UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA

André Luiz Castilho

Médicos do Programa Mais Médicos no enfrentamento da pandemia por coronavírus na Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientador(a): Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino

Botucatu
2023

André Luiz Castilho

Médicos do Programa Mais Médicos no enfrentamento no enfrentamento da pandemia por coronavírus na Atenção Primária à Saúde

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

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino

Botucatu

2023

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Castilho, André Luiz.
Médicos do programa mais médicos no enfrentamento da pandemia por coronavírus na Atenção Primária à Saúde / André Luiz Castilho. - Botucatu, 2022

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Eliana Goldfarb Cyrino
Capes: 40602001

1. Consórcios de Saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Pandemias. 4. Coronavírus. 5. COVID-19 (Doença)

Palavras-chave: Atenção primária a saúde; Covid- 19; Médicos; Programa Mais Médicos.

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde definiu como pandemia o grande número de infecções por coronavírus em 11 de março de 2020 e recomendou o distanciamento social. Diante da progressão do vírus no Brasil, se tornou relevante reconhecer sob a ótica de médicos do Programa Mais Médicos (PMM) o impacto da pandemia por coronavírus frente ao trabalho na atenção primária como estratégia prioritária para organização do sistema de saúde, sustentada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo deste estudo foi analisar o impacto da pandemia por coronavírus na percepção de médicos do PMM no seu trabalho na Atenção Primária à Saúde, diante do enfrentamento do SARS-COV 2. Trata-se de um estudo exploratório que utilizou metodologia qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com os médicos. Esses profissionais estavam sob supervisão de carácter pedagógico (acadêmica) do pesquisador por meio de instituição de ensino superior conforme determina o Ministério da Educação (MEC). Os dados de identificação e algumas características dos entrevistados foram apresentados de forma descritiva atendendo a requisitos éticos. Foram entrevistados dez médicos, por meio virtual, na plataforma google meet. As entrevistas duraram em média 1 hora, todas gravadas e transcritas pelo pesquisador. Os dados qualitativos foram analisados a partir de Gomes e Minayo. Por meio de leitura densa foram construídas três categorias temáticas: Despreparo frente aos desafios da chegada da pandemia; a função da supervisão médica no PMM e sua importância na pandemia; desmonte e reorganização do atendimento frente à chegada do covid-19. Observou-se que na visão dos médicos, a Atenção Primária a Saúde ficou fragilizada durante o período pandêmico, devido à falta de coordenação e orientações adequadas, com muitas dúvidas e insegurança dos profissionais para realização do tratamento da doença, falta de equipamentos de proteção individual, além da realocação de profissionais das Unidades Básicas de Saúde para centrais de atendimento Covid, acarretando aumento do estresse. A presença do supervisor dos médicos foi uma marca para possibilitar o cuidado e a qualificação do trabalho na pandemia. Conclui-se que mesmo sendo relatado como um momento caótico, como aponta Vygotsky, o ser humano aprende através da interação e este período proporcionou aprendizados como valorização do conhecimento científico, da vida e do trabalho em equipe.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos; Atenção Primária a Saúde; Covid-19; Médicos.

Apresentação
Como é ser Supervisor do Programa Mais Médico

O papel principal de um supervisor do Programa Mais Médicos (PMM) é oferecer suporte pedagógico aos médicos que ficam sob sua supervisão, a fim de auxiliar na promoção da competência médica, que não pressupõe apenas o acúmulo de enormes quantidades de informações sobre doenças e seus tratamentos, mas também no conhecimento crescente sobre pessoas, as visões que estas têm de suas enfermidades, e as visões que essas pessoas têm sobre si mesmas (Treadway, 2005).

Atrelado a tal função, o supervisor do PMM é visto também como aquele que oferece suporte técnico aos médicos participantes, uma vez que é constantemente procurado para resolver/auxiliar em questões burocráticas, como em dúvidas quanto a editais, informações a respeito do Ministério da Educação ou até mesmo em relação à renovação de contratos. Pode-se dizer que existe certa tendência por partes dos médicos em buscar por este tipo de suporte técnico, em relação à verdadeira função do supervisor deste programa.

O papel do supervisor se pauta, então em quatro principais funções: Coordenação: garantindo que os médicos do programa atuem de forma coordenada com outros profissionais de saúde e equipes da comunidade Treinamento: responsabilidade de garantir que os médicos estejam devidamente treinados e capacitados para atender às necessidades da população. Monitoramento: o supervisor deve monitorar a efetivação do PMM e avaliar seus resultados para promover melhorias. Comunicação: assegurar a comunicação eficaz entre os médicos supervisionados, a equipe de saúde local e a comunidade. (BRASIL, 2012)

Em síntese, garantir que o Programa Mais Médico seja desenvolvido da maneira como foi proposto por suas normativas.

Considerando isto, pode-se afirmar que com a chegada da pandemia pela Covid-19, houve importante mudança na dinâmica de trabalho, com a transição das visitas/supervisões presenciais para as visitas/supervisões longitudinais, uma vez que se fez necessário realizar o distanciamento social. Quando presencial, as visitas eram rápidas, com pouca disponibilidade de tempo pelos médicos e pouco interesse em trazer questões ou discussões para o supervisor. No formato remoto houve a possibilidade de realizar reuniões online, com a supervisão ocorrendo de forma

síncrona e contando com a participação de mais de um médico por encontro, dependendo das demandas ou de critérios pré-estabelecidos.

A demanda pelos tipos de suporte pode se relacionar com o perfil dos médicos participantes do programa.

O perfil dos médicos participantes do PMM foi um aspecto a ser considerado pelo supervisor e que influenciou diretamente no desenvolvimento da supervisão. Existem médicos supervisionados que demonstram verdadeira astenia, como se estivessem desmotivados, acarretando em desestímulo também para aquele que supervisiona. Por outro lado, há os médicos que verdadeiramente estão interessados e buscam pelo auxílio disponibilizado.

Em suma, ser supervisor do PMM exige disponibilidade, que deve ser uma constância, onde o estímulo ao acolhimento dos pacientes é algo transparente, o reforço de perseguir entrevistas/ anamneses com respeito, de se colocar no lugar do paciente, examinar o paciente de maneira adequada e propor cuidados em saúde de maneira compartilhada, além de acompanhá-los no que for necessário. Estes são alguns importantes atributos necessários para que a tarefa de supervisionar os médicos deste programa seja feita com êxito.

Ao retroceder no tempo, tenho graduação em Odontologia onde conclui o curso no ano de 1997, em Marília. Trabalhei como cirurgião-dentista em São Paulo/capital por aproximadamente seis anos quando decidi prestar o vestibular para o curso de Medicina e iniciar o curso em 2003. Durante a graduação me casei e nasceu meu primeiro filho (minha esposa é dentista e atua também na atenção básica, em uma USF).

Já formado, participei de uma seleção, na qual houve uma avaliação de currículo pela instituição que coordena o PMM regional, a FAMEMA (Faculdade de Medicina de Marília) após lançamento de edital no site da instituição, em 2017, e obtive a primeira colocação na seleção para supervisores para o PMM da FAMEMA.

A maneira que me envolvi com o trabalho de supervisão do programa se deu por uma somatória de eventos: O trabalho em atenção básica como médico generalista de unidade de saúde da família (USF) com regime de contratação celetista e depois como médico clínico de unidade básica de saúde (UBS) com regime de contratação estatutário onde atuo até hoje. O contato com alunos da graduação em Medicina, na qual exercia função de preceptor para alunos do segundo e terceiro ano

em atendimento aos pacientes em unidades de saúde; E disponibilidade para poder se deslocar para os municípios onde ocorriam as supervisões em horário que as unidades de saúde se encontravam abertas (seguimos um plano de trabalho com ajustes mensais com possibilidade de alteração de localização de município).

Conhecendo um pouco a jornada deste supervisor do PMM, o presente estudo procurou compreender a partir das indagações do mesmo, a maneira como os médicos supervisionados experienciaram a pandemia. Muito se pesquisou sobre como inibir a propagação do vírus, e ainda como cauterizar ou reverter seu impacto nos organismos, havendo necessidade de se descrever e entender os processos de trabalho aos cuidados às populações. Ficou nítida no dia a dia da supervisão a necessidade de compreender o enfrentamento à pandemia do ponto de vista dos médicos supervisionados do Programa Mais Médicos da região de Marília.

Do aspecto da relação que já havia entre supervisor e supervisionados, houve a preocupação de compreender de maneira sistemática como os protagonistas médicos de Atenção Primária a Saúde vivenciaram essa crise e como estão após a parte mais intensa do enfrentamento.

Os sentimentos de responsabilidade e de humanidade levaram a um estudo que ouvisse, compreendesse e traduzisse os médicos protagonistas deste trabalho no momento do desafio já explicitado.

Trazer este estudo vai além da memória desta tragédia que vivemos no mundo, mais especificamente no Brasil, no SUS. Permite refletir e qualificar as ações com tantas aprendizagens. Não é sobre qualquer aprendizagem o que será discorrido. É de um aprender em ato, vivenciado com medo, com emoção e muita intuição. Uma aprendizagem que foi singular. Uma aprendizagem que foi construída em um processo de trabalho muito sofrido, mas muito vivo.

> *"É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperançar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir"*. (Freire, 1992)

Sumário

INTRODUÇÃO 8

OBJETIVOS 11

METODOLOGIA 12

ASPECTOS ÉTICOS 13

RESULTADOS E DISCUSSÃO 14

Primeira categoria temática: Despreparo frente aos desafios da chegada da pandemia 16

Segunda categoria temática: A função da supervisão médica no PMM e sua importância na pandemia 28

A terceira categoria temática: Desmonte e reorganização do atendimento frente à chegada do covid-19 36

Discussão e aprendizado 50

CONSIDERAÇÕES FINAIS 52

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 53

ANEXO I / Aprovação no comitê de ética 55

ANEXO II / Termo de consentimento livre e esclarecido 59

ANEXO III / Roteiro de entrevista 59

ANEXO IV /Entrevistas com médicos do PMM 62

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) requer profissionais que atuem para fazer cumprir os princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção. Os serviços de saúde devem responder às necessidades de pessoas, famílias e coletividades, e para isso os profissionais necessitam desenvolver uma prática colaborativa, centrada nas necessidades do usuário, ampliando as possibilidades de compreensão e resolução dos problemas de saúde. (BRASIL, 2020)

A Atenção Primária em Saúde (APS) é o principal contato dos usuários no SUS e centro de comunicação com toda Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2012). As unidades de APS são organizadas para assumir a responsabilidade por um território associado, permitindo a construção de vínculos e o planejamento das ações para que os cuidados sejam efetivos. Para isso, é fundamental que as ações estejam pautadas no trabalho em equipe, articulado com as instituições de ensino, a fim de promover impacto positivo na qualidade da assistência em saúde. (BRASIL, 2013)

Os profissionais que atuam na APS devem ser capazes de proporcionar o cuidado integral à saúde. Para isso, sua formação deve abarcar as dimensões individual, familiar e coletiva, para dar conta da complexidade e da heterogeneidade do objeto da atenção e, atuar na gestão do cuidado em saúde. (BRASIL, 2010)

A Atenção Primária à Saúde (APS) é base do sistema de saúde e tem como objetivo principal fornecer cuidados de saúde acessíveis e de alta qualidade a comunidade. A promoção da saúde em forma de atendimento integral, na prevenção de doenças, melhoria da qualidade de vida através da nutrição, exercícios físicos, entre outros. Tendo para tal uma equipe multidisciplinar. Entre eles médicos do Programa Mais Médicos.

O Programa Mais Médico surgiu com a intenção de diminuir a falta de médicos muito expressiva no Brasil. O programa foi criado em julho de 2013, através de Medida Provisória que foi convertida em lei em outubro do mesmo ano. A Lei número 12.871/2013 institui o Programa Mais Médicos (PMM) com o objetivo de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS).

O programa é a maior iniciativa já realizada no país voltada a suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil e está entre as mais destacadas do mundo. Contrata profissional brasileiro ou

estrangeiro para atuar atendendo a população na APS. Este se divide em três eixos que serão descritos na sequência.

O primeiro é a qualificação que busca aprimorar os profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde, para que estes possam atender com qualidade aos pacientes. Isso inclui treinamentos, capacitações e especializações. O segundo, oferta, que consiste em ampliar a oferta de serviços de saúde, especialmente em áreas menos favorecidas. Isso inclui a contratação de profissionais e fortalecimento de unidades de saúde existentes. E por último integração, que promove integração entre serviços de saúde. Incluindo criação de redes de atenção à saúde e a implantação de sistemas de informação para garantir a integração e a previsão de ampliação e qualificação da educação médica no país. (BRASIL, 2013)

Tendo em vista o contexto do trabalho em saúde e a complexidade das necessidades e dos problemas de saúde, espera-se que as instituições de ensino superior (IES) atuem na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos do PMM no intuito de fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço. (CAMARGO, 2020)

A portaria interministerial de 2013 busca o aperfeiçoamento dos médicos do PMM na atenção básica por meio de curso de especialização por instituição pública de educação superior e atividades de ensino, no sentido de impulsionar a formar profissionais de saúde preparados para atuar no SUS para proporcionar o cuidado à saúde na sua integralidade, ultrapassando um modelo biologista, centrado em técnicas/procedimentos e com forte estímulo a medicalização. (BRASIL, 2013)

A formação profissional do médico necessita de uma estrutura que permita a sustentação de atividades educativas na APS que facilite o trânsito entre teoria e prática e o reconhecimento das necessidades de saúde da população. (CYRINO, 2015).

No entanto, as teorias estudadas e seguidas com afinco por uma gama de médicos, pareceu não ser o bastante quando todos foram surpreendidos pela Covid-19.

A situação mundial em 2020 era única. Dia 21 de dezembro de 2019, quando a China divulgou para o mundo o surgimento de uma “pneumonia misteriosa”, que inicialmente aparentava não ser um risco eminente. Porém em pouco tempo, a nova pneumonia ganhou olhares cada vez mais atentos em todo o globo, especialmente

após cientistas descobrirem que se tratava, na verdade, de uma doença transmitida por um novo coronavírus cujo genoma assemelhava-se aos já conhecidos SARS e MERS.

Uma crise declarada que impactou as maiores potências mundiais. Nos âmbitos da saúde, da economia e social. O mundo sentiu os impactos de algo invisível aos olhos, já que a covid-19 é causado por um vírus invisível aos olhos. As opiniões se dividiram entre aqueles que negavam a situação afirmando que tudo deveria seguir seu fluxo normal e as orientações dos órgãos de saúde.

Definido como pandemia pela Organização Mundial de Saúde no dia 11 de março de 2020. Naquele momento, o Ministério da Saúde orientou o distanciamento social. (BRASIL, 2022). As equipes de saúde juntamente com as secretarias municipais e as regionais, os apoiadores da atenção básica, equipes técnicas e gestores municipais buscaram medidas como reestruturação de fluxo de atendimento em APS em virtude do novo coronavírus para o enfrentamento da atual situação epidemiológica, para diminuir a transmissibilidade do vírus e evitar o colapso do sistema de saúde.

Medidas como a suspensão do recesso dos profissionais bolsistas do PMM, passaram a vigorar a partir do dia 18 de março de 2020 através da Secretaria de Atenção Primária à Saúde no Ministério da Saúde, fundamentada pela Portaria GAB-MS número 188 de fevereiro de 2020, demonstra um exemplo das mudanças.

Buscar estratégias na APS foi importante para o controle da pandemia, assim como se tornou de grande importância reconhecer na ótica dos médicos qual o impacto da pandemia por corona vírus frente às necessidades do trabalho na APS como estratégia prioritária para organização do sistema de saúde, sustentada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, o presente estudo busca trazer a realidade de médicos do PMM do interior paulista na vivencia da pandemia em 2021.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Identificar o impacto da pandemia por COVID-19 na perspectiva de médicos participantes do Programa Mais Médicos na prática de trabalho no contexto da Atenção Primária à Saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever e analisar impactos da pandemia no trabalho médico na APS;

Compreender a capacitação técnica e o preparo para trabalho em equipe no contexto interinstitucional e interdisciplinar imposto pela pandemia;

Identificar os sentimentos e percepções que os médicos supervisionados do PMM apresentaram no seu trabalho de Atenção Primária durante a pandemia.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, considerando a complexidade do objeto de estudo e sua emergência. A investigação foi baseada na abordagem qualitativa, permitindo trabalhar os dados das entrevistas, analisando-se o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações práticas e fenômenos sociais. (GOMES, 2014).

A abordagem qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, as relações, e as estruturas sociais; sendo que essas últimas são tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (MINAYO, 1992)

CAMPO DO ESTUDO/UNIVERSO DE PESQUISA

Esse estudo foi realizado com médicos participantes do PMM e teve como critério de inclusão estar no PMM e desenvolver a prática na atenção primária articulada à rede municipal ou regional durante a pandemia em 2021. Todos os participantes pertenciam na época a regional Marilia/SP e tinham como supervisor pedagógico o pesquisador deste estudo. Foi possível entrevistar todos os médicos que estavam sob supervisão pedagógica do pesquisador deste estudo.

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevistas que ocorreram de modo remoto síncrono, por meio da plataforma google meet da FMB/UNESP. Apresenta-se em anexo a proposta de modelo da entrevista semiestruturada, que seguiu um roteiro prévio, mas flexível, para que fosse possível um diálogo natural.

O pesquisador é supervisor do Programa Mais Médicos da regional Marilia/SP, desde 2017, e, por isso, já havia relação profissional com os entrevistados. A fim de trazer um olhar externo para a pesquisa, estas foram dirigidas pela professora orientadora.

As entrevistas foram gravadas e depois transcritas. A de maior duração teve 1 hora e 56 segundos, e a de menor tempo durou 33 minutos e 2 segundos. Todos os médicos entrevistados aceitaram participar do estudo e se sentiram à vontade para falar sobre os processos vivenciados na pandemia. Foi possível observar que os mesmos se prepararam para realizar as entrevistas, trazendo dados e situações que valorizam a experiência, cada qual falando da singularidade do processo vivenciado.

Após a transcrição das entrevistas foi realizada leitura atenta e aprofundada das mesmas para interpretação e organização dos aspectos mais profundos, descrevendo o comportamento dos médicos e ainda fornecendo análises mais detalhadas sobre as ações e tendências de comportamento. A partir da proposta de Romeu Gomes (2014), foram analisadas as entrevistas com um grupo específico, no sentido de compreender o universo deste grupo.

Dentre as diversas vertentes de Análise de Conteúdo, neste estudo empregou-se a Análise Temática, que permitiu recortar, a partir das mensagens obtidas, as unidades de registro, classificando-as por núcleos de sentido correspondentes aos temas delimitados. Foi possível construir três categorias temáticas (MINAYO, 1998). Com pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Dividindo-se em:

- Primeira fase: se organizou o material a ser analisado, definindo trechos significativos, e se construiu as categorias temáticas;
- Segunda fase: foram feitas várias leituras do material para rever as categorias e os trechos destacados;
- Terceira fase: foi se desvendando o conteúdo subjacente ao que foi destacado das falas das entrevistas, no sentido de obter subsídios para descrever as características dos temas destacados.

ASPECTOS ÉTICOS

Para manter o sigilo, os nomes dos médicos entrevistados foram omitidos e trocados por nomes de músicas populares brasileiras. Sendo que estes nomes não foram escolhidos de maneira aleatória. Cada música popular se aproxima da personalidade que os médicos entrevistados apresentaram durante o período de

supervisão. Da mesma forma os nomes das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Saúde Familiar, também foram substituídos por nomes fictícios.

O projeto de pesquisa possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu, sob o registro CAAE: 31076220.3.0000.5411. Os médicos foram esclarecidos da finalidade do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os gestores municipais e a coordenação local do programa autorizaram a realização do presente trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente trabalho desenvolveu-se no período pandêmico, momento em que a situação da saúde pública no Brasil encontrava-se, assim como todo o mundo, despreparada para uma situação como aquela. Porém, para além de toda dificuldade em lidar com tantas surpresas e dificuldades, o próprio PMM se encontrava em situação de fragilidade devido à falta de valorização do mesmo pelo então governo federal do Brasil. Nos relatos dos médicos tal informação foi apresentada através das narrativas de medo e apreensão quando questionados a respeito da chegada do COVID-19 no país.

Além disso, percebeu-se, que essa situação de despreparo ocasionou atitudes autônomas dos municípios, assim como dos próprios médicos que, por fim, corroborou para que a situação de estresse e apreensão dos profissionais fosse multiplicada no período. Um exemplo disso foi a realocação das equipes de Unidades de Saúde da Família para Unidades Básicas de Saúde na qual os processos de trabalho apresentavam-se como distintos e os profissionais precisaram se adaptar para manter um atendimento de qualidade à população e driblar possíveis problemas do cotidiano.

O presente estudo foi realizado a partir de entrevistas a dez médicos do PMM da região de Marília, interior do estado de São Paulo. Apresenta-se a seguir um quadro sobre a identificação e alguns dados dos dez protagonistas do presente estudo.

Quadro I - Sujeitos da pesquisa segundo gênero, idade, possuir CRM, país de origem e de atuação, tempo de formação e atuação no PMM, e quantidade de habitantes do local de atuação. 2021.

