

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
**THAIS FAÇANHA LOTFI SILVA**

O TRABALHO DO MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: impacto no processo de trabalho

RIO DE JANEIRO

2019

Thais Façanha Lotfi Silva

O TRABALHO DO MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: impacto no processo de trabalho

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina e Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em atenção primária à saúde.

Orientadora: Dra. Kathleen Tereza da Cruz  
Co-orientadora: Dra. Clarissa Terenzi Seixas

Rio de Janeiro

2020

## Ficha Catalográfica

Silva, Thais Façanha Lotfi.

O trabalho do médico responsável técnico da atenção primária à saúde no Município do Rio de Janeiro: impacto no processo de trabalho. / Thais Façanha Lotfi Silva. – UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, 2019.

82 f.: il.; 30 cm.

Orientadoras: Kathleen Tereza da Cruz; Clarissa Terenzi Seixas.

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ Faculdade de Medicina/ Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção à Saúde, 2019.

Referências: f. 76 -81.

1. Médicos de Atenção Primária. 2. Programas Médicos Regionais. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Cuidados Médicos. 5. Equipe de Assistência ao Paciente / organização e administração. 6. Governança Clínica. – Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Cruz, Kathleen Tereza da. II. Seixas, Clarissa Terenzi. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Hospital Escola São Francisco de Assis, Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde. IV. Título.



**ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

Às 14:00 horas do dia 13 de dezembro de 2019 teve início a Defesa de Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração: **Atenção Primária à Saúde**, Linha de Pesquisa: **Gestão e avaliação de serviços e de tecnologias na Atenção Primária à Saúde**. A dissertação intitulada: **O trabalho do Médico Responsável Técnico (RT) da Atenção Primária à Saúde (APS) no Município do Rio de Janeiro: Impacto no Processo de Trabalho**, foi apresentada pela(o) candidata(o) **Thais Façanha Lotfi Silva**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, registro nº **117002535** (SIGA). A Dissertação foi apresentada à banca de examinadores composta pelos Doutores: **Kathleen Tereza das Cruz** (CPF: 830615099-68), **Karla Santa Cruz Coelho** (CPF: 010779557-40), e **Eduardo Alves Melo** (CPF: 966302725-87), em sessão pública, na sala 01 do PA da Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN, sito na Rua Afonso Cavalcanti, n. 275, Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ. Após a exposição em sessão pública de cerca de trinta minutos, a(o) candidata(o) foi arguida(o) oralmente e os membros da banca deliberaram, considerando o projeto: (X) APROVADO ( ) NÃO APROVADO. A banca emitiu ainda o seguinte parecer:

O trabalho é relevante, consistente, que atende com excelência as exigências do programa.

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a):

º Examinador(a):

2º Examinador(a):

Aluno(a)/Examinado(a):

## **DEDICATÓRIA**

Aos que sonham com um mundo melhor e contribuem para isso.

## **AGRADECIMENTOS**

### **Momento de agradecer**

Vida, natureza  
Tece seu tear  
Fruto de beleza  
Tempo do amor frutificar

Pra quem nunca cansou de esperar  
É o momento de agradecer  
Vem trazer boa nova pra quem tem fé  
O amor vai nascer

Quando o dia sonhado chegar  
Cantaremos pra te receber  
Será sempre motivo de festejar  
De brincar, de viver

(Fabiano Salek/José Leal/Nilze Carvalho)

Muito obrigada aos protetores espirituais, à família, aos tantos amigos, aos companheiros de trabalho por onde andei pelo Sistema Único de Saúde (SUS), aos inúmeros pacientes, aos colegas da turma de mestrado e aos orientadores. A muita gente querida que, respeitando minha alma *bon vivant*, acreditou que seria possível, segurou minha mão em diversos momentos e me incentivou a chegar até aqui...

