na vascular por varizes e na plástica pra uma cirurgia de redução de mama. Eu disse pra ele “olha, só não vou chorar porque você não me pediu nada de ortopedia junto”. Aí eu ia chorar!

G3: Plástica é só em dezembro, eles recebem em dezembro..

G1: Eu falei “Plástica é meio difícil, mas varizes a gente vai tentar”. Cada coisa disso aqui, nós estamos falando de... vesícula, 300 pacientes. Varizes, 700, 800, aguardando avaliação e precisando de cirurgia. Cirurgias pediátricas, urológicas, hidrocele, fimose. Dermato começou a fazer um pouquinho lipoma, coisa simples... Então isso aqui é uma coisa que a gente vem trabalhando bastante com o HC, FMB, com os deputados, no governo do Estado, pra pedir os famigerados 45 milhões que já ficaram até famosos pra colocar o hospital Estadual pra funcionar. Bem lembrado, outro problema: mortalidade infantil que remete à questão de maternidade. A gente espera que agora comece a melhorar, ou seja, a gente está tendo um aumento na mortalidade infantil, são vários fatores além dos econômicos, socioeconômicos, emprego, enfim, perda de renda que interfere na mortalidade. Mas no que diz respeito a assistência a gente tem notado, principalmente antes da abertura da maternidade, acho que faz pouco tempo, não posso dizer que mudou alguma coisa, porque vai levar alguns meses pra notar uma diferença, mas a gente tinha um gargalo grande com relação a assistência sendo feita só na Unesp. Então aquela mistura de

casos de alta complexidade, falta de leitos de UTI Neonatal, que também vai ser ampliado agora, eu espero que parte agora com a maternidade no Estadual isso venha a melhorar um pouco. Que mais... E os pontos fortes? Sabe que eu nunca tinha pensado nos pontos fortes? A gente só pensa nos problemas

P: É porque acho que só trazem os problemas, né?

G2: Eu acho que o principal ponto forte da AB é que ela é a principal porta de entrada, e ela tem condições de dar muita resolutividade.

G3: Acho que dos pontos fortes, a rede de AB em Botucatu ela é grande. Você pega Bauru, tem 4, 5 postos a mais que Botucatu e uma população 3, 4 vezes maior. Então ela tem uma cobertura boa.

G1: Apesar de todos esses problemas que a gente elencou, que não são poucos, se você levar pra esse lado comparativo, o que nós temos aqui de estrutura, desde a atenção básica até o terciário, comparado com regiões até mais desenvolvidas, mais populosas que a nossa, nós temos proporcionalmente muito mais equipamentos e estrutura de saúde. Tanto é que a gente tem essa invasão, então quem é de fora, às vezes a gente tem a impressão de que quem é daqui tem um sarrafo de exigência de qualidade mais alto, porque quem é de fora, que vem de uma realidade que não tem acesso a nada, basicamente o investimento em saúde é investir em sistema de transporte pra levar paciente pra Botucatu, isso é assim, histórico. A Gestor 2 já foi secretária de saúde em outros municípios, Itatinga, e sabe. Então a impressão é que apesar de saber que tem muita coisa pra fazer, e temos muitos problemas, acho que proporcionalmente a gente tem mais a oferecer do que a maioria dos nossos pares, vamos dizer assim.

G2: Acho que outro grande ponto forte é que a AB é um grande campo de estágio pra toda a universidade, tanto de escolas técnicas, quanto pra universidade, isso é muito forte

G1: Muito forte, essa relação entre a secretaria municipal com a FMB, com o HC, acho que isso gera essa interação, esse campo de ensino. Acho que isso é bem rico, é muito forte, temos muitas faculdades particulares, temos convênios. Acho que isso é um ponto bem forte, a questão acadêmica e a possibilidade de utilizar o campo

G2: Acho que muda até a visão, porque a própria universidade, ela não valoriza o profissional da AB. O profissional médico que sai, ele sempre sai com um olhar assim "quando não deu nada certo você vai pra AB". O que deveria ser o contrário, em países desenvolvidos é o top você estar no básico, pra nós aqui é o inverso. Então vc ter o profissional da universidade fazendo um estágio ou uma residência na...

G1: Trabalhar promoção de saúde, prevenção,

G2: Mais a prevenção e a promoção do que o tratamento da doença em si, acho que é um ponto muito forte.