Nome	Gênero	Idade	Possui CRM	Tempo no PMM	Tempo de formação	Estado civil	País de origem	País de Formação	Porte da cidade de atuação (IBGE)
Meu novo sapato	Mulher	38 anos	Sim	6 anos	7 anos	Casada	Brasil	Cuba	Pequeno
Aquele Abraço	Homem	30 anos	Sim	3 anos	3 anos	Solteiro	Brasil	Brasil	Pequeno
Apesar de você	Homem	30 anos	não	4 anos	4 anos	Casado	Brasil	Bolívia	Pequeno
Cálice	Mulher	35 anos	Sim	3 anos	10 anos	Casada	Brasil	Brasil	Grande
Alegria, Alegria	Mulher	35 anos	Sim	3 anos	3 anos	Solteira	Brasil	Brasil	Médio
Que país é este	Homem	33 anos	não	4 anos	11 anos	Casado	Cuba	Cuba	Pequeno
Como nossos pais	Mulher	38 anos	não	1 ano e 6 meses	15 anos	**	Cuba	Cuba	Pequeno
Domingo no parque	Homem	36 anos	Sim	6 anos	7 anos	Casado	Brasil	Brasil	Grande
Mosca na sopa	Homem	36 anos	Sim	1 ano	6 anos	Casado	Brasil	Bolívia	Médio
Pra não dizer que não falei das flores	Mulher	29 anos	Sim	3 anos	3 anos	Solteira	Brasil	Brasil	Médio

Foi possível identificar que participaram do estudo dez médicos do PMM, sendo cinco homens e cinco mulheres, todos com atuação no programa na mesma região do interior paulista, porém atuando em municípios distintos. Os profissionais tinham, no momento da entrevista, que se realizou no ano de 2021, idade entre 29 a 38 anos, 8 nasceram no Brasil e possuíam CRM e dois eram de origem cubana e não possuíam CRM. Atuavam no programa de um a seis anos, sendo que oito deles atuavam a mais de três anos. Todos haviam se formado há mais de 3 anos, sendo que três deles haviam se formado há mais de dez anos.

As categorias temáticas

Primeira categoria temática: Despreparo frente aos desafios da chegada da pandemia

A corona vírus, SARS-COV-2, identificado em Wuhan na China no final de dezembro de 2019, foi disseminada em vários países de maneira rápida e então fora experimentada a maior crise desde o início do século 21, comparável apenas às maiores catástrofes do século 20, como as guerras mundiais ou o colapso econômico da década de 1930 e a pandemia da Gripe Espanhola de 1918 a 1920.

A pandemia envolveu um vírus que ataca corpos, mas também na “perspectiva sindêmica” (WENHAN, 2022) considera suas consequências nos níveis sociais, econômico, político e psicológico. Isso significa uma alteração da ordem social. O termo “sindemia” implica em uma rede complexa de determinantes sociais e ambientais que causam e ampliam efeitos negativos de interações entre doenças. (STEPK, 2020)

O vírus Sars-Cov-2, como foi designado no início de 2020, surgiu de forma sorrateira, mas meses depois se tornou o protagonista de uma catástrofe global dada a quantidade de vidas que ceifou e o pânico em massa que gerou.

A rápida transmissão do vírus entre a população foi acompanhada de forma paralela por um bombardeio de informações ocasionado pelos meios de comunicação. Desde a televisão à internet o assunto era o mesmo; as notícias eram quase que exclusivamente sobre o novo coronavírus.

Apesar de as informações divulgadas pela mídia alertarem sobre a suposta periculosidade do novo vírus, pessoas e governantes aparentavam estar “anestesiados” perante a situação. Embora houvesse sido contabilizadas cerca de 120 mortes por causa do vírus Sars-Cov-2 em todo o mundo e o diretor-geral da Organização Mundial da Saúde – OMS – Tedros Adhanom Ghebreyesus ter declarado um estado de emergência global, governantes de algumas nações ainda se opunham à possibilidade de paralisar as atividades em seus países, pois alegavam que tal medida poderia trazer impactos tão grandes para a economia local que seriam necessários anos e anos para se recuperarem. (OMS, 2020)

Foi este o caso da Itália, por exemplo, cujo primeiro-ministro, Giuseppe Conte, aparentava em suas declarações públicas ignorar a circunstância de que o novo vírus já se encontrava em rápida transmissão entre os cidadãos de seu país e que diariamente novas mortes em função dessa doença eram contabilizadas. Giuseppe Conte (2020) insistia em defender, durante uma declaração pública, que “a Itália era um país seguro, onde se podia fazer turismo, exceto por uma área delimitadíssima do território onde havia restrição”.

Não sendo o bastante a fala de o primeiro-ministro italiano percorrer o mundo, pouco tempo depois a cidade ítala de Milão lança uma propaganda financiada pelo governo cujo título “Milão Não Para”. Instigava o seu povo a não entrar em pânico diante das frequentes notícias sobre a alta taxa de transmissão e mortalidade ocasionadas pelo novo vírus tanto no país quanto no mundo e os estimulava, ainda a não paralisar as suas atividades cotidianas.

Mais tarde, a polêmica propaganda italiana, serviu de inspiração para a circulação de semelhante no sul do continente americano. Desta vez, o palco foi o Brasil e a campanha “O Brasil Não Pode Parar” circulada pelo governo do ex-presidente Jair Bolsonaro, tinha por objetivo difundir a mesma mensagem que o governo italiano passou para seus cidadãos. Entretanto, mal começou a ser circulada pela mídia brasileira e logo foi censurada pela juíza carioca Laura Carvalho que afirmava ver a mensagem como uma afronta às orientações tanto da OMS quanto do próprio ministério da saúde do país que visavam conter a transmissão do vírus entre a população.

Contudo, não era somente os governos italiano e brasileiro que pareciam incrédulos diante da catástrofe proporcionada pela pandemia, confirmada pela Organização Mundial da Saúde em 11 de março de 2020. O ex-presidente americano Donald Trump frequentemente ia a público com o intuito de solidificar a imagem dos Estados Unidos mundialmente como um país que sabia conter a transmissão do vírus Sars-Cov-2 e que apesar de já contabilizarem alguns óbitos pela doença, detinham o controle sob a situação e podiam ofertar ajuda internacional a países cuja condição gerada pela pandemia era emergencial. Foi somente depois de atingirem o marco de 47 mortes, no dia 13 de março de 2020, que o ex-presidente estadunidense reconheceu publicamente vivenciar uma emergência em seu país. Pouco tempo

depois, após ultrapassar a China em número de óbitos, os Estados Unidos da América tornaram-se o epicentro da pandemia.

Tais reações descritas acima podem se encaixar no que hoje conhecemos como Negacionismo Científico. O termo “negacionismo” tal como compreendemos hoje pode ter suas origens ligadas ao historiador francês Henry Rousso. De acordo com Rousso (1990), a palavra negacionismo surgiu para explicar e diferenciar em seus estudos a reação de negação que muitos tinham após a ocorrência do holocausto na Segunda Guerra Mundial.

Hoje, sabe-se que podemos encontrar essa reação de “ignorância” ou, ainda, de “anestesia” por parte de muitos a respeito dos mais variados assuntos. Um exemplo disso é quando há quem não queira aceitar a plena existência, ainda, de práticas consideradas preconceituosas em pleno século XXI, tais como: racismo, homofobia, xenofobia dentre outros.

Contudo, quando se refere ao Negacionismo Científico, entramos na pauta de que há quem discorde até mesmo de resultados que foram epistemologicamente comprovados por meio de anos de pesquisas e experiências científicas. Na pandemia de Covid-19, como também é chamado o vírus Sars-Cov-2, não foi diferente. Apesar de a doença surgir de uma forma inesperada e as pesquisas sobre ela não serem de longa data, a comunidade científica procurou divulgar à população mundial, dados fidedignos aos resultados obtidos em incansáveis pesquisas sobre a doença. Desde os meios de contenção da transmissibilidade do vírus Sars-Cov-2, até mesmo a obtenção de possíveis vacinas para prevenção ao contágio, todos os dados já conhecidos em âmbito mundial foram anteriormente estudados e testados para que pudessem ser divulgados com confiabilidade mundo à fora.

De acordo com Kenneth Camargo,

> somos capazes de identificar um caso de Negacionismo Científico se o mesmo apresentar estas cinco características: 1) identificação de conspirações; 2) utilização de falsos *“experts”* no assunto; 3) “*Cherry-picking*”: como é denominada a seletividade focada em apresentar textos ou artigos que se contrapõem ao consenso estabelecido pela comunidade científica; 4) idealização de expectativas irreais para a pesquisa e, finalmente, 5) se faz o uso de falácias lógicas ou contrafactuações. (Camargo; 2020, p.2)

A reação do ex-presidente Jair Bolsonaro ao investir precocemente na compra de grandes quantidades de cloroquina e ainda incentivar a população brasileira a ver o medicamento como um instrumento eficaz para a prevenção e tratamento da Covid-

19 pode ser considerado como um exemplo de Negacionismo Científico já que, na época, a comunidade científica em todo o globo insistia que não havia comprovação fidedigna alguma de que a droga resguardava seu usuário de um possível contágio e menos ainda se mostrava infalível na cura de pacientes que testaram positivo para a doença. Ao contrário, o consenso científico naquele momento era o de que o uso inadequado e desnecessário da cloroquina poderia resultar em reações adversas de curto, médio e longo prazo.

Sendo assim, apesar de constantemente rebater a comunidade científica mundial, as orientações da Organização Mundial da Saúde e até mesmo ignorar as recomendações do próprio ministro da saúde em exercício na época, durante seu mandato, a atitude negacionista do ex-presidente Jair Bolsonaro de nada adiantou senão para corroborar para um quase colapso do sistema de saúde do país, pois ao invés de incentivar os cidadãos brasileiros a ficarem em casa com o intuito de evitar que o vírus Sars-Cov-2 se espalhasse. O executivo lhes apresentava uma provável "solução" para a condição que assolava o mundo de forma que a população poderia dar segmento a sua vida "normal" subestimando a periculosidade da desconhecida doença.

A Itália também sofreu com a negligência do governo do primeiro-ministro Giuseppe Conte logo que a pandemia estourou no início do ano de 2020. A falta de seriedade do olhar do executivo para a inserção da doença na população italiana resultou no fim do primeiro trimestre do ano em mais de quatro mil óbitos somente no país. O mundo foi marcado pelas imagens aterrorizantes de caminhões do exército ítalo que em seu interior carregavam milhares de corpos para serem enterrados.

Contrário aos casos de negação da seriedade da doença, os médicos PMM da região de Marília se encontravam alertas e temerosos com as notícias de um vírus com proporções catastróficas.

As cenas acompanhadas nesta época pela televisão apavoravam o médico "*Domingo no Parque"*, integrante do PMM que relatou vislumbrar a ocorrência de cenas parecidas no Brasil, uma vez que, segundo ele, somente na Unidade da Saúde da Família – USF – em que atuava, o profissional atendia pessoas que diariamente se colocam em situação de risco devido a sua condição socioeconômica precária. O médico destacou,

> Foi tenso! Foi tenso! Eu lembro que, quando eu comecei a acompanhar pela televisão, as notícias da China e, em seguida, depois da China, se eu não me engano, o vírus caminhou direto para Europa, para países bem desenvolvidos, na hora eu tive um vislumbre que quando isso [o vírus] chegasse ao Brasil, onde eu estivesse, que no caso seria a USF Arco Íris, eu veria a mesma coisa que eu estava vendo na época, na Itália! Muita gente morrendo, aqueles transportes de corpos em caminhões militares, eu estava vislumbrando aquilo. Por quê? Porque é um vírus. A gente não sabia como era exatamente o coronavírus também, mas ele é vírus de transmissão respiratória. Eu lido com áreas de comunidade em que apenas em um cômodo moram 5 pessoas em condições de higiene muito precárias. (Domingo no Parque)

Entretanto, o relato do médico "*Domingo no Parque"* não se trata de um caso isolado. Para este trabalho alguns médicos do PMM foram entrevistados e quando questionados a respeito de como foi a sua reação com a chegada do vírus Sars-Cov-2 no Brasil quase que de forma unânime esses profissionais responderam ter enfrentado um momento difícil e repleto de incertezas.

Um deles relatou muita "[...] preocupação, porque é uma doença nova e com poucos tratamentos, principalmente na atenção primária que a gente tem muitas limitações".

O sentimento era de medo e talvez o pior deles, impotência. Os profissionais comprometidos como são, buscam o melhor para aqueles que atendem. E a pandemia intensificou esse tipo de preocupação.

Com exacerbadas crises no operacional da linha de frente, ainda era visto uma disputa recorrente entre o ex-presidente do Brasil e as principais recomendações da Organização Mundial da Saúde em relação à prevenção e contenção da transmissão do novo coronavírus entre os brasileiros.

O Negacionismo Científico da principal figura representativa do país no momento, contribuía não somente para aumentar o contágio da doença entre a população, como também confundia a comunidade médica e os demais profissionais da área da saúde em relação aos protocolos sanitários e atitudes que deveriam tomar no atendimento à população em possíveis casos de suspeita ou confirmação da doença em seus locais de trabalho, pois os mesmos não sabiam se confiavam nas orientações passadas pela Organização Mundial de Saúde e do ministério da saúde brasileiro ou se continuavam a agir normalmente como seu ex-presidente.

Essa falta de consenso entre o ex-presidente brasileiro e os órgãos de saúde resultou em um estado de pânico em massa entre os profissionais da saúde no Brasil. Isso porque além de não receberem orientações sólidas em relação a sua atuação na

linha de frente da pandemia, ainda influenciava na falta de equipamentos de proteção individual – EPI – ou de instrumentos básicos para a manutenção do atendimento à população como cilindros de oxigênio, por exemplo, uma vez que subestimada a periculosidade do vírus, a utilização, a compra e o repasse desses instrumentos também não eram priorizados.

De acordo com as pesquisadoras Botacin e Gonçalves (2022) que trouxeram um estudo reunindo diversas teses cientificas da fase de pandemia, as dificuldades na APS, não se deram somente na pandemia, já eram presentes, como na

> realização de procedimentos, curativos e exames por vezes prejudicadas pela falta de material, de manutenção e ausência de infraestrutura adequada. Entretanto, diante de tal cenário, os profissionais mostram-se eficientes, com adoção de práticas adaptadas à realidade do serviço, que garante a melhor assistência possível diante das limitações.

A eficiência dos profissionais, mesmo diante das dificuldades, se firmou durante a pandemia.

Além disso, como destaca Sousa (2022) em sua pesquisa "a APS apresenta dificuldades de responder pronta e adequadamente às necessidades de saúde da população do país."

Como o médico "*Domingo no Parque"* relatou em sua entrevista sentir a necessidade dos equipamentos de proteção individual – EPI – no início da pandemia na unidade de atendimento à saúde primária em que exercia sua função. Perante a essa condição, o profissional narrou em entrevista ter sentido ainda mais medo quanto ao possível contato com um paciente infectado, pois temia por sua própria vida ou por uma situação em que poderia não conseguir prestar um atendimento adequado ao mesmo. Há também médicos que tiveram que adquirir por conta própria EPI para uso pessoal com o intuito de se proteger do risco de transmissão da doença. Foi o caso da médica "*Meu novo sapato*" que teve de comprar por conta própria máscaras N95 para se proteger.

> A nossa equipe não estava preparada para uma situação de insuficiência respiratória. Enfim, veio muito medo. Veio muita preocupação, drogas para tentar sedar alguém, o nosso cilindro de oxigênio não estava totalmente completo. Olha, veio tudo de uma vez só! Sentíamos muito medo, muita apreensão, toda a equipe. Na nossa unidade, a gente não teria condições de fazer um isolamento para atendimento. (Domingo no Parque)

> É igual a máscara, eles dão aquela descartável. Tem, sim, a N95, mas se você pega um paciente que tosse na sua cara eles não querem que você a

> jogue; eles querem que você fique por 7 dias com a mesma máscara na cara! Eu disse não, então deixa que eu compro as minhas próprias N95 e levo. Eu já não discuto mais, porém me questiono sobre a condição dos demais funcionários, como eles ficam. (Meu novo sapato)

Contudo, esse cenário de disputa entre orientações dos principais órgãos de saúde – ministério da saúde e OMS – e as declarações negacionista do ex-presidente no Brasil não somente instaurou o medo entre a comunidade médica nacional como, também, atingiu a população brasileira uma vez que o pânico e a incerteza sofridos pelos profissionais da saúde transpareciam aos seus pacientes e lhes causava medo e apreensão.

Foi o caso, por exemplo, do primeiro paciente que testou positivo para a doença na Unidade de Saúde da Família onde o médico "*Domingo no Parque"* exercia a sua função. Durante a entrevista, o profissional narrou como foi o processo do diagnóstico do primeiro paciente com Covid-19 no município onde ele trabalhava. Segundo o médico "*Domingo no Parque",* o paciente havia acabado de retornar de viagem de Portugal e quando foi à Unidade de Saúde onde o profissional trabalhava com queixa de sintomas respiratórios, ele se deparou com uma equipe totalmente despreparada.

Despreparo esse que não se restringiu somente a falta de EPI's como já mencionado, mas era percebida, ainda, na própria abordagem da equipe para com ele, uma vez que os funcionários da USF não estavam instruídos sobre como atender um paciente com suspeita de coronavírus.

O ponto alto desse caso se deu quando, segundo o médico "*Domingo no Parque"*, eles precisaram colher o SWAB desse paciente e ninguém da equipe médica da USF, sabia como colher esse exame. Ao ver essa situação, amedrontado esse paciente fugiu e, somente mais tarde, acalmado pela equipe da unidade, retornou e permitiu aos profissionais seguirem com o atendimento a ele.

> Era um paciente nosso. Ele esteve anteriormente em Portugal por uns 60 dias, era um paciente que não deveria estar lá, mas havia ido por condições que eu não consigo comentar com a senhora, não sei explicar e o preceptor sabe disso, porém eu não consigo dizer a situação que levou ele até lá. Então, ele voltou para cá, mas logo se encontrou com suspeita; ele sentia febre, com calafrios, e queixava-se de dor de garganta e de dente também. E esse sujeito apareceu no Arco Íris. Para começar, não era para ele estar lá, ele veio a público, para a comunidade, mesmo com sintomas e ele esteve em Portugal dias atrás. Não sabíamos como deveríamos atendê-lo. O que devíamos fazer? Não tinha nada de protocolo e de infraestrutura. Vamos supor: "paciente André, aguarde um instantinho, na nossa salinha de acolhimento, ela não tem teto, ela é só algumas paredes de divisória e não tem teto, então o senhor aguarde aqui no nosso isolamento sem teto, enquanto eu vou me preparar". Me preparar como se o avental disponibilizado não servia em mim?

> Eu estava sem saber o que fazer! Eu torcia para ele não estar mal, e até que ele não parecia tão mal, aparentava estar bem até, mas ele veio de lá, do epicentro da doença! Assim que terminei o atendimento, nós ligamos na Secretaria e eu disse: "Secretaria, como eu faço agora com essa suspeita?" Mas a Secretaria não estava preparada também. Responderam: "olha, precisaria colher um SWAB e tal", mas, então eu me questionei sobre quem poderia coletar esse SWAB. Não havia ninguém capacitado para isso. A solução que encontramos: nós mesmos iríamos fazê-lo. A Secretaria, então, mandou o kit de SWAB para a gente, para nossa equipe coletar o exame só que nesse intervalo de tempo esse paciente fugiu! Ele ficou com muito medo e fugiu. Ele saiu da unidade e sumiu! Enquanto vinha o aparelho de SWAB, começamos a andar na região, onde ele poderia estar, ligar no celular dele, até que nós conseguimos localizá-lo, trazer ele novamente para a unidade e tranquilizá-lo e só então ele concordou em fazer a avaliação necessária e a coleta. (Domingo no Parque)

Assim como aconteceu com esse paciente do médico *"Domingo no Parque"*, outros médicos entrevistados para essa pesquisa afirmaram ter passado no início da pandemia por situações semelhantes a esta, nas quais os seus pacientes podiam nitidamente ver o despreparo e o medo sentidos por eles refletidos em seu atendimento.

Esse reflexo poderia ser um dos motivos que levava a alguns desses pacientes a esconder os seus sintomas gripais o máximo que podiam e, dessa forma, aumentavam o risco de contágio do vírus Sars-Cov-2 entre eles e o médico que os atendia, bem como entre eles e as demais pessoas com quem tiveram contato até serem atendidos. Foi o caso do médico "*Apesar de Você"* que, quando entrevistado, enfatizou que fazia questão de fazer o uso de EPI's sempre em seus atendimentos, pois seus pacientes só se queixavam de algum sintoma gripal no "último instante" e, sem o uso dos equipamentos adequados de proteção ele poderia se contaminar com o vírus.