## EPÍGRAFE

### Filosofia de vida

Meu destino eu moldei  
Qualquer um pode moldar  
Deixo o mundo me rumar  
Para onde eu quero ir  
Dor passada não me dói  
E nem curto nostalgia  
Eu só quero o que preciso  
Pra viver meu dia a dia

Pra que reclamar de algo que não mereço  
A minha razão é a fé que me guia  
Nenhuma inveja me causa tropeço  
Creio em Deus e na Virgem Maria  
Encaro sem medo os problemas da vida  
Não fico sentado de pernas pro ar  
Não há contratempo sem uma saída  
Pra quem leva a vida devagar

Meu destino eu moldei  
Qualquer um pode moldar  
Deixo o mundo me rumar  
Para onde eu quero ir  
Dor passada não me dói  
E nem curto nostalgia  
Eu só quero o que preciso  
Pra viver meu dia a dia

Que o supérfluo  
Nunca nos falte  
Básico para  
Quem tem carestia  
Não quero mais do que eu necessito  
Pra transmitir minha alegria

*Martinho da Vila  
Marcelo Moreira  
Fred Camacho*

## RESUMO

SILVA, Thais Façanha Lotfi. **O trabalho do médico responsável técnico da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro: impacto no processo de trabalho.** 2019. 81 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) – Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro implantou a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária à Saúde (RCAPS) no território da cidade do Rio de Janeiro, com grande expansão de cobertura de Estratégia de Saúde da Família, entre 2009 e 2016. Esse modelo contou com a figura-chave do(a) médico(a) de família e comunidade como responsável técnico(a) (RT) em todas as unidades de Atenção Primária à Saúde. Este estudo, de abordagem cartográfica, toma como objeto de sua investigação o processo de trabalho do(a) médico(a) de família militante que atuou na implementação da RCAPS no município do Rio de Janeiro e tem como fonte o recolhimento da experiência vivida pela autora, com base em suas narrativas como médica RT em uma clínica da família. Essa pesquisa envolve parte dessa experiência, focando no processo de trabalho como RT, que aconteceu no período de novembro de 2012 a dezembro de 2015. Aproximando-se do trabalho em saúde desenvolvido por esta profissional, foram discutidos os múltiplos papéis, no dia a dia do(a) médico(a) RT e as tensões que impactam em seu processo de trabalho. Como resultado, obteve-se a imprescindível reflexão sobre o(a) RT como um(a) representante da gestão local, e que, além disso, levou a questionamentos sobre o modelo de atenção à saúde adotado, sobre a própria especialidade e a sua repercussão na saúde do trabalhador. Os resultados podem auxiliar na produção de saídas para os impasses vividos no trabalho, que são fabricados tanto pelos próprios profissionais da assistência, quanto pelos gestores de saúde.

Palavras-chave: APS, trabalho médico, cartografia, gestão em saúde, micropolítica.

## ABSTRACT

SILVA, Thais Façanha Lotfi. **The work of the primary health care physician as responsible technician in the city of Rio de Janeiro:** impact on the work process. 2019. 81 f. Dissertation (Professional Master's Degree in Primary Health Care) - Faculty of Medicine, São Francisco de Assis Institute of Health Care, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

The Municipal Health Secretary of Rio de Janeiro implemented the Primary Health Care Reform (RCAPS) in the territory of the city of Rio de Janeiro, with a large expansion of Family Health Strategy coverage, between 2009 and 2016. This model included the key figure of the family and community doctor as the responsible technician (RT) in all Primary Health Care units. This study, with a cartographic approach, takes as its object of investigation the work of the militant family doctor who worked on the implementation of RCAPS in the city of Rio de Janeiro and whose source is the collection of the experience lived by the author, based on her narratives as an RT doctor in a family clinic. This research involves a part of this experience focusing on the work process as RT, which took place from november 2012 to december 2015. Addressing the health work developed by this professional, multiple roles were discussed in the daily life of the physician (RT) and the sources of tension that impact the work process. As a result, there arose an indispensable image of the RT as a representative of local management, which additionally led to questions about the model of health care adopted, and about the specialty itself and its repercussions on workers' health. The results can assist in finding solutions to the impasses experienced at work, which are produced by both professional medical care providers and health managers.