P: É interessante porque teve alguns entrevistados que disseram exatamente isso, que a visão de quem está na universidade é de que o profissional que não deu certo vai pro posto de saúde.

Porque você tem essa impressão? Porque hoje você está na administração e consegue enxergar como um todo. O que te faz enxergar dessa forma? Essa relação do setor terciário, da Universidade com a Atenção Básica?

G2: Primeiro por conta da falta de profissionais pra AB. A coisa mais difícil que tem é você abrir concurso que tenha profissionais. Porque: uma deficiência seja não ter um plano de cargo, de carreira, que te motive. Outro é o status mesmo, você estar em uma especialidade e não estar na AB. Porque na AB você trabalha mais com uma classe mais baixa, talvez, que era, hoje ele tá igual, todos tem o mesmo direito, o mesmo acesso. E a porta está aberta e todos vão, porque antes só ia quem não tinha condição nenhuma. Hoje está aberto e todos vão, mudou muito a característica da procura. Mas a gente percebe em várias conversas que a gente tem com os profissionais. Inclusive tive uma reunião com o Ministério, com aquela dra. Consuelo, que o pessoal estava achando muito ruim que as residências ter um ponto positivo pra quem está no PMM. E a discussão também lá foi inclusive das universidadesm estava Unicamp, Unesp, tava a USP, o responsável no Estado por todas as residências médicas do estado de São Paulo e a discussão realmente era essa, né, qual a visão dos colegas, dos profissionais. Porque assim, aquele profissional que não vai dar nada vai pra AB, então essa fala vem acontecendo e a gente percebe que aquela pessoa que vai pra AB porque gosta, ou porque ela foi e de repente não conhecia nada, ela chegou lá e se apaixonou. Porque a AB ela é apaixonante, o serviço da AB, vc estar lá, você ter o contato com aquela pessoa e você poder fazer alguma coisa. Porque pra muitos, muitas pessoas não levam a sério, mas muitos levam a sério e querem melhorar e são pessoas que estão envolvidas com a sua saúde e tem um respeito muito grande pelo profissional, por tudo isso. Vou fazer 30 anos que estou na área da saúde, sou administrativo mas vou fazer 30 anos na área da saúde, então essa observação que eu tenho desde que comecei. Antigamente todo mundo queria trabalhar, mas aí veio essa coisa de muitas especializações, tudo tinha que ser com especialista, e aí começou a deixar de lado o clínico geral, o médico de saúde da família, o profissional que tá ali todo dia, que te conhece, que sabe da sua vida e tá enfim...

G1: Acho que é cultural isso, dentre os médicos em tese talvez seja até pejorativo você não ter feito residência, não ser um ultra especialista. Eu sou hemodinamicista, todo mundo fala “Nossa, que coisa, fez clínica médica, cardiologia, hemodinâmica”, então existe isso não só no meio médico como da própria população. Isso é importante a gente comentar, nós temos muita queixa da população com relação a ESF que a pessoa mora num bairro com ESF mas quer ser atendida numa clínica, ela quer que o filho dela passe com o pediatra, ela quer passar com ginecologista, a própria população no Brasil, se você comparar com outros países...

G3: E aqui em Botucatu ainda é mais forte por causa da faculdade

G1: A própria população, vereador, toda hora vem gente reclamando pra mim, fazendo requerimento “Por que que não põe um pediatra lá no Jd Iolanda”, aí você responde “Porque o Jd Iolanda é da ESF, vai na portaria do MS que determina que esse é o modelo prioritário no país,

que o profissional é capacitado”. Tenho amigo meu que estudou comigo e mora em Portugal há muitos anos, pra eles é absolutamente natural, como um cunhado que mora há 8 anos no Canadá, que a referência médica da população é o Médico de Saúde da Família, ele tá mais próximo da sua área, eles sabem muito bem que se você mudar de área você vai mudar a sua referência, aqui as pessoas não valorizam isso. E causou espanto pra gente, eu lembro que a gente comentou isso, quando uma princesa na Inglaterra vai ter um filho e tem um filho com uma enfermeira obstetra e sai de alta no mesmo dia, com a criança no colo, andando. Isso pra gente é motivo de espanto, porque nós estamos muito acostumados com hospitalizar, ultra especialista, cesárea, episiotomia,

G3: No Canadá o médico só vê a gestante na primeira consulta e no último mês de gestação

P: Uma amiga minha foi pro Canadá, engravidou e ela não passou com médico nenhuma vez, porque foi uma gestação absolutamente normal, inclusive o parto, não foi médico.