> Até antes da pandemia a gente só usava máscara quando necessário, por exemplo, caso de doença infectocontagiosa, tuberculose, ou então vai fazer algum procedimento de sutura ai coloca um óculos de proteção, proteção facial, mas agora qualquer paciente que a gente atendente a gente tá se paramentando, pois muitas vezes a gente tá na área de atendimento de síndrome gripal mas precisa atender outros pacientes e ele só fala que tá com sintomas de gripe ali na consulta. Então a gente tem que tá se paramentando com toda proteção possível, máscara, touca, óculos de proteção, o avental, para atender todos os pacientes. (Apesar de Você)

Outra face do despreparo frente à pandemia do novo coronavírus que também causava angústia e um sentimento de impotência nos médicos quanto medo em seus pacientes, foi a falta de instrumentos para a rápida atuação em caso de queixas

respiratórias graves, como, por exemplo, cilindros de oxigênio ou, ainda, aparelhos para a realização de exames, tais como: raio-x, eletrocardiograma dentre outros.

O médico "*Aquele Abraço"* que também era integrante do PMM ressaltou essa situação em sua entrevista. De acordo com o profissional, como em sua cidade não havia máquina de raio-x ou hemograma, quando seus pacientes apresentavam qualquer sintoma que pudesse remeter ao Covid-19, era preciso encaminhá-lo para um município vizinho a fim de que esse paciente pudesse ser atendido e realizar todos os exames necessários para que seu estado de saúde não se agravasse ainda mais.

> A enfermeira, que é a Elis Regina, ela que entra em contato com os pacientes que estão suspeitos e confirmados, pra ver se está com falta de ar, mas tudo que estiver tendo de sintoma mais grave ou pior eles são orientados a ir para o pronto socorro, que aí vai avaliar se tem necessidade de O2, se vai ter que internar, se não vai, se vai ter que mandar para outra cidade... (Aquele Abraço)

A queixa do médico *"Aquele Abraço"* somava-se à queixa de tanto outros médicos do PMM entrevistados para este trabalho. Um deles, a médica *"Meu novo sapato"* não só reforçava a situação de falta de equipamentos e aparelhos essenciais para um bom acolhimento e atendimento a pacientes com queixas gripais, como relatou a falta de uma ambulância com UTI interna em seu município. No seu relato a médica claramente demonstrou indignação pessoal frente a essa situação, mas, sobretudo, apreensão, pois caso, naquela época surgisse uma situação em que ela precisasse desse veículo para um transporte de emergência em um caso grave da doença, ela não conseguiria. Havia a sua disposição, apenas, uma ambulância comum de forma a tornar a locomoção desse paciente uma situação de extremo risco.

> Nós não temos ambulância UTI, temos ambulância simples de transporte de paciente, então o que a gente tem, fica mais ansiosa, quando chega, liga um paciente que não se sente bem, da parte da covid a gente já começa a ficar um pouco mais ansioso (Meu novo sapato)

Além da falta de EPI, de aparelhos para realização de exames ou de veículos adequados para o transporte de pacientes de um município ao outro, outra situação que tornou o início da pandemia no Brasil um momento ainda mais assombroso aos médicos entrevistados foi a falta de protocolos e recomendações concretas por parte dos gestores municipais e estaduais.

Como franco resultado do já mencionado desentendimento entre o poder executivo e o ministério da saúde do país, essa condição de falta de protocolos sólidos e unitários, levou alguns gestores municipais a se reunirem com os médicos

de sua cidade em busca de um consenso sobre como podiam enfrentar o vírus em seu município. Foi este o caso do médico *"Que país é esse?"* que, em entrevista, relatou ter tido uma reunião com a secretaria da saúde do município em que atuava e sugeriu a separação das unidades ainda no início da pandemia, entre pacientes com queixas gripais e pacientes com outras necessidades.

> Automaticamente quando começou aqui a pandemia, nós nos reunimos com a secretária de saúde e falamos a ideia de uma consulta de sintomas respiratórios! Não misturar todos os pacientes, porque hoje os sintomáticos respiratórios são tratados diferenciados, então nós falamos para a criação de uma consulta para sintomáticos respiratórios. (Que País é Esse?)

Assim como o médico *"Que País é Esse?"*, o médico *"Mosca na Sopa"* diz que também teve a oportunidade de participar da elaboração dos protocolos sanitários em seu município. Como se encontrava na época em que o uso da hidroxicloroquina era bastante discutido para a prevenção e tratamento da Covid-19, o médico afirmou que os gestores de sua cidade optaram por indicar o uso do medicamento em pacientes que tiveram seu teste de coronavírus positivo.

> A gente teve uma reunião online, não presencial, porque já estava em época de isolamento. E aí foi discutido, foi debatido a questão assim na época estava bem debate a questão da cloroquina né, hidroxicloroquina. E aí nós tivemos a orientação de, na verdade foi colocada em debate assim né, cada um tem oportunidade de falar o que achava da experiência com hidroxicloroquina, de prescrever ou não. Cada um teve oportunidade e aí nós chegamos a um consenso de fazer um protocolo assim sabe, protocolo no sentido de, digamos um kit covid assim sabe. A gente teve a liberdade assim de ter a prerrogativa da conduta de cada um, entendeu? (Mosca na Sopa)

Ao analisarmos os relatos anteriormente expostos, podemos ver que em meio ao cenário caótico de dúvidas fruto de uma falta de consenso entre os principais responsáveis por gerirem a saúde pública nacional, a comunidade médica precisou se articular individualmente, da melhor forma possível, para manter um atendimento humanizado e de qualidade ao paciente, especialmente os que estavam com suspeita de contágio do vírus Sars-Cov-2.

Essa atitude imediata da comunidade médica de organizarem o seu próprio processo de acolhimento e atendimento aos pacientes, sobretudo aos que estavam com queixa de sintomas gripais, trouxe, sim, ideias boas e que puderam ser aproveitadas em vários municípios como foi, por exemplo, a divisão da própria Unidade de Atendimento em alas para pacientes sintomáticos e outras para pacientes

com queixas comuns, mas resultou, também, em atitudes arriscadas de alguns médicos que poderiam em longo prazo gerarem malefício à vida das pessoas que atendiam.

A experiência do médico "*Mosca na Sopa*" de montar um "kit Covid" em seu município de forma repentina para atender pacientes com suspeita do novo coronavírus, pode ser analisada através dessa perspectiva. Contudo, seu relato soma-se ao da médica *"Alegria, Alegria"*, que também narrou ter uma atitude similar ao de seu colega em relação à prescrição de medicamentos supostamente benéficos para o tratamento de pessoas que positivaram para o vírus Sars-Cov-2.

> Eu começo indicando a azitromicina, com a nitazoxanida e a ivermectina. Tanto a nitazoxanida quanto a ivermectina eu prescrevo por 3 meses, a cada 15 dias. Já a vitamina D é uma vez por semana, de 50.000ui, agora o corticoide eu recomendo geralmente, dependendo do caso do paciente, a partir quinto ou sexto dia; não prescrevo logo no começo porque ouvia que não era o indicado. Mas ontem eu li uma reportagem dizendo que já mudaram as orientações quanto à indicação do corticoide, porém eu costumava receitar uma dose de 60 ou então de 40, dependendo do estado do paciente, e depois ia escalonando o seu uso com anti-histamínico e dipirona. Porém, caso pessoa apresentasse alergia à dipirona, eu indicava, então, o paracetamol em seu lugar, mas sempre preferia a dipirona mesmo e me atentava quanto ao uso do paracetamol porque esse medicamento é conhecido por ser hepatóxico. Costumava recomendar aos pacientes também o Zinco, a vitamina C, Magnésio, Polivitamínicos e o que mais? Ah! Dependendo do quadro e do paciente, eu prescrevia mais alguma vitamina que ele mencionava ter usado e gostado para ele comprar mais e continuar o uso. Quando eu pedia um exame a mais, uma tomografia, o pessoal e a prefeitura ajudavam muito. Então, a gente não teve problema aqui nesse sentido, graças a Deus! (Alegria, Alegria)

Na narrativa da profissional *"Alegria, Alegria",* ela relatou que em seu atendimento dava aos pacientes informações que adquiriu ao assistir reportagens sobre a pandemia e o tratamento do vírus Sars-Cov-2. Sobre essa situação, profissionais éticos e responsáveis, devem se questionar a respeito de quais são as fontes de informações e conhecimento que recorrem para se capacitar. Assistir a reportagens na televisão, rádio ou internet não foi o problema em pauta, mas, sim, alimentar-se somente desses veículos sem sequer pesquisar se as informações que se viu ou se ouviu eram de fato confiáveis.

Ainda sobre a conduta da profissional *"Alegria, Alegria"*, pode-se ver uma corriqueira influência do Negacionismo. No entanto, esse novo olhar sob esse fenômeno – Negacionismo – tratava-se de uma reflexão a respeito da postura dessa profissional que, ao invés de ter buscado adquirir conhecimentos sólidos o quanto

antes em relação às recomendações da comunidade médica ao redor do globo e de órgãos de gestão da saúde mundial, a profissional em questão, de forma contrária, porém, aparentava viver uma inércia quanto a pandemia vivenciada pelo restante da população tanto do Brasil quanto no mundo.

Em seu relato, a médica *"Alegria, Alegria"* relatou explicitamente não ter sentido medo algum quanto à chegada do vírus Sars-CoV-2 no município em que atuava. Ao contrário, quando a profissional mencionava as diversas mortes de pacientes em decorrência da pandemia, ela frisava o fato de essas pessoas buscarem o atendimento médico somente quando o seu quadro de saúde já se encontrava em estado avançado, com piora em seus sintomas gripais ou respiratórios.

> Nós temos trabalhado em relação ao uso da máscara, do álcool em gel e conscientizando a população em relação a esses cuidados somente. A nossa cidade tem se empenhado muito, então, se eu falar para a senhora se eu fiquei apavorada? Se eu fiquei com medo? Eu não fiquei, não! Eu não fiquei mesmo. Isso porque, graças a Deus, tivemos tudo sob controle por aqui. Houve algumas mortes em nosso município, sim, mas não foram muitas e essas mortes só aconteceram porque a pessoa buscou o atendimento no sétimo dia da doença, antes estava postergando esse cuidado por medo de vir, então quando ela veio, a doença já estava em um certo grau já complicado de tratar, principalmente se o indivíduo apresenta alguma comorbidade! Então, infelizmente nós tivemos uns 6 óbitos mais ou menos, mas devido a esse motivo também, entendeu? (Alegria, Alegria)

Sendo assim, por meio da fala da profissional *"Alegria, Alegria",* foi possível refletir sobre o quão perigoso o Negacionismo pode ser. Por meio dele, torna-se mais difícil de perceber a real gravidade que o vírus Sars-CoV-2 apresenta à população global. A atitude de não levar a sério o risco da transmissibilidade da patologia através da aglomeração de pessoas e o uso inadequado de equipamentos de proteção individual como as máscaras, corroboram diretamente para que a doença atinja cada vez mais pessoas, inclusive, as pessoas que apresentam alguma comorbidade que podem levá-las a óbito na pior das hipóteses.

Notou-se que os desafios diante da situação foram diversos e que não ocorreu uma unanimidade médica.

Segunda categoria temática: A função da supervisão médica no PMM e sua importância na pandemia

A partir da problemática descrita na categoria primeira, se vê o quanto a supervisão oferecida pelo Programa Mais Médicos, aqueles que estão ligados a ele, pode ser um recurso valioso. Os médicos entrevistados disseram ter tido uma experiência muito satisfatória em relação ao trabalho e manutenção da supervisão mesmo em tempo de pandemia e em formato remoto. A segunda categoria se verificou como se deu esse processo de supervisão do PMM mesmo em um cenário pandêmico e com a aplicação do distanciamento social. Serão destacados quais foram as principais funções do supervisor do programa e como nos relatos de experiência dos médicos entrevistados ocorreu a supervisão e se os mesmos de fato se sentiram acolhidos pela supervisão do programa no atual cenário de pandemia.

Após o surgimento do SUS, o povo brasileiro, sobretudo a camada popular, pôde finalmente ter seus direitos básicos de acesso a serviços de saúde de qualidade garantidos. Serviços esses que não se restringiam somente aos atendimentos médicos, mas, ainda, ao desenvolvimento e aplicação de vacinas, fiscalização de produtos – principalmente alimentícios – distribuição gratuita de medicamentos e instrumentos de prevenção a doenças como a AIDS, transmitida pelo vírus HIV e que pode ser evitada com a utilização de preservativos que atualmente são gratuitamente disponibilizados em postos de atenção primária à saúde em todo o Brasil, entre outros.

Contudo, apesar de ser revolucionário se comparado ao antigo INAMPS, com o passar do tempo surgiram reflexões a respeito de alguns aspectos do SUS que poderiam e deveriam ser melhorados para que a manutenção e continuação da oferta gratuita de um atendimento de saúde com qualidade para o povo brasileiro pudesse permanecer.

Ao tratar da Atenção Básica à Saúde, em meados de 2011, 10 pontos prioritários foram elencados para que a consolidação da ABS e que o objetivo da Estratégia de Saúde da Família que era o de atender a 80% dos problemas de saúde da população brasileira pudessem de fato acontecer. São esses 10 pontos que requerem atenção:

> 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 longitudinal 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 (BRASIL, MS/SGTES, 2015)

Em resposta a esses pontos, foi elaborada também no ano de 2011 a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, que apesar de seu objetivo, a mesma não pôde acompanhar o rápido crescimento da demanda pela Estratégia de Saúde da Família que demonstrava um enorme problema em relação à oferta e disponibilização de atendimentos e de profissionais qualificados em áreas de difícil acesso ou com recursos socioeconômicos escassos.

É neste momento então, segundo Cyrino *et. al* (2015), que dois ministérios federais – Ministério da Saúde e Ministério da Educação – se unem e estabelecem parcerias com diversos gestores municipais no intuito de melhorar a qualidade da Atenção Básica à Saúde inclusive por meio da melhoria da formação do profissional da área da saúde – em especial, médicos. Surge, então, com o objetivo de corresponder a essas expectativas o Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde) e o Programa de Residências Multiprofissionais. Tais programas além de ofertarem uma formação Inter profissional ainda corroboravam para a promoção da relação ensino-serviço-comunidade.

Contudo, foi proposta, além destas inovações e ações conjuntas, a necessidade de não só melhorar a qualidade da formação dada aos graduandos de medicina, mas priorizar o fornecimento e envio desses profissionais a locais que demonstravam carência dos mesmos. Em resposta a essa reflexão, Cyrino et. al (2015) afirma que o Programa Mais Médicos – PMM – nasceu após uma série de

medidas estruturantes que tinham por objetivo principal fortalecer a atenção básica à saúde.

Eram três as medidas estruturantes que visavam o fortalecimento à atenção básica de saúde: ampliação, cuja prioridade era a melhoria da infraestrutura ofertada ao atendimento à população; formação que, por sua vez, poderia ser pensada através de um viés quantitativo uma vez que prescrevia um aumento significativo da oferta dos cursos de medicina nas Instituições públicas, particulares e municipais e ainda por meio de um viés qualitativo com o estabelecimento de Diretrizes Curriculares Nacionais que idealizavam uma formação cada vez mais protagonizada pelo estudante de medicina no intuito de tornar a sua aquisição de conhecimento mais significativo para o mesmo e, finalmente, o provimento emergencial que nada mais era do que o estabelecimento do Programa Mais Médicos (PMM).

A portaria 1.369/2013 além de estabelecer formalmente a instituição do Programa Mais Médicos – que, por sua vez, visava fornecer médicos brasileiros, estrangeiros e intercambistas para suprir a demanda em locais de carência – também designava uma equipe que o iria coordenar. Tal equipe seria composta por representantes tanto do Ministério da Saúde quanto do Ministério da Educação. Durante a designação das funções que cada parte iria se responsabilizar, coube ao Ministério da Saúde, então, o chamamento formal dos profissionais, nacionais e internacionais, para adentrarem ao PMM. Já o MEC, por outro lado, ficou incumbido de criar e organizar o trabalho de Supervisão Acadêmica dentro do programa. Quanto às responsabilidades comuns de ambas as partes, tanto o Ministério da Saúde, quanto o Ministério da Educação deveriam acolher e avaliar os médicos participantes do PMM.

Ainda em relação ao acolhimento e avaliação dos médicos participantes, o Ministério da Educação foi designado para convocar médicos para ministrarem as aulas além de planejar e aplicar métodos de avaliação para os profissionais que vieram do exterior para exercerem a função em território brasileiro.

A Supervisão Acadêmica que acontece atualmente no Programa Mais Médico teve como precursora, como vimos, a portaria 1.369/2013. Porém, foi somente a partir da promulgação da portaria GM/MEC 585/2015 que suas atividades – sobretudo de caráter pedagógico – foram de fato estabelecidas e especificadas. Por meio dessa

mesma portaria, foram definidos quem seriam os seus integrantes e, ainda, se reforçou o objetivo principal da Supervisão Acadêmica dentro do Programa.

Historicamente, o conceito de Supervisão Acadêmica na formação dos profissionais de medicina gerou muita inquietação entre diferentes autores, especialmente porque em seu primórdio cerne ser idealizado para fiscalizar, com o mais ríspido autoritarismo, médicos inexperientes ou mais jovens durante seus atendimentos e procedimentos. De acordo com os autores Reis e Hortale (2004) tal concepção pertencia ao que chamam de visão tradicional da Supervisão Acadêmica. Nela, segundo Reis e Hortale (2004), o principal objetivo do médico na função de supervisor era o de inspecionar, comandar e fiscalizar o seu supervisionado em uma típica relação vertical autoritária.

No entanto, ainda para esses autores, existe também outra concepção a respeito da Supervisão Acadêmica por eles chamada de visão moderna. Neste segundo paradigma, o trabalho de supervisionar o estudante de medicina é, na verdade, o de estabelecer uma parceria com o mesmo.

A respeito ainda da concepção conferida à Supervisão Acadêmica no decorrer da história, Nunes (1986) afirma ainda que a mesma colheu com o passar do tempo aspectos de outras áreas, tais como: a Administração, Educação, mas, principalmente, ideologias do local onde é estabelecida e qual o tratamento que esse ambiente oferta aos seus clientes. Nesse sentido, a autora expõe que:

> "[...] nenhum modelo de supervisão pode ser concebido, sem que se considere como ideologicamente as instituições administraram seus processos de trabalho, que por sua vez refletem a forma como a instituição se relaciona com sua clientela na prestação de serviços [...]."

Historicamente, porém, há ainda fatos históricos que demonstram outro caráter da Supervisão Acadêmica. Com uma base quase semelhante a mencionada visão moderna. Os autores Botti e Rego (2008) relatam que na Idade Média existiam situações em que o supervisor, comumente mais velho ou com mais experiência que seu aprendiz, não apenas o acompanhava em seu trabalho, como também trocava informações e experiências com ele de forma a incentivá-lo a buscar constantes melhorias e novos conhecimentos.

No entanto, apesar de existirem diferentes visões sobre como a Supervisão Acadêmica de fato deve se dar, para cumprir o objetivo principal dentro do Programa

Mais Médicos, que é a de fortalecer saúde através da integração ensino-serviço na atenção básica e de melhorar a formação do profissional médico que atua ou irá atuar no programa, a reflexão é a de que uma visão mais moderna a respeito da relação entre supervisor e supervisionado, isto é, um vínculo de parceria, torna o trabalho menos moroso, mais respeitoso e a aquisição do conhecimento e adesão ao programa mais atraentes e satisfatórios aos envolvidos.

De acordo com a portaria GM/MEC 585/2015, o Programa Mais Médicos é composto pelos seguintes profissionais: o médico que atua ativamente no programa, o médico que irá exercer a função de supervisor contínuo desses outros médicos e, por fim, um tutor, docente e médico, que será incumbido de orientar academicamente o supervisor e, por consequência, os médicos que atuam em campo no programa.

Esta categoria tem foco no papel exercido pelo supervisor acadêmico dentro do Programa Mais Médicos e ver como neste caso presente o quanto a sua presença no momento de pandemia surgiu como alento e um refúgio aos médicos participantes do PMM.

Botti e Rego (2008) afirmam que os papéis do supervisor acadêmico o destacam e o diferem em relação aos demais – preceptor, tutor e mentor – pelo mesmo ser responsável por observar o exercício de determinada atividade, zelar pelo profissional e ter a certeza de que ele exerce bem a sua atividade. Além disso, a ele cabe também atuar na constate revisão da prática dos médicos que supervisiona.

Ao referirem-se ao local de atuação em que o supervisor acadêmico pode exercer as suas funções, esses mesmos autores afirmam que esse profissional tem a liberdade de trabalhar tanto em situações clínicas reais no seu próprio ambiente de trabalho como, também, em situações fora do seu local de trabalho.

No decorrer desses últimos anos, com o advento da pandemia do vírus Sars-Cov-2, foi possível observar o quanto o exercício do trabalho em todo o território nacional foi amplamente afetado. O que inicialmente trouxe muito medo e apreensão uma vez que a maioria da população brasileira não se encontrava preparada para exercer as suas funções de maneira remota, logo se espalhou e tornou-se natural entre boa parte dos trabalhadores brasileiros.

Na Supervisão Acadêmica dentro do Programa Mais Médicos não foi diferente, as reuniões da supervisão do Programa Mais Médico tiveram de se adaptar; logo, os encontros que antes eram presenciais tornaram-se remotos, foi através desses

encontros que os médicos puderam se capacitar através de fontes de saberes realmente confiáveis ou, ainda, refletirem sobre fatos que viram ou ouviram nos principais veículos de comunicação que de forma recorrente disseminavam mais e mais dados a respeito da pandemia.