Keywords: PHC, medical work, cartography, health management, micropolitics.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

|            |  |
|------------|--|
| AB         | Atenção básica   |
| ACS        | Agente comunitário(a) de saúde   |
| AIS        | Atenção integral em saúde  |
| AMFAC-RJ   | Associação de Medicina de Família e Comunidade do Estado do Rio de Janeiro |
| APS        | Atenção primária à saúde   |
| CAP        | Coordenação de Área Programática   |
| CFJT       | Clínica da Família Joãosinho Trinta  |
| CNES       | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde                             |
| CREMERJ    | Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro                  |
| CID        | Classificação Internacional de Doenças                                     |
| CR         | Complexo regulador   |
| ESF        | Estratégia de Saúde da Família   |
| eSF        | Equipe de saúde da família   |
| INPS       | Instituto Nacional de Previdência Social                                   |
| MFC        | Medicina de Família e Comunidade   |
| mfc        | Médico(a) de família e comunidade  |
| MRJ        | Município do Rio de Janeiro  |
| MS         | Ministério da Saúde  |
| NASF       | Núcleo de Apoio à Saúde da Família   |
| NHS        | National Health System   |
| NIR        | Núcleo Interno de Regulação  |
| NOB-SUS 96 | Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996                 |
| PACS       | Programa de Agentes Comunitários de Saúde                                  |
| PICS       | Práticas integrativas e complementares em saúde                            |
| PMF        | Programa Médico de Família   |
| PMMB       | Programa Mais Médicos para o Brasil  |
| PNAB       | Política Nacional de Atenção Básica  |
| PSF        | Programa Saúde da Família  |
| RCAPS      | Reforma dos Cuidados em Atenção Primária à Saúde                           |
| RT         | Responsável técnico  |

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS (CONTINUAÇÃO)**

|         |   |
|---------|---|
| SBMFC   | Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade          |
| SER     | Sistema Estadual de Regulação                                     |
| SMS-Rio | Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro                   |
| SISREG  | Sistema Nacional de Regulação                                     |
| SUBPAV  | Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde |
| SUS     | Sistema Único de Saúde  |
| UERJ    | Universidade Estadual do Rio de Janeiro                           |
| UFRJ    | Universidade Federal do Rio de Janeiro                            |

## SUMÁRIO

|        |  |    |
|--------|--|----|
|        | <b>APRESENTAÇÃO</b>  | 11 |
|        | <b>INTRODUÇÃO</b>  | 14 |
| 1      | <b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>   | 19 |
| 1.1    | MODELO TECNOASSISTENCIAL   | 19 |
| 1.2    | ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: ALGUMAS REFERÊNCIAS | 21 |
| 1.3    | O TRABALHO EM SAÚDE  | 24 |
| 1.4    | REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO                            | 25 |
| 2      | <b>METODOLOGIA E DESENHO DO ESTUDO</b>   | 30 |
| 3      | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>  | 36 |
| 3.1    | ALGUMAS IMPLICAÇÕES DE UMA MFC MILITANTE   | 36 |
| 3.2    | O PROCESSO DE TRABALHO DO(A) MÉDICO(A) RT  | 38 |
| 3.2.1  | <b>Um dia de médico(a) de família RT na APS do MRJ</b>                           | 40 |
| 3.2.2  | <b>O acesso</b>  | 41 |
| 3.2.3  | <b>O cuidado prestados aos usuários da equipe</b>                                | 45 |
| 3.2.4  | <b>Regulação do acesso assistencial</b>  | 48 |
| 3.2.5  | <b>A articulação do cuidado com os serviços da rede ambulatorial</b>             | 54 |
| 3.2.6  | <b>A articulação do cuidado com o serviço de urgência e emergência</b>           | 56 |
| 3.2.7  | <b>Gestão da unidade de saúde</b>  | 58 |
| 3.2.8  | <b>Gestão da equipe de médicos</b>   | 60 |
| 3.2.9  | <b>Fazendo ensino e educação permanente</b>                                      | 61 |
| 3.2.10 | <b>O(A) médico(a) RT e os casos graves</b>                                       | 63 |
| 3.3    | OS EFEITOS EM MIM  | 64 |
|        | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>  | 72 |
|        | <b>REFERÊNCIAS</b>   | 76 |

## APRESENTAÇÃO

O sistema de saúde brasileiro passou por transformações desde a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), quando da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Este foi resultado de uma reforma sanitária que, com forte apoio da sociedade civil, buscou reconfigurar o modelo de atenção à saúde e permitiu aumentar o acesso ao cuidado em saúde de parcela considerável da população brasileira. Entre as mudanças ocorridas nos últimos 30 anos, destacam-se aquelas relativas à expansão e adoção de novas estratégias na atenção básica (AB) em saúde (PAIM et al., 2011).