G1: Se você pesquisar com a população e disser pra ela “olha, você vai acompanhar só com a enfermeira seu pre natal inteiro e depois você vai pro Estadual e vai fazer o parto com a enfermeira, você não vai passar com o médico.” Você vai ver que 90% vai dizer “Não, eu quero passar com o gineco”. Acho que isso a gente vai levar décadas pra mudar

P: E qual vocês acham que é o caminho pra isso mudar, eu concordo que é um caminho longo, mas qual é o caminho?

G1: Acho que a valorização nas universidades, por exemplo, eu lembro quando me formei, eu sou da 28ª, me formei em 95, você nem ouvia falar em especialização em medicina de família. Acho que isso tá mudando, tem muita gente hoje que tem interesse em fazer, procura, por exemplo, o PMM e depois vai fazer medicina de família. A gente precisa dessa valorização

G3: A própria reforma curricular que tá vindo aí, né? Que 30% da formação médica tem que ser na AB, isso já tá

G2: Até a própria característica de residência. Primeiro você fazia um tanto de tempo na Clínica Médica, depois você ia pra especialização

G1: Mas sempre foi voltado pra formar pessoas pra fazer residência e especialidade. Pelo menos eu, por exemplo, 20 anos de formado, não me lembro de alguém comentar com você da possibilidade de fazer uma especialidade e trabalhar na AB. Isso é até desvalorizado, como a gente comentou. E isso que a gente comentou, ahh, não conseguiu passar em cardiologia, ou cirurgia, então ele vai trabalhar no Posto depois vai fazer alguma coisa. Acho que isso tá mudando, mas acho que vai demorar.

G2: E a característica de Botucatu, por ter a faculdade de medicina, interfere inclusive na região. Porque a região ela prefere vir pra faculdade, o paciente prefere vir transferido, ficar por exemplo, lá naquele salão maior do Pronto Socorro referenciado, até às vezes com uma infraestrutura em algum momento não muito adequada do que estar dentro de um município menor, com um médico clínico geral que está fazendo o atendimento e dá condições, um lugar adequado, com condições. É uma questão muito cultural mesmo

G3: E medicalização, uma medicina altamente medicalizadora e a população não se contenta se você sair dando cuidados gerais pra uma gripe, uma diarreia.

G1: Não, precisa ter o xarope

G3: Isso, omeprazol aqui é água

P: E é histórico isso, essa questão do omeprazol. Eu digo isso porque eu já trabalhei no município na Rede Básica e eu lembro que a gente conversou sobre isso e você comentou sobre o omeprazol. Isso faz o que? Sete anos?

G3: Sete anos

G1: Continua sendo o medicamento mais dispensado no município

G3: E você aprende na gastro que omeprazol não é uso contínuo e a própria gastro prescreve uso contínuo de omeprazol. Aí você conversa com um gastro, “Mas omeprazol é uso contínuo?” “Não, não pode ser!”

G1: É, eu lembro que você tomava um mês, depois fazia endoscopia de novo, você tratava um mês antes de fazer endoscopia. Agora a pessoa toma ad eternum.

P: Voltando um pouco ao que você falou, da dificuldade de fixar médico na AB. Botucatu é um dos municípios com maior razão médico-paciente do Brasil e ainda assim precisou do PMM. A que vocês creditam essa dificuldade de fixar médico em Botucatu? Porque é uma cidade com IDH elevado, uma cidade que tem universidade, uma cidade que possui estrutura socio-econômica para o médico e sua família, não é uma região de difícil acesso. Por que dessa dificuldade?