Dessa forma, ainda, esse recurso oferecido pelo programa aos profissionais ligados, também foi uma forma eficaz de estimulá-los a serem sujeitos pesquisadores através da apresentação de materiais cientificamente produzidos por profissionais confiáveis e muitas vezes comprovados antes de sua publicação. Sendo assim, o recurso foi uma maneira de evitar que o negacionismo científico predominasse entre os médicos e se tornasse prejudicial à população atendida por eles.

Com a necessidade de se adaptar e cumprir as regras de distanciamento social horizontal estabelecido pelo governo brasileiro com o intuito de evitar a disseminação do vírus entre a população brasileira, a supervisão acadêmica dentro do Programa Mais Médico também aderiu ao formato remoto para a realização dos seus encontros mensais de acompanhamento e aconselhamento dos médicos participantes.

No decorrer desse processo de adaptação, muitos foram os softwares e aplicativos utilizados pelos supervisores do programa para a realização desses encontros. Alguns deles, por exemplo, foram a plataforma do Google Meet e mensagens de texto ou chamadas de vídeo via WhatsApp. Alguns encontros ocorreram até mesmo através de ligações telefônicas tradicionais.

O que inicialmente parecia distanciar os médicos do programa de seu supervisor, na realidade funcionou como ferramenta para tornar o seu acesso a ele mais tranquilo e eficaz. Através do formato remoto, os médicos do PMM puderam realizar seus encontros com seu supervisor por chamada de vídeo, ligações telefônicas e até por mensagens de texto via WhatsApp.

Com a necessidade do cumprimento do distanciamento social para preservar a sua própria saúde, o principal medo no começo da pandemia entre a comunidade médica participante do PMM era a de que a comunicação e o acesso ao seu supervisor acadêmico fossem prejudicados. Todavia, no presente estudo pôde se verificar que isso não aconteceu, pois os encontros aconteceram normalmente através das ferramentas e recursos disponíveis no momento.

Médicos entrevistados para este trabalho relataram que os encontros da supervisão acadêmica ofertada pelo programa significaram uma forma de acolhimento

e refúgio perante o desafio diário de enfrentar um vírus desconhecido e tão perigoso. Alguns relataram terem saído mais tranquilos dos encontros uma vez que o seu supervisor, por viver diariamente quase que os mesmos desafios que eles, compartilharam com resiliência e empatia os saberes da experiência e prática diária. É o caso, por exemplo, dos médicos "*Domingo no Parque"* e *"Apesar de Você"* que, quando questionados a respeito de suas experiências pessoais com a supervisão acadêmica do programa durante esse período de pandemia responderam:

> outro ponto da supervisão que eu acho também muito importante, é controle de ansiedade e medo! É um momento que eu tenho ali com o supervisor pra realmente contar o que eu estou sentindo, ele é da área da Urgência-Emergência ainda, e trabalha em UBS, então ele tem os extremos, ele me ajuda muito nisso, no que eu estou passando, no como é que é, estou aqui à disposição, sempre à disposição, meu WhatsApp tá aqui, meu telefone tá aqui, me liga! (Domingo no Parque)
> Sempre que eu tenho uma dúvida ou outra eu converso com o supervisor. Ai, graças a deus, todas as vezes que eu precisei de ajuda eu sempre recorro à supervisão. Seja um tratamento, seja uma conduta mais completa em relação ao tratamento, seja necessidade de pedir algum exame complementar, então, por outro lado, eu fico mais tranquilo porque como tem esse apoio da supervisão do programa Mais Médicos, de no caso de um outro médico formado, com mais experiência, com mais vivência na prática médica, e também da área da saúde da família, eu fico mais tranquilo porque eu sempre posso tá compartilhando minhas dúvidas com o doutor. Então isso tem ajudado muito na prática do dia a dia, a tirar minhas dúvidas e compartilhar momentos difíceis, né. As vezes a gente tá com muita dúvida em determinada situação e aí a gente lembra que tem o supervisor que tem mais experiência e ajuda muito a gente a tá sanando essas dúvidas também. (Apesar de Você)

Da mesma maneira relata a médica "*Cálice*" que além de reforçar o momento de supervisão acadêmica como um momento de auxílio e refúgio em meio ao desafio do enfrentamento à pandemia do novo Coronavírus, reforça também o livre acesso oferecido por seu supervisor para ela pudesse contatá-lo e tirar suas dúvidas ou compartilhar seus anseios, inseguranças e angústias.

> Então, a supervisão a gente faz uma vez por mês, com o doutor, porém vira-e-mexe eu estou chorando para ele (risos) pelo WhatsApp, doutor posso discutir um caso com você? (...) Algumas questões do pronto atendimento às vezes eu preciso falar com ele também por conta de ele trabalhar no SAMU né, então ele faz essa questão, vários momentos aí que a gente acaba trocando figurinha por conta de tudo isso! Nós estamos fazendo as supervisões mensalmente né, via online né, acho que desde o começo né? Da pandemia, foi online, a gente tenta assim abordar temas um pouco fora da covid, mas a gente acabou às vezes caindo mesmo nessa questão né, da covid, mas a gente está sempre também buscando discutir alguns casos clínicos e tá tudo tranquilo, as vezes a gente tem um pouquinho de dificuldade dos horários baterem, mas sempre dando certo sim!

De forma recorrente, os médicos entrevistados reforçaram a facilidade encontrada no acesso e na disposição do seu supervisor acadêmico de atendê-los remotamente para sanar suas inquietações.

Tal facilidade de acesso deve-se, como já mencionado, a utilização de ferramentas de informatização, tais como: Whatsapp, Google Meet, dentre outros. Ainda que houvesse situações em que o supervisor não poderia acolhê-los imediatamente, alguns médicos relataram vislumbrar o desejo do supervisor de acolhê-los e acompanhá-los.

> Eu tenho livre acesso com ele né, tudo que eu preciso, a hora que for eu mando mensagem para ele, eu ligo para ele se necessário né, e a gente faz a supervisão uma vez por mês (...) hoje com o caso da pandemia tá sendo online né, nós temos grupos de dúvidas, de... temos um grupo com os médicos que ele faz supervisão, que qualquer coisa que precisar a gente tem... pode mandar no grupo para tirar dúvidas e temos, eu tenho o particular dele não, para qualquer coisa precisar eu ligo para ele, qualquer dúvida que eu tiver eu falo com ele e a supervisão mensal, todo mês a gente marca um horário, por vídeo né, a gente tem um tempo, a gente bate um papo, tira dúvida, ele me ajuda em algumas coisas que me aflige, alguns protocolos que tem dúvida, essas coisas! (Meu novo sapato)

> Eu vejo a supervisão como um canal que não se encerra naquele momento de 40 minutos, que tem que fazer uma vez por mês. Ele tá sempre lá! Tá sempre lá, então sempre que eu preciso eu sei que o tenho lá pra eu tirar minhas dúvidas (...) agora na verdade com essa questão online, ficou muito mais próximo, então ela não acaba naquele momento daqueles 40 minutos que a gente tá fazendo aqui, por exemplo, né, ela se estende. Então ela sempre um canal aberto para mim. (Domingo no Parque)

Sendo assim, é possível verificar que a história da Supervisão Acadêmica dentro do Programa Mais Médicos se confunde e mescla com a própria história da fundação do programa. O mesmo surge não apenas com a finalidade de apenas suprir a carência por profissionais em locais em que o acesso é afetado, mas, ainda, preocupa-se em dar uma formação de qualidade a esses profissionais de forma que eles possam prestar o serviço de maneira mais humanizada e com qualidade.

Sobre a concepção do que é e do que deve ser a supervisão acadêmica dentro do PMM, a reflexão é a de que mesmo trazendo consigo aspectos de uma visão tradicional, isto é, de uma supervisão com um caráter mais fiscalizatório e de inspeção, a mesma não só pode como também deve ser executada de forma a estabelecer uma parceria entre o supervisor e o supervisionado. As duas concepções não devem

competir entre si, mas sim somarem uma à outra no intuito de ofertar o melhor acompanhamento e aconselhamento aos médicos participantes.

Já em relação à Web supervisão ofertada durante o período pandêmico foi possível observar que a qualidade do acolhimento e acompanhamento não sofreu alteração de acordo com os médicos entrevistados para esse trabalho. Mesmo com o desafio de manter a frequência e a qualidade da troca de informações e saberes no formato remoto, ainda sim, de acordo com os médicos entrevistados, os momentos de encontro com seu supervisor foram muito proveitosos e significaram encontros de grande tranquilidade e segurança aos mesmos.

A pesquisadora Freitas (2023) em sua pesquisa *"Supervisão acadêmica de médicos em áreas indígenas durante a pandemia de Covid-19", destacou que "*a supervisão representou um movimento de resistência às adversidades e aos entraves encontrados tanto na micropolítica quanto na macropolítica; e reforçou a necessidade de se lutar pela melhoria da qualidade."

A terceira categoria temática: Desmonte e reorganização do atendimento frente à chegada do covid-19

A terceira categoria trata do desmonte e reorganização do sistema de atenção primário à saúde nos municípios e as adaptações necessárias que tiveram de ser feitas para a continuação da oferta de um atendimento de qualidade aos pacientes neste momento tão delicado, bem como, ainda, alguns problemas de adaptação e metodologia entre modelos de atenção de acordo com os relatos médicos.

Quando se fala em atenção primária à saúde ou atenção básica à saúde, se refere a prestar atendimento à população de forma gratuita, através do SUS - Sistema Único de Saúde - quando a mesma apresentar necessidade e demanda.

Desde uma simples entorse ou um resfriado até um possível diagnóstico de uma patologia ou condição que necessite de uma transferência até um hospital próximo, as unidades de saúde consideradas pertencentes à atenção primária à saúde têm por objetivo prestar um atendimento rápido e humanizado as pessoas que as buscam. As mesmas, portanto, normalmente são responsáveis por acolher, diagnosticar e encaminhar seus pacientes ao mesmo tempo em que os auxilia ao

prestar esse primeiro atendimento a eles de forma a melhorar, ainda que um pouco, o seu quadro de saúde.

De acordo com uma publicação feita pelo blog Vida Saudável, ligado ao Hospital Israelita Albert Einstein, fazem parte da chamada Atenção Primária à Saúde as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Equipes de Saúde da Família que, por sua vez, compõem as chamadas Estratégias de Saúde da Família (ESF), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e, ainda, os próprios Agentes Comunitários de Saúde (VIDA SAUDÁVEL, 2022).

Resultado da portaria nº 1863/GM de 29 de setembro de 2003 que institui a chamada Política Nacional de Urgência e Emergência, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm como objetivo principal prestar atendimento aos pacientes do SUS e busca, na medida do possível, promover uma integração de seus serviços com os de urgência. Dessa maneira, as UBS têm fornecido uma ajuda ainda singela quanto à redução da sobrecarga nas unidades de Pronto Atendimento e hospitais.

Os serviços ofertados pelas Unidades Básicas tem seu grau de complexidade e são muito distintos dos serviços prestados em um hospital ou em um Pronto Atendimento. Geralmente, é de responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde a realização e agendamento de consultas médicas dos pacientes com profissionais especialistas como, por exemplo, ginecologistas e pediatras, aplicação de inalações e de injeções, inclusive as de vacinas, operar curativos, coletar exames laboratoriais, executar tratamentos odontológicos e, ainda, comprometer-se a encaminhar seus pacientes para a realização de exames específicos conforme a sua necessidade e se houver a solicitação de um profissional médico. Compreende-se também ser um dos papéis das Unidades Básicas de Saúde o fornecimento de medicação básica e controlada para pacientes com frequente acompanhamento médico como, por exemplo, portadores de Diabetes Mellitus. (SPDM, 2022)

A chamada Estratégia de Saúde da Família (ESF), por sua vez, tem a perspectiva de reorganizar a atenção básica de saúde no país através de estratégias de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica de maneira a promover uma reorientação do processo de trabalho nas unidades de saúde, como consta no site da Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS – no portal digital do Ministério da Saúde do Brasil na internet.

Ainda de acordo com esse mesmo portal, uma característica importante que ajuda a definir a Estratégia de Saúde da Família e distingui-la da definição de Unidade Básica de Saúde é o fato de a mesma requerer o estabelecimento de uma equipe de profissionais, também chamada de equipe de Saúde da Família composta, minimamente, por: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. O site da SAPS ainda informa que, caso necessário, podem ser acrescentados, ainda, a essa composição profissionais de Saúde Bucal, podendo ser eles, ou um cirurgião-dentista generalista ou um especialista em Saúde da Família como, também, um auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

A Secretaria de Atenção Primária à Saúde também orienta uma quantidade máxima de pacientes que cada equipe de Saúde da Família pode atender tendo em vista a priorização de um atendimento de qualidade à população. Segundo o portal on-line da SAPS, cada equipe suporta atender até 4.000 pessoas no máximo, mas recomenda-se trabalhar com o máximo de até 3.000 pessoas preferencialmente e se possível. As orientações do mesmo portal atentam ainda os profissionais a refletirem sobre as condições da população da sua região e dos pacientes com que trabalham, pois, de acordo com o mesmo, quanto maior a carência, necessidade e demanda apresentada na região, menores devem ser a quantidade máxima de pacientes que as equipes devem atender e, dessa forma, o atendimento a essa população deverá se dar de uma maneira prioritária e melhor, sem sobrecargas.

Em outro portal, também do Ministério da Saúde do Brasil, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde em parceria com o Departamento de Saúde da Família – Desf – informam sobre a carga horária de trabalho das equipes de Saúde da Família nas Unidades de Saúde. Segundo a publicação conjunta dos dois órgãos, a jornada de trabalho dos profissionais da saúde que compõem as equipes não deve sobressair as 40 horas semanais sendo que a Unidade de Saúde a qual prestam serviço, de acordo com a portaria GM/MS nº 397 de 16 de março de 2020, devem funcionar no mínimo cinco dias da semana e nos doze meses do ano.

Neste momento, torna-se pertinente definir o que são também as chamadas Unidades de Saúde da Família – USF. De acordo com as Diretrizes Operacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde, as Unidades de Saúde da Família são

unidades públicas de saúde que tem por objetivo realizar continuamente uma atenção quanto ao atendimento do público com as especialidades básicas. Essas unidades de atendimento buscam, na medida do possível, substituir as práticas tradicionais de acolhimento e atendimento à população a fim de promover uma atuação profissional centrada nos valores de vigilância e prevenção contínua à saúde. (BRASIL, 1997).

Paralelamente as Unidades Básicas de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária à saúde conta também com os chamados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Criados no ano de 2008 pelo Ministério da Saúde, os NASF surgem para também corroborar com a consolidação da atenção básica à saúde no Brasil. É papel dos NASF também prestar apoio à Estratégia de Saúde da Família e atuar aumentando a abrangência das ações de atenção primária à saúde.

Os NASF assim como a Estratégia de Saúde da Família são compostos, também, por uma equipe multidisciplinar que atua junto as equipes de Saúde da Família e das demais equipes de atenção básica à saúde a fim de promover ações para populações específicas como, por exemplo, consultórios na rua, equipes para atender ribeirinhas e fluviais e trabalhar em parceria no Programa Academia da Saúde.

A equipe multiprofissional que compõe os Núcleos de Apoio à Saúde da Família pode ser formada por mais de 30 profissionais distintos, tais como: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos dentre outros. Cabe a essa equipe multiprofissional responsável pelo NASF atuar de maneira a auxiliar as equipes de Saúde da Família e, por consequência, evitar que essa última seja sobrecarregada pela demanda vinda da população dos mais diversos contextos e territórios. Além de ajudar a equipe da ESF quanto a sua demanda, a equipe dos NASF também atua no atendimento da população por meio de uma metodologia ainda mais integral e abrangente que a outra equipe.

Por fim, é importante ressaltar nesse momento o papel dos Agentes Comunitários de Saúde para a atenção primária à saúde. Esses profissionais estão ligados a uma Unidade Básica de Saúde, geralmente, mas também são componentes fundamentais da equipe de Saúde da Família. Os Agentes Comunitários de Saúde têm a função principal seja nas UBS quanto na ESF de fortalecer o vínculo entre a unidade de atendimento e a comunidade. Frequentemente a sua atuação para cumprir

com este objetivo pode ser observada por meio das visitas domiciliares que esses profissionais realizam.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, instituída em 2012, são atribuídas as seguintes funções aos Agentes Comunitários de Saúde: (I) trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida a microárea; (II) cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; (III) orientar as famílias quanto a utilização dos serviços de saúde disponíveis; (IV) realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; (V) acompanhar por meio de visita domiciliar todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; (VI) desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade e, por fim, (VII) desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade.

Tendo em vista esses diferentes agentes que ajudam a compor a chamada atenção primária à saúde é possível ver que apesar de um complementar o outro quanto a sua função primordial que é a de promover a atenção básica de saúde no país, cada agente possui suas especificidades quanto à jornada de trabalho, atribuição e, até mesmo, metodologia do trabalho. Nesse sentido, uma possível fusão entre alguns desses agentes com maneiras tão distintas de trabalho em prol de um objetivo específico pode ser algo possível de se imaginar, mas que na prática pode não ter sido a melhor escolha inicialmente.

Esse cenário apesar de utópico de fato aconteceu em alguns municípios brasileiros com a chegada do coronavírus no país. O caos ocasionado pelo medo da, então desconhecida patologia somada ao despreparo na infraestrutura e falta de consenso em relação aos protocolos de atendimento aos casos de suspeita e confirmação da doença, levaram alguns municípios e profissionais médicos a se reinventarem e estabelecerem por conta própria uma metodologia de acolhimento e atendimento aos pacientes com sintomas respiratórios e com confirmação da doença, como já mencionado em um capítulo anterior deste trabalho.

Ademais, outro fato recorrente na época também preocupava a comunidade médica e os demais profissionais que se encontravam na linha de frente do

enfrentamento à pandemia do Covid-19. Tratava-se da falta de alguns profissionais de saúde, muitos até essenciais para a formação de uma equipe de atenção básica ou de saúde da família essenciais para a promoção de uma atenção primária à saúde de qualidade mesmo em meio ao cenário caótico promovido pela chegada do vírus no Brasil.

Seja por causa de uma realocação para uma unidade específica para atender pacientes com suspeita e casos positivos da doença, seja por médicos contaminados com o vírus ou por médicos que suspenderam seus atendimentos por medo do contágio com a doença, essa redução no quadro de profissionais nas unidades de atendimento à saúde intensificaram ainda mais o sentimento de medo e apreensão com relação à chegada da pandemia no Brasil e na dúvida de como os profissionais que se encontravam na linha de frente de enfrentamento à pandemia poderiam prestar um serviço de qualidade e humanizado à população mesmo diante de um cenário tão caótico.

Segundo Sousa e colaboradores (2020) em sua pesquisa Atenção primária a saúde COVID-19: Uma revisão integrativa,

> a evasão dos trabalhadores, sobretudo daqueles pertencentes aos grupos de risco, ocasionaram a reorganização dos processos de trabalho e serviços de saúde, tendo feito com que muitas cidades não apresentassem equipes suficientes, dificultando a implementação de suas ações em seus territórios [...]

Vemos essa situação no relato da médica *"Como nossos pais"*, pertencente ao Programa Mais Médicos, que afirma que devido à organização de seu município ter criado uma unidade específica para atendimentos aos casos suspeitos de Covid-19 e de casos positivos, ela ficou com poucos funcionários em sua unidade uma vez que os outros profissionais que compunham a equipe que com ela trabalhava foram transferidos para essa unidade específica de atendimento a pacientes com sintomas respiratórios.

> Eu acho que nós fomos afetados no sentido de que, uma técnica de enfermagem passou para o centro de Covid. Então, agora ela está lá, fazendo coleta junto com a coordenadora. Aqui, então, nós ficamos só com a gerente da equipe, que agora faz o pré-natal também e me ajuda muito nessa parte! Tem ainda uma outra técnica que fica encarregada de fazer o pré-agendamento de pacientes sintomáticos! Só que assim, vocês sabem que estamos no período de vacinação agora, então essa técnica de enfermagem hoje mesmo está ocupada vacinando as grávidas e os portadores de

> Síndrome de Down! Então quem pôde estar aqui hoje comigo para atender toda a demanda foi a gerente do posto. Ela está comigo para os casos de suspeita e confirmação de Covid e para o resto da população, portanto, essa dinâmica mudou muito aqui na nossa unidade! (Como nossos pais)

Ainda nessa mesma fala, a médica *"Como nossos pais"* apontou outra problemática que enfrentou em sua unidade de saúde com relação aos médicos especialistas que compunham a sua equipe de trabalho. Em seu relato, a médica demonstrou uma preocupação com relação a sobrecarga que os médicos especialistas vinham enfrentando depois que retornaram com seus atendimentos presenciais. De acordo com ela, a sobrecarga se devia ao fato de que a demanda por atendimento médico por parte da população era grande, mas para evitar a aglomeração de pessoas e um possível contágio do vírus Sars-Cov-2, esses médicos especialistas precisaram reorganizar seu horário para atender seus pacientes seguindo os protocolos de segurança quanto ao coronavírus para evitar contágio e transmissão.