O Ministério da Saúde (MS), influenciado por experiências exitosas como a do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido inicialmente no estado do Ceará e posteriormente em outros estados das regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, opta pela criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1993, com assinatura de convênio com estados e municípios em 1994. Em 1998, foi implantada a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/1996 (NOB-SUS 96) (BRASIL, 1996), dando impulso ao PSF, que, posteriormente, se tornaria Estratégia Saúde da Família (ESF) (ESCOREL et al., 2005), a despeito de haver diversas outras propostas de modelos de implantação de atenção primária à saúde (APS) sendo desenvolvidas no Brasil, como aquelas de Niterói, Belo Horizonte e Campinas, por exemplo.

A ESF é um modelo adotado atualmente na maioria dos municípios brasileiros, com incentivos do MS para a sua autonomia e descentralização. Tal modelo tem as famílias e comunidades como foco do cuidado em saúde, por meio de ações individuais ou coletivas de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação (PAIM et al., 2011). Cada equipe de saúde da família (eSF) se responsabiliza pela população de um determinado território e é formada por médico(a), enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), além de equipes de saúde bucal com odontólogo(a) e auxiliar de saúde bucal. Macinko e Harris (2015) destacam que a ESF desenvolveu-se de forma gradativa e representa a alavanca principal do avanço da APS no Brasil, com a magnitude que nenhuma outra política do SUS alcançou e que hoje é internacionalmente citada como exemplo de sucesso.

O município do Rio de Janeiro (MRJ), cenário deste trabalho, possui o histórico de baixos investimentos em saúde pelos seus governos até 2008, o que não será aprofundado neste estudo. Em 2009, iniciou-se uma expressiva expansão no seu território, ampliando a cobertura

de ESF de 7,13% em dezembro de 2008 para 59,47% até dezembro de 2016 (BRASIL, 2017), num movimento nomeado de Reforma dos Cuidados em Atenção Primária à Saúde (RCAPS) (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016). Nessa reforma, o Estado utilizou um braço administrativo operado por organizações sociais<sup>1</sup> (OS), o que dava maior agilidade burocrática e financeira ao seu processo de implantação, o que ocorreu concomitantemente com o fortalecimento das dez Coordenações de Área Programática (CAP), que faziam a gestão da atenção ao território. As OS e as CAP deveriam cumprir metas de cobertura e desempenho formalizadas em contratos de gestão (HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013).

O tema desta dissertação é o trabalho em saúde do(a) médico(a) responsável técnico (RT) em unidades de APS do MRJ. Tal figura foi uma das apostas fundamentais da gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) no modelo da RCAPS, de maneira que não havia, previamente, conformação de moldes semelhantes em outras experiências. Aproximei-me da ESF do MRJ em novembro de 2012, assumindo o cargo de médica de equipe e RT de uma unidade de saúde, nos moldes de clínica da família, vivenciando na pele e auxiliando a construir, junto com a reforma, o perfil desse tipo de profissional.