G1: A dificuldade de fixar é de fixar na AB, porque o médico tem interesse em fazer consultório, não diria nem convênio, porque acho que a tendência dos médicos não é nem mais atender convênio, todo mundo quer atender particular, o cara fica aqui mas não quer ficar aqui lá no Jardim Peabiru, quer ficar aqui mas quer fazer especialização e quer ter consultório particular. Acho que é muito isso, muita falta de valorização. Por exemplo, nós fizemos concurso público pra médico e ele acaba sendo um concurso pró forme, só pra dizer que você fez e depois acabamos contratando médicos como Pessoa Jurídica (PJ) que muitas vezes estão aguardando, estão prestando residência e fica aqui um tempo atendendo, adquirindo experiência, enquanto ele não passa no exame de residência pra depois ele ir embora, voltar pra cidade dele, enfim. Acho que é falta de valorização, a gente não consegue contratar porque o valor que é oferecido no concurso público em Botucatu historicamente é muito fora do mercado

G3: Acho que esse problema de fixação de médico é geral. Se tivesse um plano nacional de carreira pra médico da AB acho que isso facilitaria bastante. Eu sou 33 anos de formado

G1: Igual gerente de banco, ou juiz, o cara fala “não, você vai ficar 3 anos no Mato Grosso, depois desse período você pode vir mais pra cá, depois se quiser ficar em São Paulo é só daqui a 15 anos”

G3: Se eu mudar de Botucatu, vou ser médico de família em outra cidade, vou pra Franca. Eu volto a estaca zero e entro como um cara recém formado, eu tenho 30 anos de AB. Acho que deveria contar, eu mudar mas meu salário vai comigo onde eu for, que nem juiz é, né? Acho que

se tivesse esse plano nacional de carreira, facilita. O que eu vejo hoje, bastante médicos de Botucatu, formado aqui, com uma visão boa de trabalhar na AB, inclusive médicos que tão em PJ e falam ‘ah, não vou mais fazer residência porque to gostando de trabalhar na AB’, só que não presta concurso porque o salário é muito baixo, então é melhor pegar um PJ que paga mais e dá uns plantões aí... Ou vai pra Organização Social que paga mais também

G2: Acho que é a questão salarial mesmo, né?

P: E a questão do Mais Médicos, são 14 vagas no município, no momento, pelo menos até o final do ano passado, eram 10 médicos que estavam no município

G2: Isso, estamos aguardando substituição de 4, são reposições, porque eles saíram em março do ano passado por causa da residência e o pessoal do Ministério não abriu edital e não fez reposição. Esses editais que saíram atualmente são pra reposição dos cubanos que saíram, a gente tá aguardando que agora em seguida saia alguma coisa, mas até agora não tem nada para reposição dessas 4 vagas

G1: Nos últimos anos você sempre tinha, né, com uma frequência maior, os editais né? Quase todo ano

G2: Sim, saía e imediatamente

G1: O último foi ano passado, outubro, novembro, Teve as eleições, não teve mais edital. E agora esse que teve foi só pra onde tinha cubano. Nós estamos ainda aguardando, e pra nós faz falta

G2: Além do que, se abrisse o edital, além das quatro a gente teria mais unidade que poderia se... porque pra poder fazer parte a unidade tem que ter um INI cadastrado. Pra você cadastrar o INI você tem que ter um número de carga horária de médico, enfermeira e dentista compatível pra poder, e a gente está com todas as nossas unidades adequadas com o INI cadastrado. Então, na época que saiu o último edital a gente estava com alguns problemas de carga horária de profissionais que a gente não conseguiu fechar. Então se hoje abrisse edital novamente a gente teria essas 4 vagas e poderia abrir mais vagas, né, se for oportuno no edital que saísse. Mas depende muito do Ministério

P: Vocês notaram algum impacto desses 10 médicos? Eu sei que é pouco perto do tamanho do município e da rede que Botucatu tem, do número de Unidades. Mas vocês perceberam algum impacto, alguma diferença com a presença do Mais Médicos aqui?

G1: Eu não acompanhei essa implantação, quando eu cheguei já estava assim, mas eu posso fazer o raciocínio contrário, quando sai um a gente imediatamente sente, a população sente e reclama, então eles são extremamente, não fazem só número não, são extremamente importantes, e quando sai um a população imediatamente reclama, reclama na câmara, reclama no gabinete, reclama com a gente, faz ouvidoria, eles não tão só preenchendo espaço não, onde eles estão eles estão atendendo porque a população sente quando eles saem. Não conheço como era antes porque eu fiquei esses 20 anos fora, não acompanhei a AB, só na área de cardiologia. Mas acho que seguramente faz diferença, se saísse 10 Mais Médicos, se tivesse perdido 5 médicos cubanos aqui,

a gente estaria em crise

P: E a questão da escolha de não trabalhar com os médicos cooperados, os médicos cubanos? Eu sei que vocês não estavam aqui, mas

G3: Na época a gente achou que era um tiro na gente mesmo, pegar assim, a gente com uma faculdade e importar médico cubano pra cá. A gente achou que não seria legal, a população não veria com bons olhos. Eu lembro que a gente conversou bastante com o secretário na época, falou pro prefeito “Olha, vamos evitar. Se não tiver, vamos pegar”. A gente tem brasileiro formado em Cuba, mas não pegamos cubanos. Tem brasileiro formado na Rússia, mas não pegamos...