> Para o resto da equipe multiprofissional mudou muito também. A psicóloga, fonoaudióloga, nutricionista mudaram sua rotina de trabalho também! Porque no começo, elas pararam as consultas presenciais e começaram a atender todas online! Mas agora, depois que elas retornaram para o presencial, elas têm agendado cada vez menos pacientes. Hoje em dia, elas não conseguem mais atender a mesma quantidade de pacientes que atendiam antes por conta da aglomeração, para evitar. Então o atraso e a demora quanto aos agendamentos de pacientes tem sido frequente. Elas têm ido aos poucos. Então essa questão mudou muito por aqui também. (Como nossos pais)

Sendo assim, observado o cenário caótico vivenciado pelos profissionais da linha de frente do enfrentamento à pandemia resultante da narrativa de sobrecarga de atendimento nas unidades de saúde devido aos protocolos sanitários e falta de mais profissionais para ajudar nos atendimento ainda somados aos relatos de infraestrutura ruim e falta de equipamentos requisitados em algumas unidades de atendimento, foi cada vez mais possível imaginar o porquê de alguns municípios optarem por uma fusão entre duas ou mais unidades de saúde em um único lugar.

Algumas cidades, como foi o caso do município em que o médico "*Domingo no Parque"* trabalhava, optaram, talvez com o intuito de compensar a falta de profissionais ou de equipamentos básicos, não só criar postos de atendimento específicos para a população com sintomas respiratórios, de forma a separá-los do

restante da população, como também unir profissionais e equipes de modelos diferentes de atenção à saúde, muitas vezes, em um único ambiente, em uma única unidade de saúde.

Esse fato foi narrado em um trecho da entrevista com o médico "*Domingo no Parque"*. O profissional se apresentou como membro integrante de uma Unidade de Saúde da Família em seu município e disse ainda que permanecia desde muitos anos na mesma unidade de atendimento e que, por isso, já tinha uma rotina de trabalho estabelecida, conhecia o ritmo de trabalho nessa unidade e ainda tinha um atendimento de qualidade com seus pacientes dado o longo tempo em que os conhecia e eles a ele, e a própria unidade e sua cultura de trabalho.

> Eu estou desde o começo da minha carreira, desde a PROVAB, na mesma Unidade de Saúde o que para mim particularmente é um grande privilégio. Nela eu pude ver vários ciclos de vida e viver muitas experiências. Hoje eu atendo crianças de cinco anos que eu acompanho e as trato desde que eram bebezinhas, de pouco tempo de vida. Estou na Unidade de Saúde da Família Arco Íris, ela fica numa área próxima a uma comunidade aqui do município, que é uma área bem carente de recursos e carente também de várias situações. A USF Arco Íris existe há 18 anos e, quando eu cheguei, ela estava sem médico fixo há anos. (Domingo no Parque)

Contudo, ainda durante a entrevista, "*Domingo no Parque"* contou que ainda no começo da pandemia no Brasil, no final de março de 2020, o município em que atuava achou por bem não só criar uma unidade de atendimento específica para pacientes com sintomas de Covid-19, como também ainda transferiu o médico e sua equipe de trabalho da unidade de atendimento que estavam acostumados a desenvolver a sua atuação profissional a outra unidade.

Relevante ressaltar que as medidas de realocação das equipes e da estrutura do funcionamento do sistema de saúde local aconteceu de forma que pode ser encarada como precoce. Considerando a confirmação do primeiro caso no Brasil no dia 26 de fevereiro, o sistema local procedeu com a reestruturação em março. Pouco depois do primeiro caso, e sem mínima preparação. A situação caótica, ganhou uma dificuldade para os médicos entrevistados, encarar uma pandemia, fora de seus ambientes de trabalho costumeiros.

Um dos fatos que mais chamam a atenção na narrativa do profissional é o fato de que a unidade de atendimento para quais profissionais migraram não se tratava mais apenas de uma UBS. Em uma mesma unidade de atendimento, foi preciso

comportar três equipes de profissionais: a do médico "*Domingo no Parque"* e outras duas que também vieram de Unidades de Saúde da Família do mesmo município.

Se não bastasse essa superlotação da Unidade Básica de Saúde, as equipes vindas das USF tiveram de se adequar ao ambiente de forma a dividir os seus protocolos de trabalho com os moldes que essa UBS já praticava. Portanto, em um único ambiente, duas propostas e processos distintos de acolhimento e atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde se chocaram: os da UBS e os das USF e, por isso, o cenário que já era caótico, tornou-se perspectiva do médico "*Domingo no Parque"* ainda mais difícil de suportar.

> Na verdade, aqui no nosso município, bem precocemente a gente dividiu as unidades em unidades para atender sintomáticos respiratórios e outras para continuar acolhendo os pacientes assintomáticos. Particularmente, achei essa atitude bem precoce. Essa divisão aconteceu já em 2020, no final de março, se eu não me engano. Então foi uma mudança de processo de trabalho muito brusca para todos nós, principalmente para minha equipe e eu porque nós fomos remanejados e tivemos que sair daqui, da nossa estrutura, da nossa Unidade de Saúde da Família passamos atender na UBS Pão de Mel. Então nós fomos para um outro prédio, um prédio muito grande que funcionava uma antiga UBS e nós passamos atender lá. Então, naquele espaço estavam eu, médico de uma Unidade de Saúde da Família e que era responsável até, então, somente pela minha USF, a equipe da USF Romeu e Julieta e a equipe da USF Bolo de Coco. Nesse momento, eu me tornei responsável não só pela minha equipe como também pelas outras duas equipes. Sozinho e de forma repentina eu tive de responder por três Unidades de Saúde! Além disso, a UBS Pão de Mel continuava com os seus atendimentos habituais, cobrindo a sua área mesmo e ainda a área UBS Bolo de Cenoura. Então naquele único prédio enorme estavam dois modelos de atenção básica à saúde, uma de saúde da família e uma tradicional UBS. (Domingo no Parque)

Nessa fala do médico "*Domingo no Parque"* há um ponto que chama a atenção sobre sua situação na Unidade de Saúde à qual foi remanejado: um único médico, o próprio "*Domingo no Parque"*, ser responsável por sua equipe de Saúde da Família e ainda a de mais duas Unidades que também foram remanejadas para o mesmo local que ele.

No entanto, a sobrecarga sobre o médico não acaba somente nessa situação, pois, mais adiante nesse mesmo momento de sua entrevista, o profissional relata se sentir ainda mais sobrecarregado de funções depois que o encarregaram dos atendimentos da pediatria nessa unidade. O médico contou que o pediatra fixo da unidade abandonou suas funções e que como ele era o único médico generalista no local desde, então, o encarregaram dos atendimentos pediátricos de todas as unidades de saúde que ali trabalhavam.

Cabe ressaltar nesse momento que como um profissional pertencente a uma equipe de saúde da família, o médico "*Domingo no Parque"* deveria seguir as recomendações da Secretaria de Atenção à Saúde Primária do Ministério da Saúde do Brasil acerca da quantidade máxima de pessoas que ele deveria atender que é a de até 4.000 pessoas, a fim de que mantivesse um trabalho de qualidade aos indivíduos que buscassem a unidade e os seus serviços.

> Ainda tivemos um problema com a parte de pediatria do local. No começo, após sermos remanejados para lá, o pediatra da unidade não quis ficar lá de jeito nenhum e, então, ele simplesmente se ausentou e foi para outro lugar. Então nossa unidade ficou sem um médico pediatra. Porém, como eu era médico de família e já tinha experiência no atendimento a crianças, o pessoal teve a ideia de eu ficar responsável também pelo atendimento das crianças das três Unidades de Saúde e ainda as crianças da UBS Bolo de Cenoura e UBS Pão de Mel. Eu achei isso um absurdo dado a imensa quantidade de crianças que eu teria de atender. Além disso, a pediatria dessas duas UBS não tinha o costume de realizar puericultura com essas crianças, tamanha a quantidade de crianças que elas atendiam e, por isso, elas só faziam consultas pontuais mesmo com as crianças. Foi uma mudança brutal eles me colocarem para atender 100% da demanda infantil das unidades de saúde e ainda me tornarem responsável pela gestão e trabalho das três. Nós também tivemos muita briga na unidade porque eram dois modelos de unidade de saúde – saúde da família e básica – completamente diferentes no mesmo ambiente. (Domingo no Parque)

O final do depoimento do médico "*Domingo no Parque"* novamente enfatizava a dificuldade que as equipes de saúde que com ele trabalhavam conseguirem conciliar seus processos de trabalho tão diferentes no mesmo ambiente. A diferença entre as culturas de trabalho, acolhimento e atendimento aos pacientes dos dois modelos que ele citou – USF e UBS – chocou muito as equipes médicas que foram remanejadas para a mesma unidade que o médico e, principalmente a ele. Uma das diferenças entre os dois modelos de atenção que mais chamaram a atenção do médico, de acordo com a sua narrativa, foi a questão da rotina de acolhimento à população.

> Então vamos falar desde o começo, desde o acolhimento. Nós da Unidade de Saúde da Família fazíamos sempre o acolhimento dos nossos pacientes. Então, se alguém procurava a nossa unidade, nós iríamos nos sentar com ele e verificar qual é a necessidade que ele tinha e se era algo urgente. Dessa forma, seguindo esse protocolo, nos deparávamos com duas situações: tinha coisa que a gente poderia resolver no mesmo dia com essa pessoa, mas também tinha coisa que não teria outra alternativa a não ser agendar uma consulta para outro dia. Havia problemas que caberia ao médico resolver, mas também tinha coisa que as enfermeiras poderiam resolver por nós ou pacientes que caberiam a dentista da unidade e assim por diante. Mas nós sempre priorizávamos um acolhimento humanizado e tranquilo sempre que possível para os nossos pacientes. Mas as Unidades Básicas de Saúde não tinham esse mesmo costume ao que parece. Pelo menos, não na UBS Pão

> de Mel. Nela, não existia esse acolhimento primário, eles desconheciam a palavra acolhimento e muito menos acolhimento humanizado! Como a recepção nessa UBS era única, muitos pacientes chegavam cedo e acabavam sendo dispensados porque a equipe dessa unidade básica de saúde não sabia se esses sujeitos eram pacientes dela ou de qualquer uma das Unidades de Saúde da Família que atendiam por lá também. Eles dispensavam as pessoas sem se preocupar se elas precisavam de um acolhimento ou não. Outra questão também era a de que independentemente de quem eles fossem pacientes, todos deveriam chegar na UBS muito cedo pela manhã, por volta das 7h e retirar a sua senha. As senhas geralmente iam até o número 10 ou 15 no máximo. Então, se o sujeito tivesse o azar de ser o número 16 na fila, ele não seria mais atendido naquele mesmo dia e deveria agendar uma consulta para outro dia. (Domingo no Parque)

Essa diferença em relação ao acolhimento e atendimento às pessoas que procuravam a unidade de saúde ocasionou, segundo "*Domingo no Parque"*, muito problema, pois não foram poucos os pacientes das três unidades de atenção que reclamavam que não conseguiam ser atendidas depois do remanejamento. Além disso, uma situação também preocupou o profissional: o fato de pessoas percorrerem longas distâncias, até mesmo a pé, em busca de uma vaga para serem atendidas e não conseguirem.

> A gente tinha muita briga por causa da distância. A distância entre as unidades é muito longa. Acontecia muito de pacientes virem a pé até a nossa unidade e por causa disso não conseguirem chegar em horários tradicionais, como às 7h, mas, sim, mais tarde e eram dispensados pelo restante dos funcionários da UBS. Eu não acho que tenha que dispensar! Muito pelo contrário, precisamos sentar-nos com essas pessoas e acolhê-las, ver a sua necessidade! Se o sujeito veio caminhando, é porque ele precisava, coitado! Pode não ter conseguido um transporte, pode não ter tido dinheiro para pegar um transporte público e por isso ele precisou vir a pé. Não eram poucas as pessoas que chegavam na porta da unidade meia hora, quarenta minutos depois, por volta das 7h30min. 7h40min e simplesmente eram dispensadas por não estarem lá pontualmente às 7h. Então, por conta desse sistema de acolhimento, nós tivemos muitos problemas no início. Havia casos até de crianças que por algum motivo atrasavam e eles dispensavam, diziam não ter pediatra e simplesmente eram mandadas embora. O pessoal esquecia que além de tudo eu era o médico pediatra responsável pelas cinco unidades de saúde. Se aparecia alguma criança com febre, eles dispensavam. Não deveria ser dessa forma.

Contudo, essa situação gerou para o médico "*Domingo no Parque"* várias reclamações e ouvidorias indesejadas que caracterizavam negligência do profissional por não acolherem sequer esses pacientes, especialmente quando se tratava de menores de idade, crianças.

> Como é que a gente começou a perceber que as coisas estavam indo mal? Quando vieram para nós algumas ouvidorias, algumas reclamações e eu fiquei muito nervoso! Caramba! Teoricamente, eu era o pediatra responsável, mas o pessoal estava dispensando as crianças sem me consultar, alegando não ter pediatra na unidade. Depois disso, eu precisei reunir a equipe e explicar: gente, sou eu, eu que estou atendendo a parte das crianças também. Então, por conta desses modelos tão distintos de trabalhar não havia uma comunicação eficaz, não havia conversa entre as equipes. Não havia acolhimento para a população, não havia organização do sistema de trabalho, havia muita coisa ruim na verdade. (Domingo no Parque)

É perceptível, portanto, através do relato do médico "*Domingo no Parque"* que essa reestruturação e remanejamento de equipes com processos de trabalho tão diferentes para um único ambiente de forma precoce trouxe inúmeros problemas ao invés de os resultados esperados. O relato do profissional expõe, na verdade, o aumento da sensação de caos e preocupação vivenciada pela equipe da linha de frente de enfrentamento à pandemia dos mais diversos municípios.

O choque entre os modelos de atenção primária à saúde – UBS e USF – não se restringiu somente ao médico "*Domingo no Parque"*. A médica "*Cálice"* relatou também uma dificuldade enfrentada por ela e por sua equipe quando tiveram que dividir o mesmo espaço com profissionais vindos de outro modelo de atenção básica à saúde e que, novamente, tinham um protocolo de atuação profissional distinto dos de sua equipe.

> Eu acho que o maior desafio que enfrentamos durante a pandemia, me refiro ao momento mais difícil mesmo, foi no ano passado, quando nós tivemos que sair da nossa unidade de saúde, onde a gente já tem tanto o vínculo com os pacientes, quanto o vínculo com a equipe, e fomos remanejados para as UBS! E eu falo que é totalmente diferente porque ao mesmo tempo em que eu conheci pessoas maravilhosas, eu também conheci pessoas tenebrosas (risos). (Cálice)

A médica cita ter notado depois desse fato muitas diferenças entre os protocolos que ela e sua equipe, profissionais de um PSF – Posto de Saúde da Família, similar à uma Unidade de Saúde da Família, seguiam em relação ao seu trabalho em relação à cultura de atendimento e trabalhos que a equipe da Unidade Básica de Saúde para qual eles foram remanejados seguiam. Segundo a profissional, não era somente a quantidade máxima de atendimentos permitidos que diferenciava os dois tipos de unidade de atenção primária à saúde, mas também a carga horária que os profissionais que as compõe realizavam semanalmente – no caso da UBS, por

exemplo, havia funcionários que diariamente poderiam realizar uma jornada de 3 horas.

Contudo, "Cálice" enfatiza que ela e sua equipe aprenderam muito com a equipe da Unidade Básica de Saúde para qual eles foram remanejados e que a partir dessa convivência mais frequente com essas pessoas, sua visão a respeito desses profissionais e de seu cargo mudou bastante. Além disso, a profissional contou, de forma confiante, que sentiu o mesmo em relação à equipe da UBS; ela sentiu que o olhar dos profissionais da UBS mudou muito em relação a ela e os demais funcionários que vinham de Unidade da Saúde da Família.

Nesse sentido, portanto, é possível ver que dessa vez esse remanejamento trouxe benefícios para os profissionais, ao contrário do que percebeu o médico "*Domingo no Parque"*.

No entanto, a reorganização dos municípios em relação as unidades de atenção primária à saúde não mudaram somente de uma forma externa, como se pode observar no relato desses dois profissionais, mas até mesmo o atendimento e estrutura nas dependências internas das Unidades Básicas de Saúde e de Saúde da Família mudaram, como foi demonstrado em um momento anterior deste trabalho.

Devido ao cenário caótico vivenciado em diversos municípios ocasionados, novamente, pela infraestrutura inadequada frente a chegada da pandemia e, sobretudo, pela falta de consenso entre os órgãos gestores de saúde que, por sua vez, ocasionou a falta de protocolos concretos a respeito da atuação dos profissionais na linha de frente de enfrentamento a pandemia, muitos municípios tiveram de elaborar de maneira autônoma seus próprios protocolos e orientações sanitárias de prevenção e contenção da transmissão do vírus e ainda orientar suas unidades de atenção básica à saúde a se dividirem para atender pacientes com sintomas respiratórios separados dos pacientes que apresentavam outras queixas.

> Então, quando o paciente chega, ele vai até recepção onde tem um vidro separando a recepcionista do paciente. Lá ele já fala a queixa que tem, se é uma síndrome gripal ou não, então, em seguida, ele é orientado a, caso apresentar sintoma gripal, a ir direto para uma sala para cumprir isolamento dos demais. Depois, a recepcionista já avisa a equipe, então uma técnica de enfermagem já vai paramentada até esse paciente para ver os seus sinais vitais! Em seguida, ela sai da sala e me avisa sobre o estado de saúde do paciente e, então, depois que eu me visto também com toda a paramentação, eu entro na sala da covid, onde o paciente está, para poder realizar a consulta com ele. Então o paciente fica aguardando lá na sala da covid até fazer a sua receita, cumprir todos os protocolos, fazer atestado para ele poder levar

> embora, dentre outros. Mas enquanto ele não tiver tudo isso em mãos ele não sai da sala da covid de forma alguma. Ele tem que ficar lá isolado até a gente terminar todo o procedimento exigido e necessário! E na recepção não fica nenhum paciente aglomerado, tem até uma praça lá na frente do posto onde os pacientes ficam muito lá, separados e nós acabamos indo lá na frente, chamar eles para o atendimento para não aglomerar na parte interna da unidade. (Pra dizer que não falei das flores)
>
> Aqui na unidade de saúde a gente teve que separar os atendimentos. Aqui, por exemplo, a gente está usando uma parte da garagem do fundo da unidade para atender somente covid. Foi colocado uma estrutura metálica com cobertura para poder atender pacientes com gripes e os suspeitos de covid. Na parte interna da UBS que a gente atende os pacientes que são outras queixas, outras doenças. Então, agora, a gente fez essa divisão e um médico fica na parte da síndrome gripal e o outro médico atende as outras queixas. (Apesar de Você)
>
> O lugar é pequeno, mas, mesmo assim nós reservamos um local específico, que não era aqui no meu consultório, para estar atendendo somente o pessoal que vinha infectado. Como tem a pracinha, às vezes quando acumulava uma pessoa, eu pedia para esperar nessa praça, em algum banco, então a pessoa ia lá esperar! Então a gente tinha toda essa questão da triagem. Nos organizamos de uma forma pra ficar bem bacana. (Alegria, Alegria)

A partir das narrativas apresentadas nesse capítulo foi possível observar que por conta do cenário incerto que muitos municípios e profissionais vinham enfrentando a partir da chegada da pandemia do vírus Sars-Cov-2, seja pela infraestrutura inadequada que tinham à sua disposição para enfrentar a pandemia, seja pela falta de protocolos e orientações concretas acerca de sua atuação enquanto profissionais da linha de frente, muitas cidades tiveram de se reinventar e se reorganizar da melhor forma que encontraram no momento a fim de proporcionar um atendimento seguro para a população que dependia do Sistema Único de Saúde.

Apesar da boa intenção, foi inevitável o choque entre modelos de atenção primária à saúde que, na maioria das vezes, tiveram de dividir o mesmo espaço e pacientes entre si. Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família, dois modelos de atendimento primário à saúde que em seu cerne, de acordo com a legislação, deveriam sim, se complementar, mas que, na prática, devido ao regime de jornada de trabalho e especificidades de cada modelo, chocavam-se muito e geravam à população um sentimento de despreparo ainda maior em relação ao enfrentamento da situação da pandemia.

Essa circunstância, apesar de difícil, contribuiu para que os profissionais não só aprendessem competências e virtudes como a resiliência e alteridade quanto ao ambiente de trabalho que em alguns casos foi modificado como, também, em relação aos seus colegas de trabalho e à própria população que buscava na figura do

profissional médico, uma maior segurança em relação a como poderiam enfrentar a pandemia de uma maneira eficaz e segura.

Discussão e aprendizado

O ser humano é um ser vivo que está em constante aprendizado. Na área da Pedagogia e da Educação, grandes teóricos como Piaget e Vygotsky são estudados a fim de que o homem possa compreender mais como se dá o seu processo de ensino-aprendizagem.