Após três anos nessa clínica, saí da APS com a sensação de não estar mais disposta a me dedicar excessivamente àquele trabalho daquela forma, precisando reduzir o ritmo ou até dele me afastar. E foi assim que fui trabalhar em cargo de gestão e ampliei minha rede de relações com outros RTs. Como assessora técnica da regulação ambulatorial do Complexo Regulador (CR) do MRJ, de dezembro de 2015 a maio de 2017, atuava diariamente com o apoio aos médicos RTs de 223 unidades de APS de todo o município inauguradas até 2016, entre outras funções. Logo depois, atuei como chefe do Núcleo Interno de Regulação (NIR) da CAP 3.1, de junho de 2017 a maio de 2018, agora com os RTs de 32 unidades de APS desse território. Além disso, de novembro de 2013 até outubro de 2018, atuei também como supervisora, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), do Programa Mais Médicos para o Brasil<sup>2</sup>(PMMB), em diversas unidades da CAP 5.1 também no MRJ, lidando com os médicos supervisionados, seus gerentes, RTs e equipe de coordenação da gestão local. Dessa forma, acumulei vivências com os RTs no MRJ, de diversos lugares e olhares, o que me provocou

---

1 Organizações sociais são entidades do terceiro setor que prestam serviços mediante contratos de gestão realizados com a administração pública direta e que discriminam objetivos e metas a serem alcançados.

2 A Lei n. 12.871 de 22 de outubro de 2013 institui o Programa Mais Médicos para o Brasil, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS. Um dos seus eixos era o de provimento, coordenado pelos Ministérios da Educação e da Saúde, em parceria com instituições públicas de ensino superior como a UFRJ. Os médicos participam de curso de especialização para aperfeiçoamento profissional, com componente de integração ensino/serviço supervisionado (BRASIL, 2013).

voltar para o que foi vivido, analisando e refletindo sobre a minha própria experiência, para poder compartilhar o que senti na pele, que marcas trago em mim e o que foi aprendido durante esse processo.

Com este estudo, pretende-se fazer a análise do papel do(a) médico(a) RT nesse modelo por intermédio da realização de uma cartografia que resgata cenas e narrativas que trazem à tona as tensões do cotidiano desse cargo, dando língua para o pensamento e para o sentimento. Busca-se a construção de um saber que advém do movimento de descoberta de si mesmo(a) e de coisas novas, de revisita e de deslocar-se, falando do que se sente, dialogando com as cenas de dentro da experiência, misturado com o que tem fora, sem ter como fugir do território de onde se está, porque não é físico ou fora, está no interior da gente, de forma subjetiva e existencial.

Não se pretende esgotar a discussão acerca do tema proposto, mas sim instigar o entendimento da orientação que foi dada à ESF como uma política de saúde no MRJ. Para compreender o contexto institucional dessa política, foi imprescindível que houvesse reflexão sobre o RT como um representante da gestão local, além da análise da condução da política de saúde municipal que foi construída. Além disso, o produto deste estudo pode auxiliar na oferta de outras saídas para os impasses vividos no cotidiano da vida do trabalho que a gente mesmo fabrica.

## INTRODUÇÃO

A baixa cobertura de APS no MRJ, que, no Censo de 2010, possuía uma população aproximada de 6,5 milhões de habitantes (IBGE, 2010), era um problema histórico a ser enfrentado na implantação plena do SUS naquela cidade, pois sempre houve baixa capacidade de ampliação dos serviços de atenção básica públicos de saúde. Segundo o relatório do 4º Seminário da Região Metropolitana I realizado em 2005, o Rio de Janeiro apresentava vários fatores que tornavam a implementação da ESF ainda mais complexa. Entre eles, estavam a alta densidade populacional do município, com graves problemas socioeconômicos, a concentração de serviços de saúde em algumas áreas e a sua escassez ou ausência em outras, a precariedade e a insuficiência da rede de atenção primária e o funcionamento da rede hospitalar de forma desintegrada e fragmentada em relação à rede de serviços de saúde (BRASIL, 2007).