G1: Isso foi uma opção do município?

G2: Foi, foi

G3: Era opcional

G1: Eu tinha uma ideia diferente

G3: Você podia optar. Tava vindo bastante cubano, aí era assim: quer cubano também ou quer só médicos do Brasil?

G1: Ah, eu tinha um conceito diferente, achava que como Botucatu era uma cidade desenvolvida, tem a universidade, ela era preferencialmente escolhida primeiro pelos médicos brasileiros e por isso não sobraria vaga pra cubanos

G2: Não, são 3 opções, na época eram 3 opções: o Provab, o Mais Médicos brasileiro e o Mais Médicos cubano. Cada um tinha uma linha diferente

G3: A gente optou pelo Mais Médicos e o Provab

G2: Aí acabou o Provab e ficou o Mais Médicos. Todos que estavam no Provab puderam migrar pro Mais Médicos e não tínhamos cubanos.

G1: De certa forma carrega um grau de preconceito, né?

G3: Mais pela população mesmo, como a população gosta de falar aqui, né? Na rádio “Como pode uma faculdade aqui trazer cubano!”. É um desgaste, um desgaste político sem necessidade

G2: Desnecessário, porque muitos médicos que trabalham hoje são formados aqui na faculdade de medicina

P: No Mais Médicos, você diz?

G2: Sim, no Mais Médicos, né? Desse longo tempo que vem vindo, muitos já saíram, mas muitos vieram da faculdade

G3: A maioria era formada aqui mesmo

G1: Agora puxando na memória aqui, nós temos histórico de no Pronto Socorro Adulto de médicos boliviano e que vira e mexe chega reclamação aqui, que não fala nem o português direito, não entendo nada que ele fala

G3: O S quando veio trabalhar aqui, hoje ele está na UTI, quando ele começou a trabalhar na COHAB, paraguaio se não me engano, ele veio como voluntário, já tinha o revalida, ele veio pra ser médico mesmo, tinha preconceito. E bom médico, mas o problema não era ele ser bom, o

problema era ele não falar o português..

G2: E ele era bom profissional. Depois que o pessoal acostumou com ele depois sentiram a falta dele quando ele foi embora

P: Vocês querem me perguntar alguma coisa sobre o trabalho, ou algo que eu não perguntei que vocês acham importante que fique registrado?

G2: O que você achou das entrevistas? Qual sua percepção diante daquilo que você já ouviu?

P: Eu acho que muitos deles vieram muito motivados mas a maioria não tinha contato prévio com a Atenção Básica, então eu acho que muitos deles se frustraram porque vieram, tinham uma ideia de que a AB não estava funcionando porque não estavam fazendo direito, eu vou fazer direito então vai funcionar. Então acho que muitos deles se decepcionaram por não darem conta, porque não depende só deles, depende de vários fatores, é uma coisa muito complexa. E acho que a principal reclamação deles é a falta de tempo pra fazer direito, fazer como eles gostariam, porque a demanda é muito grande, o número de pacientes é muito grande e é uma queixa que traz bastante frustração pra eles

G3: Você trabalhou quanto tempo na Atenção Básica?

P: Aqui eu trabalhei um ano e meio no Cerest, conheço só um pouco da AB aqui em Botucatu; aí eu trabalhei em São Paulo, trabalhei em São Manuel também

G1: Agora vou te fazer uma pergunta. Tirando a questão de restrição de orçamento, sem falar de dinheiro, pela sua percepção, a experiência que você já tem, se você fosse secretária de saúde, quais as três primeiras ações você implementaria na AB no intuito de melhorar a assistência à população

P: É difícil, eu não gostaria de estar no seu lugar, com certeza! Não é uma posição que eu almejo.