Das grandes personalidades que são estudadas sobre esse assunto, o nome de Vygotsky se destaca, uma vez que o autor, conhecido por sua teoria socio-interativista ou também conhecida como sociocultural, afirma que a interação do homem com o meio proporciona o seu desenvolvimento cognitivo. Em outras palavras, o contexto e o meio no qual o ser humano está inserido irá interferir diretamente no seu processo de ensino-aprendizagem proporcionando ao indivíduo uma aprendizagem efetiva.

Nesse sentido, é possível compreendermos melhor o porquê de aprendermos mais em determinadas circunstâncias do que em outras. É o caso, por exemplo, da pandemia de COVID-19 que acometeu todo o globo em meados de 2019 e 2020.

Paulo Freire disse: “ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediados pelo mundo.” (Freire, 1987, p.79).

Freire defende em sua pedagogia um aprendizado que acontece no contato com o mundo, com o cotidiano, essa troca de saber. Os médicos puderam vivenciar na prática tal pedagogia e tirar entendimentos tão profundos, aprendizados significativos dessa situação. Aprendizados também técnicos, mas principalmente humanos. Realmente ninguém aprendeu com ninguém, foi um “aprendizado em comunhão”.

Ainda parafraseando Paulo Freire, os médicos “esperançaram”, e não esperaram. De maneira corajosa, agiram diante do desafio.

Os médicos supervisionados que participaram deste estudo retornaram aos seus postos de trabalho. A divisão das Unidades entre sintomáticos, assintomáticos e de monitoramento durou o tempo necessário para o enfrentamento que gradualmente

foi retornando ao normal. Se é que tal palavra faz sentido. Uma vez que a atenção à saúde como um todo, seguirá de maneira diferente. Em alguns aspectos, assim como ocorreram mudanças já citadas no âmbito pessoal da vida dos profissionais, o sistema também, atua em alerta, promovendo prevenção e acompanhamento em alguns casos específicos.

Apesar de ser uma situação trágica e repleta de incertezas e indagações, a pandemia do coronavírus, assim como outras difíceis situações pelas quais a humanidade já passou, proporcionou a todos um constante aprendizado. Muitos momentos de reflexões e questionamentos a respeito de quem somos, o valor da nossa vida e sobre a valorização e gratidão pelo tempo presente.

Como destacado por um dos médicos “a valorização do encontro, do encostar, do abraço, do sentir, isso é estranho. A gente estava sempre se abraçando, mas parece que agora eu tenho uma sensação diferente, não é igual, eu sinto isso”.

Depois de batermos a marca de mais de seis milhões de mortes por COVID-19 em todo o mundo e, desses seis milhões, mais de seiscentos mil óbitos serem contabilizados somente no Brasil tornou-se praticamente impossível o homem não refletir sobre suas escolhas, seus hábitos e estilo de vida e sobre as incertezas do amanhã.

Após vivenciarem momentos difíceis de incertezas, angústias e perdas, os profissionais da área da saúde, sobretudo os que atenderam diretamente na linha de frente da pandemia foram capazes de testemunhar com maestria sobre esses aprendizados adquiridos pós-COVID-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode se considerar por meio das entrevistas que o período pandêmico mesmo sendo caótico e assustador para os profissionais da linha de frente, foi uma experiência que proporcionou muitas aprendizagens e reflexões para todos os profissionais envolvidos, principalmente ao que se refere à gratidão e valorização da vida e do momento presente, o contato físico com pacientes, amigos e familiares próximos, e não menos importante, a valorizar ainda mais a necessidade de ter novos conhecimentos científicos para poder agir com alguma segurança e saber se proteger e proteger os trabalhadores e pacientes, com equipamentos de proteção individual e com cuidados pessoais. Também foi possível refletir criticamente sobre o lidar com o trabalho em equipe nas unidades de saúde em uma situação tão precária e em outros pontos de atendimento, nas redes de atenção.

Foi possível observar o envolvimento destes médicos do PMM com o trabalho cotidiano, questões e preocupações comuns e algumas características singulares que permearam a prática de cada um dos dez profissionais.

A Atenção Primária a Saúde, que já não vivia um momento de valorização pelo então Ministério da Saúde nos anos de 2020, ficou muito fragilizada durante o período. As mudanças de locais desvincularam as comunidades daqueles que lhes atendiam de maneira mais pessoal, por conhecer a realidade. Sobretudo a demanda imposta pela urgência do Covid-19, sobrecarregou as unidades pela necessidade da reorganização, e afetou a dinâmica de trabalho de cada profissional.

Trazer esta pesquisa é um exercício de recuperação de um período que nos marcou profundamente na vivencia e experiencia no trabalho na APS e que precisa ser registrado, descrito e analisado para que possamos estar atentos ao presente e nos prepararmos com energia para as adversidades do futuro incerto que temos a frente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BBC NEWS BRASIL. Cronologia: de pneumonia misteriosa a mais de 150 mil mortes por covid-19. YouTube, 20 de abril de 2020. Disponível em: <https://youtu.be/5NJaUIHtwOo>. Acesso em: 25 jun. 2022.

BOTACIN WG, Gonçalves MD. Estratégia de Saúde da Família: atuação e desafios frente ao cenário de COVID-19. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2022out./dez.;11(4): 67-85

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* Brasília, DF, 22 out. 2013a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Portaria Interministerial 1.369 de 08 de julho de 2013. Artigo segundo.

BRASIL. Portaria GAB – MS número 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)

CAMARGO, K.R.; COELI, C.M. A difícil tarefa de informar. PHYSIS. REVISTA DE SAÚDE COLETIVA, v.30, n.2, p.1-5, 2020.

CYRINO, E. G. et al. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança. Escola Anna Nery, v. 19, n. 1, p. 5-6, 2015.

DRA. NATHÁLIA LUCENA ENSINA. Diferença entre Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, UBS e USF, eSF e eAP. YouTube, 26 de março de 2022. Disponível em: <https://youtu.be/qsBJQ2D_ue8>. Acesso em: 30 ago. 2022.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF). Portal da Secretária de Atenção Primária à Saúde, Brasília/DF. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em: 30 ago. 2022.

FEUERWERKER L.C.M. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.

FEUERWERKER L.C.M. Capozzolo, A.A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo trabalho em saúde. In: CAPOZZOLO, A.A, CASETTO S.J, HENS A.O, organizadores. Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 35-68.

FREIRE, PAULO. Pedagogia do Oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, PAULO. Pedagogia da Esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREITAS FPP, Dal Chiavon AC, Miranda CZ. Supervisão acadêmica de médicos em áreas indígenas durante a pandemia de Covid-19. Interface (Botucatu). 2023; 27: e220086 https://doi.org/10.1590/interface.220086

GOMES, R.. Pesquisa qualitativa em saúde / -- São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

LOLAS, S. F. Perspectivas bioéticas en un mundo en sindemia. Acta bioethica [Internet]. SciE-LO Agencia Nacional de Investigacion y Desarrollo (ANID); 2020 May;26(1):7–8. http://dx.doi.org/10.4067/s1726-569x2020 000100007

METEORO BRASIL. Como nasceu o SUS. YouTube, 17 de agosto de 2020. Disponível em: < https://youtu.be/ORu-nnmyVKo>. Acesso em: 03 jul. 2022.

PAINEL CORONAVÍRUS. Portal Informativo sobre o Coronavírus no Brasil ligado ao Ministério da Saúde, Brasília/DF. Disponível em: < https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 01 out. 2022.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: Pereira I.B, Lima J.C.F organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 419-26.

PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO DO CORONAVÍRUS (COVID-19) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/37>. Acesso em: 10 jan. 2022.

REGO, T. C. Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

REIS, C.C.L.; HORTALE, V.A. Programa de Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em municípios de médio porte. Cad Saúde Pública. v.20, n.2, p. 492-501, mar-abr 2004.

Sousa, AJM et al. Atenção Primária à Saúde e COVID-19: Uma revisão integrativa. Cadernos ESP. Ceará – Edição Especial. 2020, JAN. JUN.; 14(1): 45 – 52

WENHAM C, LOTTA G, Pimenta D. Mosquitos e Covid-19 são uma bomba-relógio para a AméricaLatina. LSE Latin America and Caribbean Blog; 2020 Abril 6. https://blogs.lse.ac.uk/latamcari-bbean/2020/04/06/mosquitos-e-covid-19-sao-uma-bomba-relogio-para-a-america-latina/

ANEXO I / Aprovação no comitê de ética

UNESP -FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MÉDICOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA POR CORONA VÍRUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: ANDRE LUIZ CASTILHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31076220.3.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.001.191

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório com observações quanti e qualitativas obtidas a partir de entrevistas com médicos participantes de programa Mais Médico para Brasil. Os pesquisadores justificam a realização da pesquisa diante da progressão do coronavírus no Brasil, e da importância reconhecer o impacto da pandemia na atenção primária sob a ótica dos médicos participantes do programa Mais Médicos para o Brasil.

Os autores ressaltam a atenção primária como estratégia prioritária para organização do sistema de saúde, a importância de que profissionais atuem no SUS cumprindo os princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção ao indivíduo. Destacam ainda que a Lei número 12.871, de 2013 institui o Programa Mais Médicos com o objetivo de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS). E propõe, portanto, investigar de que forma os médicos do programa mais médicos para o Brasil (PMMB) estão se posicionando no enfrentamento do corona vírus, SARS-COV-2 em atuação na Atenção Primária em Saúde.

Como metodologia é descrito que haverá coleta de dados para os médicos supervisionados do PMMB por meio da aplicação de uma entrevista com questões fechadas e abertas. O questionário inclui questões de formação do profissional, tempo de formação e dados demográficos, esses dados quantitativos serão caracterizados por frequência simples. O questionário aberto inclui 7 questões abertas sobre percepções, necessidades e anseios e desafio frente a pandemia; se o médico se sente amparado tecnicamente quanto às condutas a serem tomadas; como a equipe e a

Endereço: Chácara Butignolli , s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 **E-mail:** cep@fmb.unesp.br

rede de saúde tem se organizado nesta situação.

Os dados qualitativos serão analisados a partir de categorias temáticas segundo Bardin, e os resultados de acordo com pesquisadores, poderão contribuir com propostas de trabalho pautadas nas necessidades do SUS frente a pandemia de corona vírus.

A pesquisa será realizada com médicos do programa mais médicos sendo proposto entre 20 e 30 participantes, numero determinado a partir do critério de saturação.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o impacto da pandemia por corona vírus no olhar do médico supervisionado na atuação na Atenção Primária em Saúde

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar os sentimentos, percepções, necessidades e anseios que os médicos do programa mais médicos para o Brasil identificam no seu trabalho na Atenção Primária,

Compreender a capacitação técnica, preparo para trabalho em equipe somado ao contexto interinstitucional e interdisciplinar que se impõe no momento.

Analisar as consequências da pandemia no trabalho em atenção primária e fazer entender o seu real papel e compreender seu papel no cenário atual.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos, referentes ao tempo e desconforto para as respostas ao questionário aplicado na pesquisa. Benefícios indiretos estão associados à melhora da qualidade da assistência médica em situação, como a atual de uma pandemia, a partir da avaliação dos dados das entrevistas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se pesquisa quanti qualitativa a ser desenvolvida como dissertação de mestrado em Saúde Coletiva na linha de Pesquisa: Formação de Profissionais de Saúde: Estratégias e Integração com a Comunidade, por André Luiz Castilho orientado pela professora Dra. Eliana Goldfarb Cyrino. A pesquisa será desenvolvida com 20 a 30 médicos do programa Mais Médico para o Brasil , e o pesquisador é preceptor desse programa na regional Marilia desde 2017 e será o responsável por

aplicar o instrumento de obtenção dos dados, por telefone, utilizando plataforma virtual ou em entrevista presencial. Projeto está bem contextualizado, indica o questionário a ser respondido pelos participantes da pesquisa e a metodologia de análise qualitativa do instrumento elaborado para a pesquisa.
A pesquisa será realizada com financiamento próprio; e o cronograma compatível indicando que a pesquisa terá início em 1 de junho 2020.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
São apresentados os documentos obrigatórios Folha de Rosto devidamente assinada, sendo a instituição proponente a FMB, TCLE e projeto de pesquisa.
É descrito que também haverá ciência e anuência dos gestores municipais e da coordenação local do programa Mais Médico para Brasil para a realização do presente trabalho.
TCLE é apresentado na forma de convite, esclarece o objetivo da pesquisa e garante sigilo e possibilidade de desistência pelo participante.

Recomendações:
Considerando as orientações para condução de pesquisas e atividades dos CEPs durante a pandemia provada pelo coronavírus SARS-CoV-2, carta circular CONEP, 01 de abril de 2020, "será aceita, em caráter excepcional, a dispensa das assinaturas nos documentos necessários para a submissão dos protocolos de pesquisa, durante o período em que estiverem instaladas as medidas de segurança para a saúde pública. O CEP deverá acompanhar os protocolos com documentos nessa condição, solicitando a devida retificação, assim que possível." Assim, solicita-se em momento oportuno envio dos documentos assinados via Plataforma Brasil: termos de anuência dos gestores municipais e coordenação local do programa em que os médicos estão vinculados no PMMB.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
O CEP-FMB deliberou APROVADO o projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação

Continuação do Parecer: 4.001.191

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1546585.pdf	27/04/2020 15:53:27		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/04/2020 15:52:50	ANDRE LUIZ CASTILHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodeMestrado.pdf	27/04/2020 15:49:36	ANDRE LUIZ CASTILHO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	27/04/2020 15:48:40	ANDRE LUIZ CASTILHO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

BOTUCATU, 30 de Abril de 2020

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignolli , s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 **E-mail:** cep@fmb.unesp.br

ANEXO II / Termo de consentimento livre e esclarecido

CONVIDO, a(o) Senhora(o)_____
para participar da Pesquisa intitulada “PROCESSO DE TRABALHO MÉDICO E COVID-19 NO ÂMBITO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL”, que será desenvolvida por mim mestrando André Luiz Castilho, com orientação da Professora Drª Eliana Goldfarb Cyrino, da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Esta pesquisa busca conhecer melhor o impacto da pandemia do novo corona vírus (COVID-19) no trabalho dos Médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil.

Sua participação nesta pesquisa será individual, e o mesmo será gravado para auxiliar em posterior transcrição e análise das informações. Após a transcrição do material as gravações serão destruídas.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é 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 pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contrato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8 às 11:30 e das 14 às 17 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem, no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, _____/___/_____

_____ _____
Pesquisador Participante da Pesquisa

Pesquisador: André Luiz Castilho
Endereço: Rua Santa Helena 909, casa E 118, Jardim Alvorada, Marília - SP
Telefone: (14) 998110073
Email: andrecastilho1975@yahoo.com.br

Orientadora: Profª Drª Eliana Goldfarb Cyrino
Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu
Telefone: (14) 3880-1126
Email: eliana.goldfarb@unesp.br

ANEXO III / Roteiro de entrevista

IDENTIFICAÇÃO

1. **Qual a sua procedência, cidade de origem:**
2. **Qual o país que concluiu a graduação:**
3. **Possui CRM: [ ] sim [ ] não; número:**
4. **Idade: ____ anos**
5. **Gênero: [ ] masculino [ ] feminino**
6. **Estado civil: [ ] solteiro(a) [ ] casado(a) [ ] união consensual [ ] separado(a) [ ] divorciado(a) [ ] viúvo(a)**
7. **Possui outra formação superior, residência ou especialização:**
9. **Qual o tempo que está no programa: .**
10. **Trabalhos anteriores:**
11. **Cidade onde trabalha:**

QUESTÕES NORTEADORAS

1- **Como foi a chegada da pandemia no seu processo de trabalho?**

2- **Fale um pouco dos seus medos, sentimentos e desafios frente a pandemia**

3- **Como está sendo feito o trabalho de supervisão por parte dos supervisores?**

4- **O que foi feito de diferente ou está sendo feito em relação a atenção primária no seu município de atuação?**

5- **Como essas mudanças/adaptações repercutiram no processo de trabalho?**

6- **Como a equipe tem trabalhado do ponto de vista da organização frente a epidemia?**

7- **Como está organizada a rede em atendimento aos sintomáticos respiratórios?**

8- **Como você está se sentindo amparado em relação a uso de EPI (s) e as condutas a serem tomadas no sentido de capacitação técnica pertinente?**

9- **Por que você está trabalhando no mais médicos?**

10- **Quais as mudanças na sua vida pessoal pós covid?**

11- **Quais as mudanças na sua vida profissional pós covid?**

12- **O que você aprendeu com essa pandemia?**

ANEXO IV /Entrevistas com médicos do PMM

Entrevistadora (Ent): Então bom dia. Nós vamos realizar entrevista com médico dos Mais Médicos, para pesquisa de mestrado do professor. E então a gente vai estar conversando com você! A primeira parte da entrevista é sobre sua identificação. Sobre seu processo profissional e então na sequência falar do covid. Então eu queria que você contasse um pouquinho para gente da onde você é, onde você nasceu, onde estudou, onde você fez faculdade de medicina, contasse um pouquinho pra gente sobre isso!

Médico: Eu nasci em Ourinhos e fiz faculdade em Marília. São 90 a 100 km de distância. Fiz FAMEMA, Faculdade de Medicina de Marília, me formei em 2014. Eu comecei, tinha um plano de fazer residência em cirurgia e ser cirurgião de cabeça e pescoço (risos) uma professora minha falou assim que isso era muito estranho, né! Mas ela falou assim... vai, experimenta e ver qual que é a sua né! Você não sabe que tipo de médico você é ainda, você é só um estudante! Eu prestei, passei onde eu queria comecei cirurgia lá em Santos na Santa Casa de Santos. E lá eu acabei percebendo que não, não era aquilo lá não. Então eu ficava muito mais atento ao risco de trombose em pacientes que estavam acamados há muito tempo, eu queria ver qual era a indicação de antibióticos, que o pessoal não se atentava muito para isso, pessoal queria operar, né! E ai eu fui percebendo que não, eu acho que eu quero outro tipo de cuidado, queria ver o paciente como um todo, enfim! Abandonei essa residência e iniciei no Mais Médicos, em 2015. Na verdade, ainda era PROVAB (Programa de Valorização da Atenção Básica). Eu terminei o PROVAB, gostei muito dessa experiência e logo que acabou o PROVAB eu já comecei o Mais Médicos, eu já estou no meu segundo ciclo de Mais Médicos, já eu tô no sexto ano de Mais Médicos, sétima atenção primária. Nesse período eu fiz a especialização em Saúde da Família pela Unifesp, fiz um mestrado em Ensino em Saúde, voltado para comunicação entre os médicos na rede, na rede primária, pela FAMEMA e finalmente, tive condições de prestar a prova de título de Médico de Família, pela Sociedade Brasileira. Então consegui chegar até aí (risos) e agora eu tô nessa fase né, de terminar o Mais Médicos e começar na rede propriamente dita ou uma carreira acadêmica, enfim...ter mais flexibilidade, eu imagino! Mas eu venho aproveitando o Mais Médicos como uma grande experiência profissional, tudo que eu tinha pra aprender, pra fazer, eu me dediquei aqui porque ele me dava muito recurso, em termos de discussão, de aprofundamento! Talvez sozinho na rede eu não teria. Eu não tive condições de fazer a residência em Medicina de Família, na época meu pai não tava legal, então eu já precisava trabalhar, eu comecei a trabalhar, fui trabalhando, fui me aprimorando, fui querendo dar o melhor, né! Mas eu não consegui parar e fazer a residência. Isso ainda me machuca um pouco, não ter a experiência da residência em Medicina de Família, eu queria muito que alguém da área mesmo para poder conversar, né, em termos de formação. Então eu tive poucos contatos com os médicos de família, no entanto, um contrassenso ai, mas me dedico ao máximo para ser um bom médico de família!

Entrevistadora: E atualmente você tá aonde?

Médico: Eu to desde o começo, aliás, na mesma Unidade de Saúde, que para mim assim é um grande privilégio, então eu pude ver vários ciclos de vida, tenho crianças hoje, nossa, tão com 5 aninhos aí que eu tô cuidando desde de bebezinho. Eu to na Unidade de Saúde da Família Vila Nova, ela fica numa área próxima a uma comunidade aqui de Marília, é uma área que é bem carente de recurso, carente de várias situações, é uma unidade que ela já existe há 18 anos e quando eu cheguei ela estava sem médico fixo há anos. Então eles tinham apenas coberturas de médicos, né, que passaram por aqui por períodos de alguns meses, algumas vezes por semana, enfim, então eu estou fixo aqui desde o começo, né, desde o PROVAB, em Marília na USF Vila Nova.

Ent: E quantos anos você tem?

Medico: Eu to com 34.

Ent: Tá certo! E você mora sozinho? Você tem companheira? Companheiro?

Médico: Não, hoje eu tenho uma companheira, eu iria casar no dia primeiro de maio, mas a pandemia não deixou (risos) então eu vou casar, se der tudo certo, em julho, só no civil (risos)

Ent: E vocês não têm filhos ainda?

Médico : Não temos! Não temos! Era, fazia parte do plano, né! Casar e já planejar tudo isso, mas tá tudo adiado também, os filhos!

Ent: Me conta um pouquinho assim, como foi para você, quando chegou a pandemia? Que sentimentos você teve? Seus medos? Como foi pra você o começo da pandemia?