Com a mudança na gestão da SMS-Rio em 2009, teve início uma nova etapa na história da saúde do MRJ. Esse governo implementou a RCAPS, que teve como base o modelo de atenção primária à saúde da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do MS, operado por equipes da ESF, a exemplo de outras cidades, com resultados positivos na melhoria da qualidade de vida de suas populações (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

As linhas estratégicas da RCAPS foram desenhadas e divididas em sete eixos de intervenção, no período de 2009 a 2015: 0 - Mudança organizacional e administrativa; I - Ampliação do acesso; II - Governança clínica e gestão do conhecimento; III - Sustentabilidade e desenvolvimento; IV - Coordenação do cuidado e accountability; V - Resposta a tempo e hora e Todos pelo SUS ; VI - Dirigindo com eficiência (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Segundo Campos, Cohn e Brandão (2016), a RCAPS foi responsável pela expansão da cobertura de ESF, isto é, cerca de 4 milhões de pessoas passaram a contar com eSF. Houve reforma de unidades já existentes e também foram inauguradas novas estruturas para comportar a ampliação do número de eSF. Cada unidade de APS, como as clínicas da família ou centros de saúde, passou a ser a responsável pelo cuidado em saúde de um determinado território adscrito e todo munícipe do Rio de Janeiro, de acordo com seu endereço, estava vinculado a uma referência. A criação do *site Onde ser atendido*, por meio de georreferenciamento, dava apoio aos profissionais de saúde para informar aos usuários sobre o local exato para procurar seu atendimento (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016).

Chama a atenção o fato de o modelo proposto ter tomado como referência a experiência de outras cidades como Barcelona, Sidney, Londres e Montreal, durante o processo de

preparação da cidade do Rio de Janeiro para sediar as Olimpíadas de 2016. O que os sistemas de saúde desses países tinham em comum era um modelo de saúde baseado na APS e na Medicina de Família e Comunidade (MFC) (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016). Vale ressaltar que, naquele momento, o Brasil já havia acumulado muitos outros exemplos de implementação de AB no âmbito do SUS, que não foram priorizadas como modelos. Optamos por marcar esse detalhe na experiência, sem, contudo, realizar um aprofundamento desse tema, visto que ele tem uma importância tal que necessitaríamos de uma outra investigação para explorá-lo.

No planejamento da gestão da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV), no período entre 2009 e 2015, no âmbito do eixo IV das linhas estratégicas da RCAPS foi criada, em 2012, a figura do(a) médico(a) de família como RT de cada unidade de APS, bem como a figura do(a) gerente das unidades de saúde, elementos esses que ajudariam na organização da nova estrutura dos serviços de saúde. Esse modelo é inspirado na perspectiva que considera os especialistas em MFC como centrais na reorganização do sistema de saúde, sendo a APS seu principal campo de intervenção para operar a mudança, a exemplo de Portugal e Inglaterra (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016). A criação da figura do(a) RT tinha o objetivo de introduzir entre as funções desse(a) médico(a) a regulação descentralizada do acesso a procedimentos em outros níveis do sistema (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016). Ao(À) RT caberia fazer a revisão dos encaminhamentos localmente, auxiliando na qualificação da fila de espera por consultas e procedimentos, tornando-a mais equânime, além de proporcionar o viés pedagógico de discussão de casos (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016). Almejava-se, assim, organizar e fortalecer o processo de trabalho da APS no contexto das redes de atenção em saúde.

Essa proposta também se apoiou na formulação do cargo de diretor(a) técnico(a) proposta pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), que define que aquele(a) deve ser um(a) médico(a) contratado(a) pela direção geral do estabelecimento de saúde e por este remunerado(a), sendo o(a) principal responsável pelo exercício ético da medicina nos estabelecimentos de saúde (CREMERJ, 2017).

As atribuições e normas referentes ao trabalho do(a) médico(a) RT no MRJ estão descritas nos documentos da SMS-Rio em forma de ofícios internos circulares. O ofício 111/2011 da SUBPAV, de setembro de 2011 (RIO DE JANEIRO, 2011), trata dos salários dos profissionais da ESF, e menciona o valor da gratificação a ser paga por uma OS ao(à) médico(a) que assumir a responsabilidade técnica de uma unidade, sem especificar claramente as funções

desse(a) profissional. O ofício n. 23/2015 da SUBPAV, de dezembro de 2015, trata da remuneração dos profissionais contratados pelas OS de Saúde e, no seu item 3.1, discorre sobre a gratificação por responsabilidade técnica, que seria de 20% do salário-base do(a) médico(a) que assumisse o cargo de diretor(a) técnico(a) na unidade de APS, com o registro desse cargo no CREMERJ. Informa ainda que cada unidade de APS teria apenas um(a) diretor(a) técnico(a), que seguiria as orientações vigentes na legislação (RIO DE JANEIRO, 2015). Nesse documento, aparecem como deveres desse(a) profissional:

Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor; assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do corpo clínico e demais profissionais de saúde em benefício dos usuários da instituição; e assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica. (RIO DE JANEIRO, 2015 apud CREMERJ, 2017, p. 14).