G1: Mas acho que é legal, porque você é uma pessoa que está fora da administração e está ouvindo as pessoas, de repente você tem uma visão diferente da gente aqui

G2: A gente já tá com a visão viciada

G1: Só apagando incêndio. Se você tivesse que compilar as reclamações ou as demandas que os profissionais estão fazendo, o que poderia mudar a realidade ou trazer um benefício rápido, visível, palpável

P: Acho que o que traria um impacto muito rápido seria justamente isso, os profissionais terem tempo para desenvolver uma consulta com calma. Igual você citou, o paciente quer remédio, exame e especialista. Se você tem tempo pra conversar e conquistar esse paciente você consegue fazer com que ele fique satisfeito e perceba

G1: Agora com 20 consultas extras você não consegue fazer isso

G2: Você pega aquele monte de prontuário, o primeiro você percebe que precisa dar uma atenção, mas na hora que você vê aquela pilha você pensa ‘se eu ficar dando atenção pra esse que hora eu vou terminar? Não vou conseguir dar conta’

P: E aí vira um ciclo vicioso, eu acho. O médico vai pedir o exame porque ele tem 15 minutos pra

atender aquele paciente que às vezes é uma distímia, uma depressão, que se ele ficasse 20-30 minutos com aquele paciente, ele ia conseguir resolver, não ia precisar pedir exame, não ia encaminhar. Mas ele não tem esse tempo, e aí ele pede exame e vira esse ciclo vicioso. Então eu acho que ter esse tempo para dar a atenção que o paciente precisa acho que faria muita diferença pro paciente e pro profissional, ele se sentiria mais realizado, mais motivado

G1: Os cadernos do Ministério sobre acesso avançado falam muito a respeito disso, a consulta não deveria ser padronizada, de 15 em 15 minutos, uma consulta pode ser que eu resolva em 5 minutos, mas outra pode ser que eu precise de uma hora

P: Exatamente

G1: Não deveria ter essa, o SUS não deveria ser aquela coisa ambulatório são 4 horas, você tem 16 consultas, são 15 minutos pra cada consulta

G2: Eu já trabalhei na Vigilância Epidemiológica num município que tinha uma médica que, a gente tinha dois tipos de médico, um que atendia hanseníase e outro tuberculose. O que atendia hanseníase a gente tinha todo um trabalho, porque ela ia no médico e saía sem saber o que ela tinha, a gente tinha que explicar junto. Trabalhei com o médico de TB que na consulta, a hora que o paciente saía pra fazer a notificação, ele sabia tudo que ia acontecer com ele, era uma hora de consulta. E o médico não abria mão de todo mês ter o retorno pra saber o que estava acontecendo. Era muito difícil você ter paciente que não terminasse o tratamento, porque ele ficava tão bem esclarecido pelo profissional, porque é diferente o médico falar e o atendente, o enfermeiro falar, principalmente com doenças como essas, você fala “Você tá com tuberculose, você tá com hanseníase”, ele quase que cai duro. Até que ele entenda que aquilo é uma doença tratável, que pega mas que cura e que você vai ter uma vida normal. E quando a gente vai falar a escuta do paciente não é a mesma. Agora quando ele vinha do consultório médico muito bem explicado, tudo que a gente falava era muito mais acolhido, ele vinha aberto pra ouvir tudo o que os funcionários falavam. Então era a diferença. Tudo bem que ela demorava uma hora em cada consulta, era uma hora praquele paciente. Acho que isso faz diferença

P: Faz, faz diferença. Eu acho que esse é o principal ponto, né? A questão do plano de carreira que vocês disseram, pra fixação do profissional. Eu sei que não é algo que depende do município, mas faria a diferença, acho que faz muito sentido, vários deles citaram isso, que não se sentem motivados a continuar na AB porque é aquilo, se eles ficarem 30 anos trabalhando ali vai ser aquele salário, aquele local de trabalho. Não existe uma motivação, né?

G2: Imagine, pro Agente Comunitário de Saúde existe um documento que o Ministério da Saúde, que você tem que ter um piso pra qualquer município do país, é um piso, você não pode pagar menos que isso. Certo? E vai aumentar a partir de janeiro. Porque então não faz um projeto com subsídio do Governo Federal, porque ele tem que dar o subsídio de forma coerente e adequada, e faz pras outras carreiras? Porque aí para, primeiro, com o leilão de salários, porque o médico tá aqui, aí o município daqui 20 minutos paga 100, 200 reais a mais daí ele vai lá, aí o outro vai

pagar...