Médico : Foi tenso! Foi tenso! Eu lembro que, quando eu comecei a acompanhar pela televisão, as notícias da China, em seguida a China, se eu não me engano, caminhou direto para Europa, em países bem desenvolvidos, e assim, na hora eu tive um vislumbre que quando isso chegasse ao Brasil, aonde eu estivesse, aqui no caso seria o Vila Nova, eu veria a mesma coisa que eu estava vendo na época, na Itália! Muita gente morrendo, aqueles transportes de corpos em caminhões militares, eu estava vislumbrando aquilo, tá! Por que? É um vírus, a gente não sabia como era exatamente o coronavírus, mas ele é vírus de transmissão respiratória. Eu lido com áreas de comunidade em que apenas um cômodomoram 5 pessoas, com condições de higiene muito precárias. A minha assistência aqui também é muito limitada, enfim, eu já vislumbrava naquele início uma coisa assim muito terrível aqui para a área onde eu estivesse, né! Então eu tive muito medo, medo de não conseguir cuidar dessas pessoas, medo de não ter recursos para elas, medo de precisar de recursos que são mais da área da urgência, emergência, por exemplo as entubações, por ser um vírus respiratório, medo de não conseguir entubar, aliás não entubo faz anos, parei de dar plantão logo no início, que eu comecei a me dedicar à Atenção Primária, né! Aqui no Vila Nova, quando eu cheguei no Vila Nova, já tem 6 anos, já havia um problema em relação ao AMBU, o AMBU nosso já estava quebrado antes de eu chegar, então a gente já não tinha o AMBU, eu tinha um AMBU infantil, mas não tinha um AMBU adulto. Então na época eu já me preparei pra comprar máscara laríngea, pra comprar um AMBU pra mim mesmo. A gente checou as pilhas do laringo, nossa, o laringo não estava funcionando, não tava OK. A nossa equipe não tava preparada para uma situação de insuficiência respiratória, enfim, veio muito medo, veio muita preocupação, drogas para tentar sedar alguém, o nosso cilindro de oxigênio ele não tava totalmente completo, olha, veio tudo de uma vez só, muito medo, muita apreensão, né, nossa, da equipe. A nossa unidade, a gente não teria condições de fazer um isolamento para atendimento, eu lembro que quando avançou um pouquinho mais a pandemia, chegaram os primeiros casos em São Paulo, a secretaria de Marília começou a discutir mais a fundo, bom alguma coisa a gente vai ter que fazer, e aí começaram a aparecer os primeiros protocolos, né! Logo de cara, a gente já não tinha máscara N95, que na época era a mais recomendada, fora a cirúrgica, a N95...aventais, eu lembro que foi improvisado um avental para gente, eu tenho 1,85, peso 100 quilos e o avental não entrava em mim (risos) não entrava em mim o avental, então a enfermeira colocou em mim como se fosse um avental cirúrgico, amarrou do jeito que deu, enfim. E tudo isso ainda era março, ainda era o começo de março e eu ainda achava que eu viria, muito tempo depois, um paciente sintomático respiratório com suspeita de covid. Eis que, ainda em março, o primeiro caso da Saúde Pública, ele foi feito com hipótese diagnóstica aqui no Vila Nova, em Marília. Era um paciente nosso, ele estava em Portugal fazia eu já 60 dias, por um paciente assim que não deveria estar lá, mas estava lá por condições que eu não consigo comentar com a senhora, não sei explicar, o sabe, eu não consigo dizer a situação que ele estava lá, mas ele voltou para cá, voltou para cá com suspeita de febre né, calafrios, febre, uma queixa de dor de garganta e de dente. Tá! E esse sujeito apareceu no Vila Nova, no começo, ele não era para estar lá, ele mora lá, ele veio pra comunidade, tava em Portugal, como atendê-lo? O que fazer? Não tinha nada, não tinha nada, o que a gente combinou? Vamos supor, paciente, aguarde um estantinho, na nossa salinha de acolhimento, ela não tem teto, ela é só algumas paredes de divisória e não tem teto, então o senhor aguarde aqui no nosso isolamento sem teto, enquanto eu vou me preparar. Me preparar com aquele avental que não cabia em mim, e eu não sabia como perguntar nem o que fazer! Torcendo para ele não tá mal, e ele não tava mal, tava bem até, mas ele veio de lá! Terminei o atendimento, a gente teve que ligar na Secretaria, Secretaria, como eu faço agora com essa suspeita? A Secretaria não tava preparada, olha

precisaria colher um tal de SWAB, mas quem coleta o SWAB? Olha não tinha ninguém para coletar o SWAB! Ai o que a gente fez...a Secretaria mandou o kit de SWAB para a gente, pra gente mesmo coletar o SWAB. Nesse intervalo, esse paciente fugiu! Ele ficou com muito medo e fugiu, ele saiu da unidade e sumiu! Enquanto vinha o aparelho de SWAB, a gente começou a andar na região, onde ele tava, ligar no celular, a gente foi acalmando-o e dai ele concordou em fazer a avaliação completa! Nisso havia chegado o kit e a gente conseguiu fazer a coleta. E ele ainda soltou pra gente...a irmã dele que mora na comunidade, com outros quatro filhos, num ambiente que é dois cômodos, e ele havia visitado a irmã! A esposa desse paciente trabalha no mercadão, então o mercadão municipal e ele era uber! Então assim, na hora que eu vi aquilo eu pensei, tá, todos os meus medos, as minhas aflições, tudo veio num dia só! Então não cabia o avental em mim, eu não conseguia digitar com a luva e examinar, eu tenho que trocar a luva? Eu havia colocardo duas luvas, minha mão é grande, só tem luva M aqui, vai coletar o SWAB, não tem SWAB, veio SWAB depois de 40 min...a enfermeira coletou o SWAB, mas ela teve que olhar antes no YouTube, alguma coisa, como coletar, como fazer, porque também não tinha! Paciente fugiu, ele voltou, eu não sei o que eu faço, como é que notifica isso? Acho que na época não tinha nem CID, né, se tinha que usar alguma coisa genérica né, para fazer, enfim! O atestado, na época, eu pesquisei e tal e encontrei um atestado que se eu não me engano era de 20 dias, 25 dias, era bem no comecinho né, não tinha protocolo. E com medo desse homem morrer depois, eu vou reavaliar ele? Eu trago ele pra unidade denovo, não trago? Será que é pior? E a gente vai até a casa da irmã? São quatro criança, enfim...no começo eram muitos medos, muita apreensão, foi muito difícil, e eu acho que ainda hoje é não muito diferente não! Eu ainda continuo com medo, com muita apreensão, mas eu não consigo resolver isso, se a senhora quer saber, sabe? Eu ainda, eu consegui o AMBU, eu consegui o AMBU, esse AMBU ele veio com uma verba para o covid, veio um novo Kit de lâminas para entubação, eu não tenho material sedativo para fazer uma entubação legal, relaxante, eu não tenho ainda...a gente tentou fazer de uma maneira bem rústica, como seria uma entubação na nossa salinha de procedimentos, que ela é bem apertada né, e asssim, é tudo muito chocante para gente, é muito fora da nossa, da nossa realidade, mas eu ainda tenho muito esse medo, do paciente mal e a gente não ter condições assim, de atender e de cuidar, isso eu ainda tenho muito!

Ent: E me conta qual foi o desfecho desse paciente?

Médico: Esse paciente, na época, demorava mais de 15 dias para sair o resultado do SWAB, ele, sabemos da boca pequena tá, ele não cumpriu o isolamento, ele precisava trabalhar, ele trabalhou de Uber, a esposa não cumpriu o isolamento também e continuou trabalhando, por cargas d'água, acho que passaram 2-3 dias, por incrível que pareça, a irmã trouxe as crianças para tomar vacina na nossa área aqui, e ele ficou bem, e o resultado saiu negativo! Naquela mesma semana, acho que passaram 7 dias, eu tava aqui atendendo, tava até no horário do meu almoço, eu comecei a sentir muita dor de cabeça e rinorreia! Uma hora, uma e pouco eu falei, tá, mas e agora? O que eu faço? Dai eu ali como médico eu tive uma crise...será que eu tenho que fazer alguma coisa? Quando é com a gente eu não sei nem dar uma dipirona pra mim mesmo, fico na dúvida! Liguei para a colega da vigilância e falei, olha, eu to assim, assim, assado...aí ela falou, você não foi o que atendeu o fulano? Falei, foi! Perai, ela desligou e retornou, olha você é agora considerado um sintomático respiratório! Então eu também fiquei isolado, também coletei SWAB e naquela mesma semana quando eu coletei o SWAB, as pessoas se assustaram aqui na unidade, uma com dor de garganta e uma outra que também tava com rinorreia e uma tosse seca...não sei se por questões somáticas ou se realmente estavam, mas referiram! Então naquele dia, não tinha também SWAB naquele dia, então eu fui embora, fui dispensado, voltei no dia seguinte cedo aqui na unidade pro pessoal fazer o SWAB em mim e nas outras duas colegas, né! Naquela época gente não sabia o resultado ainda do menino, então ficou todo mundo isolado sem saber resultado de ninguém (risos) mas o menino evoluiu bem, ele ficou sem sintomas depois de 15 dias saiu o resultado dele negativo e eu achando que eu ia morrer em casa, porque tava bem no comecinho, eu havia coletado SWAB, imagina só, então foi uma situação muito angustiante. Eu acho que naquela época foi até um pico de estresse, eu tava sentindo, fiz uma dor de cabeça e acho que foi mais isso mesmo!

Ent: E você teve covid?

Médico: Não, eu fiz dois SWABS no total, nas duas situações estava com sintomas respiratórios, mas todos negativos! Minha esposa fez uma vez também, ela é enfermeira, ela tá trabalhando na Oncologia agora, mas também negativo, então não tive nenhum sinal de covid, pelo menos pelo SWAB né!

Ent: Você ta vacinado né ?

Médico: To vacinado! To vacinado! Aliás na nossa unidade não tivemos nenhum caso de covid, o único caso positivo que tivemos aqui é de um esposo de uma funcionária! Ela já estava vacinada, então o marido apresentou todos os sintomas, SWAB positivo, mas ela foi negativa, fez isolamento, fez SWAB mas tudo negativo, então na nossa unidade, ninguém!

Ent: Me conta uma coisa, assim, que mudou no seu processo de trabalho, quando chegou a pandemia? O que mudou? O que você fazia antes e que você teve que reestruturar, reorganizar no seu trabalho como médico na sua unidade?

Médico: Vamos lá! Na verdade, aqui em Marília, bem precocemente a gente dividiu em unidades sintomáticos respiratórios de unidades assintomáticas, isso foi bem precoce. No final de março, se eu não me engano, isso já aconteceu, em 2020. Então foi uma mudança de processo de trabalho muito brusca, porque nós tivemos que sair daqui da nossa estrutura, do Vila Nova, e nós passamos atender na UBS São Judas. Então nós fomos para um outro prédio, um prédio muito grande que funcionava uma antiga UBS e nós passamos atender lá. Então naquele espaço estavam eu, médico da USF Vila Nova, responsável por USF Vila Nova, USF Vila Barros e USF Palmital, então eu sozinho fiquei responsável por três Unidades de Saúde, de uma vez só! A gente ficou, em ao mesmo tempo, e esse é um grande problema, e ao mesmo tempo a UBS São Judas continuava com os teus atendimentos habituais, cobrindo a área da UBS São Judas mesmo e uma área mais da UBS Castelo Branco. Então naquele prédio enorme estavam duas equipes, uma de saúde da família e uma tradicional UBS. Ainda tivemos problema com a parte de pediatria, no começo o pediatra ele não quis ficar lá de jeito nenhum e ele se ausentou, ele foi para outro lugar. Não tinha pediatra, como eu era médico de família e atendo crianças, a ideia foi eu ficar responsável pelas crianças das três Unidades de Saúde e ainda as crianças da UBS Castelo Branco e UBS São Judas. Isso, só de criança seria uma coisa assim absurda, porque a pediatria em si dessas duas UBS elas nem fazem puericultura, então é tamanha a quantidade de crianças e que ele só fazem consultas pontuais mesmo, então não tem necessariamente uma puericultura. Eles me colocaram para atender 100%, na hora assim foi bem brutal, fora a questão assim de muita briga, porque eram duas Unidades de Saúde, com dois processos de trabalho absolutamente diferentes. Então vamos começar do começo, acolhimento, nós fazemos sempre acolhimento, então sujeito procurou a nossa unidade, a gente vai sentar com ele e verificar qual é a necessidade dele! E tem coisa que a gente resolve no mesmo dia, tem coisa que a gente agenda, tem coisa que o médico resolve, tem coisa que enfermeiro resolve, tem coisa que dentista resolve, e assim, tem coisa que o agente comunitário resolve, e por ai vai, mas sempre sentado e conversado na maior tranquilidade possível. Na UBS não, não existe acolhimento, eles desconheciam a palavra acolhimento! Como a recepção era a única, muitos pacientes chegavam cedo e eram dispensados porque não se sabia de quem era esse paciente, se ele era um paciente de Unidade Saúde da Família, que precisava ser acolhido, ou se era um paciente de UBS que não precisa de acolhimento, tem que vir às 7, pegar a senha, são 10 a 15 fichas lá organizado entre eles, e se você é o 16 você vai voltar amanhã. Então só isso já dava muita briga, muito paciente que dizia poxa vida, mas eu passava sempre na minha unidade, por que que agora não passo? Isso não tem lógica nenhuma, então dava muita briga logo na recepção. A gente tinha muita briga também em relação às distâncias, essas distâncias dessas unidades são muito longas, então pacientes vinham a pé e realmente não conseguiam chegar em horários tradicionais, como a sete da manhã, chegavam mais tarde! Não tem que dispensar! Não tem que mandar embora, tem que sentar, acolher e ver a necessidade! Se ele veio caminhando, ele vem mesmo né, coitado, ele não conseguiu transporte, não tem dinheiro, ele veio a pé, e muitos chegavam lá na porta 7:30, 7:40, 8 horas e tchau, vai embora porque esse horário não era 7 horas da manhã, então logo de cara na parte do acolhimento já tinha muita briga! Na parte das crianças ainda, criança que chegava fora de horário não tem pediatra, o pessoal esqueceu que eu era também o pediatra de todo mundo, das cinco unidades, então vinha criança com febre, tchau, não tem pediatra, vai embora! Como é que a gente começou a perceber isso? Vieram algumas ouvidorias, algumas

reclamações, e caramba, eu sou teoricamente o pediatra né, e não, o pessoal tava dispensando porque não tinha pediatra, então a gente teve que fazer uma nova conversa para falar gente, sou eu, eu que to atendendo também a parte das crianças, então não havia conversa, não havia acolhimento, não havia organização, havia muita coisa ruim. Ainda nesse começo, os atendimentos eram muito poucos, mas poucos mesmos! Eu chegava a atender, 3, 4 demandas cedo, e nenhum agendado, não havia procura de agendado, as gestantes e puericulturas, elas estavam com muito medo, então não conseguiam marcar, eles não queriam aceitar marcação nenhuma, então tinha ninguém as vezes pra atender! Ao longo dos meses, já no segundo mês, o pessoal já começou a procurar mais, começou a ficar mais, com menos medo. A noção do uso de máscara já foi um pouco mais difundido, do álcool em gel, e nisso explodiu! Então era uma quantidade de pessoas absurdas, assim, todo santo dia, eu tenho fotos da fila e elas eram de perder de vista! Aí nesse momento eu precisei de um apoio extra, então eu fiquei com segundo médico né, para me apoiar, então nós fazíamos em dois médicos o trabalho de três unidades, tanto em relação aos agendados quanto em relação às demandas, nosso pronto atendimento no período da manhã. E eu consegui, finalmente, um pediatra para atender pelo menos as crianças das UBS né! Como a demanda acaba sendo muito pouco em relação as crianças, esse pediatra quando ele via que a gente tava saturado de atendimento, ele também atendia as nossas crianças que vieram assim em demandas, para dar um apoio. Mas foi um período muito difícil, ele se estendeu entre o final de março até o final de novembro. Muita briga, muita confusão, até o final a gente tinha problema de comunicação, até o final havia muitas situações que eram entrevistas, eu precisava fazer visitas domiciliares em áreas muito distantes, então precisava de carros da frota da prefeitura, muitas vezes eu não tinha carros da frota da Prefeitura. Vinham demandas para fazer visita domiciliar em áreas das UBS e eu não sei porque até hoje eu não entendo, mas o médico da UBS não pode fazer visita domiciliar, nunca entendi esse processo, não sei como isso é gerido, como isso funciona, então vinham até essas situações para mim. E aí eu tinha que me reorganizar para também cobrir visitas domiciliares da área das duas o UBS né, além das áreas tradicionais que eram nossas. Outro ponto importante, é paciente precisa ser atendido com prontuário, mas nessa situação bizarra, prontuário tá na unidade do paciente, o paciente está na minha frente e eu não tenho prontuário! Numa situação ideal, o paciente me traria certas informações relevantes, por exemplo, eu uso enalapril e hidroclorotiazida, na prática não é assim, na prática muitos pacientes não sabem exatamente o que usam, quantidades, nomes de remédio, sabem por cor, por tamanho de comprimidos, então nós passamos naquele período, dessa forma, tentando entender o que o sujeito usa, usando o máximo possível as informações que eles traziam, e dependendo do prontuário eletrônico. É um prontuário né, do Ministério, o PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão) só que ele é dependente do preenchimento a partir do médico que tá atendendo o paciente. Então boa parte das situações eu não tinha todas as informações, então ou eu gastava um tempo a mais para entender todo o processo de saúde-doença, pra eu entender aonde que eu estava pisando ou eu começava do zero, e pedia exames básicos para tentar entender esse paciente ou pelo menos não cometer algum erro grosseiro né, ou eu assumia todo o cuidado do paciente e começava do zero mesmo. Olha, Dona Maria, esquece tudo que a senhora tá tomando, vamos fazer um controle de pressão, de glicemia, vamos fazer exames complementares, eu vou prescrever para senhora do básico né! E aí eu começava com uma receita do básico, eu assumia todo o cuidado da Dona Maria do zero, porque eu não tinha nem informação no prontuário eletrônico, que às vezes era mal preenchido. Passei a depender muito também de WhatsApp, eu tinha contato de uma pessoa da UBS Vila Nova, um contato da USF Vila Barros e um contato da USF Palmital. Quando precisava rastrear uma informação que de fato eu precisaria muito, eu precisava passar um whatsapp pra essa pessoa com os dados e de uma maneira mais simples, de mais fácil entendimento possível, para que ela conseguisse captar exatamente o que eu precisava! Essa pessoa me passar esses dados para eu poder complementar o meu atendimento e assim a gente foi indo, né! Então era bem difícil, bem devagarzinho e o outro ponto que eu destaco bastante eram as receitas! Renovação de receitas! Eu sempre digo que não existe renovação de receita, não existe amparo legal nenhum para renovar receitas, existe prescrição de receita! É que todo conselheiro Federal de Medicina, todo conselheiro é médico, então ele sabe que ele também receita, então ele também renova receita, por isso que não há uma situação mais incisiva do Conselho! Porque todo mundo é médico e todo mundo renova, né! E como é que eu ia renova a receita de um paciente que eu não conheço, que eu não tenho acesso ao prontuário e que ele mesmo não sabe? Isso foi um problema, aliás ele dura até hoje, que não dá! Eu tenho que ir caso a caso, convoquei muita gente que precisava renovar receita para avaliar, para ver a pressão, para ver a glicemia, pedir a senha dos laboratórios né, dos outros unidade de saúde para ver se eu rastreava um exame antigo, olha eu fazia o diabo pra conseguir informação para poder renovar ou prescrever uma receita

certinha, mas isso foi muito, muito difícil! A gente dependia de agentes comunitários de saúde, que não tinham a lida com relação a receitas, a nomes de receitas, à informações que às vezes a gente precisava, o agente comunitário de saúde não tem acesso ao prontuário do paciente, quem tem acesso é o médico, o dentista e o enfermeiro. E eu não tinha esse profissional as vezes na unidade, e eu dependia só do agente comunitário. As vezes eu separava alguns casos, ia fazer visita domiciliar na unidade e eu mesmo ia procurar as coisas que eu precisava nas unidades enquanto eu tava lá fazendo visita. Então era também um processo bem complicado de fazer! Acho que deu pra ter uma noção de como é que foi complicado! Aliás eu continuo até hoje, tá! Eu continuo agora dentro do meu prédio normal, na USF Vila Nova, mas eu atendo também metade da população da USF Palmital. O que é mais confuso ainda, metade da população do Palmital eu atendo e a outra metade a USF Vila Barros atende. Então isso ainda eu acho até mais confuso ainda para o paciente, a depender da sua rua, ou você vem aqui você vai lá. Continuo com problemas de receita, continuo com problemas em relação à informações de prontuário eletrônico, enfim, isso ainda continua numa proporção menor, exclusivamente.

Ent: Tem um pedaço que eu não entendi, quando eles dividiram as unidades, algumas unidades ficaram com covid outras ficaram não covid, toda essa história que você tá contando pra gente, é uma unidade covid ou não covid?