A atribuição de realizar regulação assistencial da unidade na qual o(a) médico(a) é RT foi acrescentada como função no modelo proposto pela SMS-Rio. Nessa perspectiva, define-se que todo regulador tem autonomia para decidir sobre a melhor conduta na regulação das vagas de consultas especializadas e de exames complementares. O protocolo do regulador (RIO DE JANEIRO, 2015) traz, em sua atualização de março de 2013, a seguinte descrição para o perfil regulador/autorizador no Sistema Nacional de Regulação (SISREG):

Cabe ao médico Responsável Técnico (RT) da unidade a atribuição de regulador/autorizador das solicitações de exames/consultas (com exceção das odontológicas) de sua própria unidade; cabe ainda o papel de estímulo à gestão do conhecimento, através da boa prática clínica e discussão dos casos com os demais profissionais; [...] cabe ao médico RT a indicação de mais médicos reguladores na unidade quando for necessário. (RIO DE JANEIRO, 2015, p. 9).

Informações contidas em uma apresentação de *slides* que foi utilizada em diversas reuniões com RTs e nas CAPs, entre 2013 e 2014, enumeram o perfil e as regras para o(a) médico(a) RT e para a regulação ambulatorial, como descrito a seguir:

#### **Perfil do Médico RT**

Disponibilidade - Deve estar disponível diariamente para regulação no SISREG e para educação permanente;

Atualizado - Deve ser o médico mais atualizado clinicamente nas melhores evidências científicas. O RT deverá realizar educação permanente com os demais médicos da unidade;

Liderança - Deve exercer liderança sobre os demais colegas permitindo realizar suas atribuições.

Ética - Deve desempenhar a atividade sem benefício próprio e sem priorizar sua equipe. JAMAIS misturar ocupações públicas e privadas!

#### **Regras para o Médico RT**

O médico RT selecionado deve estar disponível pelo menos 40 horas semanais para a unidade;

O médico RT selecionado deve ser da Estratégia de Saúde da Família mesmo nas unidades tipo B. Preferencialmente este deva ser médico de família (em ordem

prioridade: a) Residência médica → b) titulação em MFC → c) perfil de médico generalista).

O médico RT não pode ter vínculo privado na área de abrangência da unidade de saúde e somente pode regular pacientes da área de abrangência da unidade. Ou seja, não pode de maneira alguma utilizar a rede pública de média/alta complexidade do SISREG para os pacientes oriundos do consultório/clínica particular/conveniada;

### **Regras para o SISREG AMBULATORIAL**

#### Médicos reguladores:

Toda unidade de APS deve ter pelo menos um médico regulador. Este OBRIGATORIAMENTE é o médico RT da unidade. Dependendo da quantidade de ESF ou tamanho da Unidade pode-se cadastrar mais de um médico Regulador.

#### Regionalização

O agendamento da consulta/exame deve ser realizado para a unidade disponível mais próxima da residência do paciente. Portanto, sempre que possível deve-se respeitar a regionalização;

#### Regular diariamente

Regulador deve realizar a regulação das vagas diariamente pois a agilidade para o agendamento das vagas para os pacientes de cada unidade depende dessa interação.