G1: Acontece muito com plantão

G3: A própria Fundação UNI pagava um salário aqui e em São Manuel outro salário

G2: Entende? Então acho que tinha que ter uma coisa oficial do Ministério e do Governo Federal

G1: Você me fez lembrar mais duas coisas que são problema. Uma você deve ter ouvido falar, me surpreendeu você não ter dito nada até agora, que é a questão de reunião de equipe

P: Ah sim, eles reclamaram que não tem reunião de equipe

G1: Isso é uma coisa do governo atual, que era uma queixa da população, assim, muito grande, não que eu seja contra mas a gente teve que implementar esse corte. Acho que tinha equipes, a gente viu que usavam a reunião de forma primorosa, e por outro lado a gente tinha equipes que a reunião era quase que um day off, você tinha lá o médico não ia, o dentista também não, enfermeira revezava “você fica em um e eu fico em outra”, e pipoca, bolo, risada, fala alto e a população ouvindo, e portão fechado. E não era a ideia, assim, a ideia é que você está tendo reunião de equipe mas pelo menos uma pessoa está na recepção e acolher quem eventualmente aparece ali, dar uma resolução praquela pessoa, às vezes quer ir na farmácia, quer tomar vacina, você desloca uma pessoa da reunião pra resolver isso e aí ela volta. Acabamos cortando, foi uma exigência do prefeito, uma demanda que surgiu na campanha e ficou muito enraizada, principalmente de sexta feira. Embora as unidades fechassem de terça a sexta, eram duas unidades por dia, chamava a atenção as unidades que fechavam na sexta-feira a tarde, todo mundo entendia isso como um day off, então isso estava pegando muito mal e foi algo que precisou cortar. E outra coisa da remuneração, nós temos muito problema aqui, que é a questão dos médicos com diferentes vínculos, tem o salário da UNI, que agora é Pirangi, o salário da OS, que tende a ser maior, você tem os médicos do Mais Médicos, que se comparado aos médicos da prefeitura também é bom, e você tem o médico que é Unesp, e você tem o médico que é Fapesp, e você tem o médico que é PJ. Então você vê que isso gera um conflito. Por exemplo, eu tinha um médico de Saúde da Família que reclamava muito que o Mais Médicos proporcionalmente ganhava mais do que ela, porque ele tinha oito horas de estudo, que ele não podia isso, não podia aquilo, tinha reunião de não sei que lá e ela tinha que trabalhar. Isso porque ela ganhava mais do que o Mais Médicos. Isso também eu acho que gera um certo desconforto, desgaste, né? Isso é uma coisa que reclamam bastante

G2: É, isso também é ruim

G1: Essa questão de horário também, né? Que agora a gente vendo a questão do ponto eletrônico, mas era uma realidade bem difícil não só no município, a gente vê que é em todo lugar, que é o médico que é contratado com uma carga horária X e cumpre uma carga horária às vezes metade ou até menos. Com o ponto eletrônico a gente espera dar uma corrigida nisso, já aconteceu na esfera federal e agora chegou na nossa rede. Estamos com atraso aí na Pirangi, que é a OS, mas eles também acredito que fevereiro, março, também vão implantar o ponto eletrônico não só para

os médicos mas para todos os funcionários da Estratégia de Saúde da Família. Acho que é isso

P: Eu agradeço muito vocês terem me recebido. Eu percebo que algumas coisas que trazem sofrimento para os médicos vocês sabem, conhecem e entendem, compartilham, mas eu acho importante destacar que eles não percebem isso, eu acho que eles se sentem sozinhos. Os médicos do Mais Médicos talvez seja um pouco diferente, o vínculo é diferente, eles não tem tanto contato com vocês, mas às vezes eu sentia no discurso deles que eles se sentiam sozinhos e que só eles percebiam os problemas, como se só eles estivessem querendo que desse certo. Acho que a terceira coisa que eu faria seria não só para os médicos, mas pra todas as equipes, todos os profissionais, é mostrar que vocês fazem parte da equipe, vocês não estão juntos lá na unidade mas são uma equipe

G2: Acho que faltam as reuniões que a gente tinha com os médicos uma vez por mês, era um diferencial que tinha