Médico: Perdão! Não covid! Então eu atendia tudo que não era covid. Na hora do acolhimento/não sei o nome daquilo lá, a gente ficava, os sintomas respiratórios essa pessoa era encaminhada à unidade covid.

Ent: Entendi!

Médico: Tive muitos problemas com isso! No começo a população não colaborava, enfim, dava muita briga, era bem complicado! E algumas pessoas mentiam os sintomas, então por exemplo, se eu não posso passar com o médico, porque eu to com sintomas, então o que eu vou fazer, não falo que estou com sintomas hoje, passo com o médico, depois eu resolvo meu problema na outra unidade. Como é que a gente percebia isso? Vinham pra gente os dados das pessoas que estavam suspeitas, pra gente monitorar, e ai quando a gente olhava o prontuário eletrônico, tava lá, o sujeito passou comigo pela manhã, resolveu o que precisava resolver e a tarde procurou a unidade sintomática e agora ele está em isolamento e está aguardando resultado de SWAB. Tivemos muitos casos assim! Hoje o pessoal ta mais responsável, né!

Ent: E me conta uma coisa, como que você foi se atualizando, como que você foi buscando informações pra ir conhecendo mais a realidade frente à pandemia?

Médico: Eu usava muito o site do Ministério da Saúde. Sem fazer críticas né, mas na época eu achava que era a informação mais fidedigna e era o mais organizado, a gente tem que ter um padrão, e eu acho que o padrão do Ministério pra gente tinha que ser o padrão, padrão! Com o tempo, eu já passei a seguir Sociedades Brasileiras, então o pessoal da infecto, o pessoal da medicina de família que já faziam os compilados, e eu venho assim até hoje. Hoje, claro, eu já faço uma atualização em medicina de família então, pela CECARD, então lá já tem conteúdos, específicos sobre covid, eu assino AIT Books, que é uma plataforma online para consulta também, lá tem um campo específico para covid, e aonde eu tenho rede social eu sempre sigo aquelas, os jornais né, o British Medical Journal, JAMA, to sempre olhando eles, porque agora só tem conteúdo relacionado ao covid, então sempre que eu posso eu tô olhando lá, né! Eu fiquei um tempo sem assistir muito aos jornais, eu gosto de assistir o jornal não como uma fonte técnica, pra eu conhecer esses dados, mas para sentir o que a população é informada, como ela é informada, e dai eu sei que a partir dali vem as dúvidas, então eu tenho que tá mais ou menos preparado. Uma época eu vi muito jornal, outra eu já deixei de ler o jornal, hoje eu voltei novamente, mas por conta da vacinação, mas eu uso jornal mesmo, Globo, SBT, Record, mais como uma fonte pra eu pensar como o paciente pensa, qual seria a dúvida que o paciente vai me trazer em relação ao assunto, porque normalmente não é muito aprofundado lá!

Ent: Tá certo! E me conta uma coisa, como que foram as supervisões, no que a supervisão do Mais Médicos pôde te ajudar? Como que foi esse trabalho?

Médico: Bom, por incrível que pareça, o havia comentado comigo, quando o assumiu a gente já tava na pandemia, acho que a gente nunca se viu (risos) presencialmente né! Eu não tinha nem me tocado em relação a isso, mas ele falou esse fato curioso, nunca nos vimos né, sempre conversamos, temos uma excelente relação. A supervisão ela, acho que a gente divide em dois aspectos, na minha visão, um aspecto mais técnico né, ele sempre me questionou como é que tá? Como é que ta funcionando? O que você tá fazendo? Esse aspecto mais técnico! Sempre oferecendo um canal pra discussão de casos, houve a criação do grupo de, o grupo nosso de Mais Médicos pra discutir casos, sempre aberto em relação a isso! E um outro ponto da supervisão que eu acho também muito importante, é controle de ansiedade e medo! É um momento que eu tenho ali com o supervisor pra realmente contar o que eu to sentindo, ele é da área da Urgência-Emergência ainda, e trabalha em UBS, então ele tem os extremos, ele me ajuda muito nisso, no que eu to passando, no como é que é, to aqui à disposição, sempre à disposição, meu WhatsApp tá aqui, meu telefone tá aqui, me liga! Recentemente trocamos informações de cursos, curso de atualização, eu passei alguns livros meus da Medicina de Família, ele deu os dele de Clínica Médica, então acho que fica sempre um canal, eu vejo a supervisão como um canal que não se encerra naquele momento de 40 minutos, que tem que fazer uma vez por mês. Ele tá sempre lá! Tá sempre lá, então sempre que eu preciso eu sei que tenho o lá pra eu tirar minhas dúvidas. Então supervisão não é aquela coisa pontual. No início do Mais Médicos eu não lembro agora se é do Mais Médicos ou do PROVAB, a supervisão era bem precária, eu lembro que o supervisor passava aqui, uma vez, e conversava comigo assuntos aleatórios, não tinha nenhuma organização e não tinha canal nenhum também, era bem esquisito né! Agora na verdade com essa questão online, ficou muito mais próximo, então ela não acaba naquele momento daqueles 40 minutos que a gente tá fazendo aqui, por exemplo né, ela se estende. Então ela sempre um canal aberto para mim!

Ent: e agora a sua unidade ela voltou a se organizar do ponto de vista do seu processo de trabalho, do trabalho em equipe? Ela continua uma unidade não covid? Me conta um pouco como que tá o processo de trabalho da equipe de vocês?

Médico: Olha, a gente passa por um momento bem complicado né! Atualmente eu estou com 2 agentes comunitários de saúde, só tenho duas e eram pra eu ter seis, nós temos só duas...o nosso dentista está coletando SWAB nas unidades sintomáticas então não temos dentistas, e auxiliar de enfermagem nós temos só duas, uma delas está para aposentar, e a enfermeira continua aqui comigo né! Então assim, o nosso processo de trabalho ele não é o ideal, não está como estava antes, então por exemplo, eu não posso agendar consultas de rotina até 28 de maio. Então a secretaria organizou nesse sentido né, mês de abril e o mês de maio só agendamos gestante, e crianças até nove meses, um ano se eu não me engano, até esqueci! Consultas de rotina, exames de rotina, coisas não urgentes, não se agenda mais! Coleta de exames somente exames considerados prioritários, então para compensar um hipertenso, diabético, hipotiroidismo, qualquer coisa, uma avaliação de anemia, enfim, exames que sejam considerados prioritários! E a demanda continua igual, eu atendo Vila Nova e metade do Palmital, por isso eu não considero que ainda estamos numa fase normal de processo de trabalho! Não está normal, estamos ainda com grande excesso de pessoas, com um agravante! Quando nós saímos do São Judas em novembro de 2020, houve uma readequação do nosso território, então nosso território passou a ser de, arredondando 4 mil pessoas. Então nós herdamos boa parte dos pacientes da antiga UBS São Judas. Pacientes que não entendem o acolhimento, não entendem as consultas de rotina, não entendem a demanda, não entendem sobre quando é feito as coletas habituais, são pacientes que dependiam exclusivamente do prontuário de papel e tem muita coisa que não tá no papel...então a nossa demanda ainda é complexa nesse sentido, tem muitas pessoas que não estão acostumados, habituados a participar de uma Unidade de Saúde da Família e que herdamos justo agora na pandemia essa população. Então ela nos procura, diante dessa confusão toda, e ainda precisamos orientá-las como usar o serviço! Em termos de recurso, não há falta de exames laboratoriais para gente fazer, diminuiu a procura, a gente organizou, conteve as urgências, temos falta em relação às especialidades. Então o que eu antes eu conseguia, por exemplo, um agendamento de uma fisioterapia, de uma Cardiologia, de um eletro, hoje eu já não consigo mais! Então eu precisei me aprimorar mais ainda para dar conta de uma demanda que deveria ser do colega já da especialidade focal, e que não vai chegar até ele. Então eu tô tendo que me virar em situações que eu não posso, de maneira alguma abandonar o doente e eu também não posso contar com cardiologista. Então tenho feito anticoagulação de fibrilação atrial, tenho feito diagnóstico clínico de insuficiência cardíaca, to fazendo meu máximo, sem ECO, sem

nada, to fazendo eu mesmo o melhor que eu posso mesmo! Muitos pacientes estão se esforçando pra fazer exames particulares, porque não tem, ultrassom, não tem, tá difícil, a demanda é grande, tá difícil, as vezes o paciente precisa, uns até topam fazer no particular pra gente ter uma visão um pouco melhor do caso. Então tanto as especialidades, quanto exames de imagens, exames pontuais, a gente não tá tendo. E isso fica bem difícil pra gente trabalhar no dia-a-dia, porque sujeito precisa, ele não tá bem, eu não tenho recurso que eu preciso, isso gera uma angústia muito grande para gente, isso gera reclamação, enfim, essa parte também ela é bem difícil né! Eu não entendo porque houve suspensão, por exemplo, da nefrologia. Então a nefro não atende ou atende com uma quantidade absurdamente reduzida e ela ainda pode variar, se na Santa Casa se no Ambulatório Mário Covas ou se no outro serviço que nós temos aqui. Cada um tem um jeito de organizar o serviço, então eu tenho pacientes que estão renal crônico, já estágio 4B ou mais, e eu tô aqui com eles, revendo diretriz de como fazer com paciente nesse nível, que já passou do meu nível de atendimento! Então eu tenho que tentar fazer o máximo possível, to insulinizando muitos pacientes que, não vou dizer abandonaram, mas eles abandonaram de medo né, as consultas de rotina e às vezes usando, por exemplo, uma metformina, esses pacientes eles estavam no limiar entre o poder usar e não poder usar, muito viraram renal crônico, então eu tenho que tirar metformina, entrar com insulina, acompanhar função renal, torcer para isso não piorar, acompanhar potássio, acompanhar sódio, porque eu não tenho colega da especialidade para me dar esse apoio. Aproveitando, o ambulatório Mário Covas em parceria com a minha faculdade de medicina, eles criaram um sistema de apoio remoto, igual a gente tá fazendo aqui, para a gente poder conversar com especialista, ele dá uma diretriz, vai fazer alguma coisa, dar uma benção pra nós! Não pode fazer por celular, não temos câmera nos computadores, não tem rede de wi-fi que suporte o sistema, enfim, criaram, divulgaram, mas também não podemos usar. Não houve o que a gente está fazendo né, uma assistência remota, por exemplo, dos profissionais da rede, nosso ortopedista que trabalha na Policlínica, nosso cardiologista que trabalha na Policlínica, enfim, os profissionais que dão apoio aqui na rede básica mesmo! Não houve esse processo. Então eles não estão lá, o paciente tá aqui, a necessidade tá aqui, e não houve esse avanço nesse sentido! Eu acho isso uma situação bem complicada, a gente poderia ter resolucionado de uma maneira bem mais prática! A psiquiatria já se mobilizou, a psiquiatria fez algo bem legal! O CAPES Conviver, o CAPES infantil não estão com a capacidade total, no entanto, ainda pode ser feito os acolhimento e na necessidade de um caso mais mais grave, eles tentam fazer ou remotamente, via celular, via WhatsApp, os atendimentos institucional mesmo né, remoto, ou eles vêm até a nossa unidade para fazer o matriciamento, uma consulta aqui dentro mesmo, eles mesmos, ou nas casas quando necessário, ou eles abrem realmente a estrutura do CAPES para fazer lá mesmo atendimento pontual dos casos selecionados. Então a psiquiatria já se mobilizou! Psiquiatria também fez várias conferências de assuntos assim bem específicos, bem importantes, para realmente a gente poder ter mais cuidado com relação a certos casos, então por exemplo, depressão em gestantes, depressão, ansiedade, psicose em crianças, já com serviço deles não está com capacidade 100%, mas infelizmente nem todos os serviços se pensaram na necessidade né, do paciente, na nossa necessidade de atendê-los e não abandoná-los.

ENT: Você chegou a atender algum paciente covid grave? Você tem algum caso que você gostaria de contar para gente, de algum atendimento, alguma situação mais complicada?

Médico: Não, em relação a covid, não, não tenho! Houve apenas uma situação, quando ainda estava na UBS São Judas, e isso eu imagino que até tenha virado, não ouvidoria, não sei se o termo é ouvidoria, sindicância? Não sei o termo correto!

Ent: Corregedoria?

Médico: Corregedoria, isso, exatamente! É uma coisa interna mesmo né! Parece que isso gerou! Era um caso, eu estava no horário de almoço, e é uma unidade muito grande, com um corredor infinito! Eu tava lá almoçando na salinha e depois que eu sai do almoço eu vi muita movimentação, muita briga, e ai eu fui ver o que tava acontecendo, né! Era um paciente, ele estava passando mal, com quadro respiratório, um idoso, ele estava entrando na UBS São Judas e dai o pessoal brecou! Olha, isso aqui é unidade assintomática, tem que procurar unidade sintomática, não é aqui! E aí então foi negado essa assistência a esse paciente. E ai teve intervenção de outras pessoas né, nessa situação, ligou para o SAMU e o SAMU prontamente falou, olha agora não tem ambulância mas vocês precisam uma

maca, colocar ele no oxigênio, coloca pelo menos a máscara em cima do cateter de O2 nasal, deixa pelo menos 1 litro, façam a saturação que a gente tá indo! Beleza! Ai na época acho que o profissional não queria nem deixar, foi contra o SAMU, gente do céu, e o meu medo, e passou tudo isso no meu horário de almoço. Meu medo era, eu estava aqui, eu estava aqui, entendeu? Porque não? Porque não fazer tudo isso? E esse paciente ficou um tempão lá na calçada, olha foi uma coisa mais grotesca que eu vi na vida, então o mais próximo dessa...e eu imagino que foi por medo, ansiedade, do pessoal da unidade, medo de contaminar talvez, de levar essa contaminação para dentro da unidade e que isso aconteceu! Eu fiquei bastante receoso porque eu não estava lá, e se eu estivesse lá, como eu faria? Mas acabou não chegando em mim, mas foi uma situação mais pitorescas que eu já vi! Aqui mesmo na unidade ou em outras situações eu não atendi diretamente um paciente grave de covid. Até atendi indiretamente quando eles mentiram para mim, falando que não estavam, só pra usar o serviço da unidade não sintomática, mas na verdade estavam com covid e evoluíram com covid.

Ent: Tá certo! me fala um pouquinho assim...que mudança você acha que a pandemia trouxe para a sua vida pessoal?

Médico: (risos) eu acho que primeiro a valorização do encontro, do encostar, do abraço, do sentir, isso é estranho a gente estava sempre se abraçando, mas parece que agora eu tenho uma sensação diferente, não é igual, eu sinto isso. Eu acho que aprimorou muito mais a noção de higiene, de cuidado com as mãos, e eu acho também que valorizou muito a necessidade da gente enquanto saúde, se conversar! Eu acho que ainda hoje não temos algo organizado, eu acho que a gente ainda não fala a mesma língua, eu acho que em termos de Atenção Primária ainda não estamos sendo valorizados, ninguém parece que, pergunta pra gente qual a nossa opinião, qualquer melhor forma de organizar isso, ou aquilo? Qual a nossa necessidade? E eu acho que mudou muita coisa para mim, mas muita coisa também ficou igual. Então ainda me sinto desvalorizado, me sinto que ninguém entendi ainda qual é o meu papel aqui na ponta. Eu preenchia o prontuário eletrônico e agora eu preencho muito mais, que agora eu penso, tá, e se alguém depender do meu atendimento? Então eu estou mais determinado possível pra colocar o máximo de informação, para que alguém se precisar de alguma coisa, estar lá, naquele prontuário eletrônico, aquele atendimento, aquele detalhe, para não ter nada faltando. Como é importante o prontuário, como a informação vale ouro! E como ainda preenchemos mal, tudo! Valorizo muito hoje o prontuário eletrônico que hoje é uma arma essencial. Hoje eu também valorizo muito mais o papel do agente comunitário de saúde, hoje eles não estão podendo mais sair e coletar as informações que a gente precisa, tá tudo muito distorcido, então valoriza muito mais ainda o papel deles dois! Valoriza muito mais o papel do dentista, dentista ele ficou um grande período aqui sem poder atender, ele não podia atender nada, não tem como atender, não tem jeito e ele passou a desenvolver um papel administrativo e organizacional muito grande, então tem muito recurso, eu acho, na Atenção Primária, que ainda não é explorado! A gente pode produzir, fazer muito mais! Muito mais mesmo! Eu acho isso muito importante! Outra coisa que eu achei que eu valorizo muito mais hoje é a conversa direta com o paciente! Eu acho que a gente tem que ter um canal aberto, cada vez maior para conversar com eles né! E eu hoje eu uso WhatsApp para conversar com alguns pacientes! Não fazia isso! Mas como eu precisava às vezes informar um exame que estava normal, algo muito pontual, nada complexo né! Eu passei usar muito o telefone, passei a ligar para muita gente para passar informação, pra saber como tá, para não precisar ter contato com algumas pessoas, né! E eu vi que o paciente valoriza muito! A gente ligar pra saber como você ficou? Nossa, mas é demais, demais! Como eu não tinha acesso as vezes ao telefone lá na unidade do São Judas, e nem aqui, o telefone nosso fica na recepção, então eu não posso ficar numa conversa totalmente ética, à vontade, na recepção com todo mundo ali ouvindo, atendendo, enfim, medo de falar algum nome, alguma coisa! Então eu tenho usado muito o meu celular pessoal, as vezes eu mando WhatsApp mesmo, as vezes o paciente pede pra passar por WhatsApp, a única coisa é que eu peço respeito né, por ser o celular pessoal então eu peço por favor, é um atendimento que eu vou iniciar, a gente vai finalizar eu vou lhe bloquear e a gente não vai se falar, não é o caminho ideal para a gente ter essa conversa né! Mas quando dá certo, é muito bom, nossa, parece um amigo da gente, fica muito próximo e é muito valoroso fazer esse contato mais pessoal né! Esses dias mesmo atendi um senhor, ele tava com uma crise de ansiedade e sempre a gente fica com medo né, da crise de ansiedade, vai que é um infarto também né! Virei ele do avesso, realmente não era nada de infarto, mas eu tava com o nome dele ali na minha mesa, e eu liguei, "Ô fulano, e como o senhor tá?", eu liguei do nada assim..."Ô doutor, tá ótimo, to bem, tal, tal, tal". Então eu acho que a gente podia melhorar

mais esse contato, poderia ter sido muito mais regulamentada essa questão do teleatendimento, atendimento remoto, alguma coisa assim, a gente precisa aprimorar muito mais, e valorizar muito mais isso!

Ent: Muito legal! a gente já tá finalizando, eu queria te perguntar assim, que você acha que você aprendeu? Que a gente tá aprendendo com a pandemia?

Médico: O que a gente está aprendendo? A gente tá aprendendo que a gente não é eterno, a gente tá aprendendo que...que a gente não sabe tudo! A gente tá aprendendo que nós ainda somos aprendizes (risos) vamos dizer assim! A gente tá aprendendo que a gente precisa ser humilde e reconhecer que erramos, a gente precisa aprender, acho que a gente aprendeu que hoje eu tenho uma verdade, mas amanhã essa verdade ela pode ser diferente, eu acho que a gente aprendeu muito nesse sentido! A gente aprendeu o quanto é importante seguir regras e eu não vejo isso em relação ao brasileiro, a gente não segue regras, a gente cria maneiras de burlar regras, nós somos criativos nesse sentido! A gente aprendeu que saúde e economia e todo o resto é uma coisa só! Eu acho que a gente aprendeu que fome, a fome, a fome ela tá logo ali! Eu atendo paciente com fome e eu não atendia isso, aí eu atendo as pessoas que estão com fome, as pessoas não tem o que fazer, não tem como trabalhar! Eu acho que eu aprendi também a não criticar ninguém, eu não sei como é profundamente e o que estão passando essas pessoas! A trabalhando né, a pessoa ta trabalhando porque ela tá com fome, porque o nosso governo ele não se organizou pra criar realmente algo efetivo, que ajudasse essas pessoas! Então assim, eu acho que a gente aprendeu muita coisa! Muita coisa eu acho que a gente vai entender que aprendeu até mais para frente!

Ent: Eu acho que é isso, quero te agradecer demais, vou passar a palavra para o professor, ver se ele quer perguntar mais alguma coisa que a gente acabou esquecendo, se ele quer comentar alguma coisa?

Ent: Bom, olha, de maneira geral, excelente a entrevista, falei que ia ser bom! Na verdade, eu aprendo com ele né! Muito mais né! Muitas dúvidas eu acabo tirando com ele na supervisão, que faz uma troca mesmo né! Então assim, não tem o que falar né!... A questão do prontuário eletrônico, isso aí é história para outra tarde né! Tenho meus motivos, isso é uma briga que eu tenho com a Secretaria de Saúde aqui em Marília que é antiga também! Mas isso não vem ao caso, isso ai a gente conversa outro dia! Enfim, mas assim, não tem o que falar, a questão dos nossos relatórios mensais que eu faço com o, só tem dois médicos que eu dou excelente né, nos relatórios. É ele e um outro médico formado, veio da favela de Areiópolis, formou em Cuba, que não tá mais aqui no estado de São Paulo, então ele sabe disso né, sem falsa modéstia, excelente, não tem o que falar! Tá bom!

Médico: Eu que agradeço o convite, prazer em conhecê-la!