P: Se sentirem ouvidos

G1: Muitas vezes a pressão que chega, chega pra gente, não tanto lá na ponta. Quando alguém tem algum problema talvez ele não reclame direto lá na Unidade, ele vem aqui na secretaria, no gabinete do prefeito, no Facebook do prefeito, no WhatsApp, isso pra gente cai diariamente que nem uma bomba. Pode ter certeza que a gente não está muito em contato mas a gente tá muito a par do que funciona, do que não funciona ou deveria melhorar. Muitas vezes a gente não consegue, por falta de tempo ou falta de recurso, melhorar, mas eu gostaria, por exemplo, eu falei com o prefeito. O prefeito tem um sonho pessoal e ele tem insistido muito em montar um centro de diagnóstico por imagem no município, a gente chegou a fazer um projeto com tomografia, uma série de coisas. Na verdade seria um mini AME, mas eu tenho tentado insistir com ele tecnicamente de que eu discordo da implantação de um centro de diagnóstico por imagem que custaria 7 milhões de reais, que se eu tivesse 7 milhões de reais eu gostaria de ampliar a cobertura de saúde da família pra 100%. Eu acho que isso ia, no médio e longo prazo, causar um impacto muito mais significativo do que simplesmente alguém conseguir fazer uma tomografia, um ultrassom, e depois precisar de uma cirurgia e não operar. Então só criaria mais um gargalo. Então cada vez mais, embora eu seja uma formação ultra especialista, acho que essa experiência que eu estou tendo aqui na gestão nesses dois anos, que é uma coisa nova pra mim, tenho experiência em funções administrativas mas na Sociedade Brasileira de Hemodinâmica, na diretoria, mas não tinha experiência com gestão e muito menos, tava afastado há 25 anos aí da Atenção Básica. Então eu acho que esse tempo na Secretaria, em contato com uma equipe que vive isso há muitos anos, respira isso no dia a dia, eu tenho notado que eu estou invertendo um pouco as minhas prioridades. Está ficando claro pra mim que o mais importante, toda oportunidade que a gente tiver a gente deve direcionar o investimento na Atenção Básica mesmo, dar cobertura pra 80, 90% da população, e aí só quem realmente não conseguir resolver seu problema aqui, aí sim ir pra uma área mais especializada

G2: Se a gente conseguisse, se a gente conseguisse fazer um trabalho bem bacana mesmo de Saúde da Família, da Atenção Básica propriamente dita, eu acho que você diminui muitas complicações futuras. A discussão que a gente tem muito na Regional de Saúde é “daqui a pouco a gente não tem máquina mais pra hemodiálise, porque os diabéticos estão todos perdendo o rim”. E se você consegue fazer um trabalho lá na ponta, antes da coisa complicar, talvez você leve mais tempo pra ter qualidade de vida, o próprio obeso, várias coisas pra ele não precisar de uma terapia renal substitutiva lá na frente, pra ele não precisar de uma tomografia, de uma ressonância. Então se a gente conseguisse mais na Atenção Básica, como eu sou fã da AB eu vou sempre querer melhorar a AB

G1: Isso eu achei curioso também. Essa madrugada eu passei, até as duas da manhã, atendendo um paciente de uma cidade próxima infartado. Um paciente que já teve AVC, cinquenta e poucos anos, um procedimento difícil, uma hora e meia. Colesterol alto, fuma e agora infartou. Ou seja, eu fiquei 25 anos atendendo, de um em um, pacientes que chegou aqui porque tudo lá atrás falhou.

Ninguém conseguiu convencê-lo a parar de fumar, ninguém conseguiu fazer ele tomar remédio, ele toma Losartana só, dia sim dia não,, de forma irregular, não toma estatina, não toma aspirina, não toma nada, o cara já teve AVC, tem dislipidemia, agora infarta. Quer dizer, se você conseguir

G2: E ele vai ser um paciente caríssimo pra rede, né, já ficou caro, já fez cateterismo, angioplastia, agora vai ter que ser acompanhado, o remédio não vai ser mais o Losartana, vai ser uma coisa bem específica, enfim

G1: Clopidogrel, enfim. Então se a gente tivesse conseguido dar uma atenção melhor pra ele e pra milhares de hipertensos e diabéticos da rede talvez eu não tivesse passado essa madrugada com ele, ou demorasse 10, 15 anos pra ele infartar.