#### Protocolos clínicos baseados em evidências

Tanto o solicitante quanto o regulador devem seguir as melhores evidências clínicas baseadas em evidências. Para o regulador está disponível o em [www.subpav.org](http://www.subpav.org) “Manual do Regulador”. As solicitações sem pertinência clínica devem ser NEGADAS para que os pacientes que mais necessitem tenham sua vaga agendada. Sempre que negar ou devolver recomenda-se que o médico regulador converse pessoalmente com o médico solicitante para fazer educação permanente;

**Atribuições no SISREG do médico RT na Unidade de Atenção Primária** - Regula todas as solicitações no SISREG; Devolve ou nega as solicitações sem necessidade; Todo MÉDICO RT deve:

- Ter senha de REGULADOR;
- Regular diariamente todas as solicitações pendentes para toda a unidade de saúde;

Fica vedado ao MÉDICO RT:

- Delegar a sua senha e login a terceiros;
- Utilizar o SISREG para encaminhar pacientes oriundos de sua clínica/consultório particular;

Observações: - O médico regulador deve dar conta da regulação de todas as solicitações da unidade. Esta pode ser feita em horário de trabalho ou não. Fica vedada a reserva de turnos ou horários para a regulação. Esta será realizada nos períodos assistenciais ociosos (ex. falta de pacientes, etc.) ou fora do horário de trabalho na unidade. (RIO DE JANEIRO, 2014, grifos do autor).

Essas publicações fornecem poucas definições, nem sempre formalizadas pelos gestores da SMS-Rio, de forma que, muitas vezes, o convite para ser RT podia ser aceito sem a clareza do que seria exigido para o cargo. Entretanto, quando nos aproximamos da realidade prática do processo de trabalho do(a) RT das unidades de APS no MRJ, encontramos diversas funções e papéis, instituídos no cotidiano do seu processo de trabalho, que serão o foco do desenvolvimento desta dissertação.

Diante do exposto, surgem algumas indagações: qual o impacto das múltiplas funções de um(a) único(a) profissional no processo de trabalho em saúde do(a) médico(a) RT na APS do MRJ? O trabalho de regulação do(a) médico(a) RT interfere nas suas atividades na unidade de saúde? Que tensões surgem ao longo desse trabalho, tanto para os usuários, quanto para a equipe e o(a) próprio(a) profissional?

A pesquisa se justifica pelo fato de o cargo de RT se tratar de uma inovação ainda pouco descrita. O interesse em pesquisar a experiência de ser RT nasce do fato de essa figura ter sido uma aposta central da SMS-Rio para o modelo de reforma da APS do MRJ, de maneira que não havia conformação semelhante anteriormente em outros locais e o perfil desse(a) profissional foi sendo construído junto com a reforma.

Optamos por relatar esse processo por dentro, a partir da experiência vivida por mim (autora) como médica RT militante e implicada com o percurso da reforma em curso, trazendo para a cena e para o debate aquilo que me afetava no cotidiano do trabalho, mediante elaboração das cenas que mais me marcaram e que eram capazes de retratar os encontros e desencontros, as tristezas e alegrias, as certezas e dúvidas, ou seja, tudo aquilo que se vive quando se está apostando a sua própria vida na implementação radical da defesa da saúde da população na construção do SUS.

Traçamos como objetivo geral da pesquisa a análise do processo de trabalho do(a) médico(a) RT, a partir da minha perspectiva de médica RT que viveu na pele a gestão local de uma clínica de família no MRJ. Os nossos objetivos específicos inicialmente foram formulados com base no desenho das funções e atribuições relacionadas ao processo de trabalho do(a) médico RT; contudo, ao longo do caminho, as vivências foram pedindo mais explorações do que uma descrição dava conta. Apareceram tensões que atravessaram vários planos de análise e afetaram profundamente o modo como eu olhava o que eu mesma tinha vivido. Portanto, a experiência transbordou os objetivos iniciais e foi se configurando uma análise das tensões e encruzilhadas vividas no cotidiano. A exploração empreendida expõe explicitamente esse caminhar nas várias funções e atividades desenvolvidas como médica RT e que foram vividas no corpo e na alma desta autora, produzindo marcas profundas na minha existência, o que pude, por meio da cartografia, compartilhar nesta dissertação.

## 1 REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1 MODELO TECNOASSISTENCIAL

Existem diversas formas de organização e articulação dos recursos físicos, tecnológicos e humanos, a serem aplicados em uma população, para prestação de cuidados em saúde e é exatamente o modo como isso é feito que nos remete aos modelos assistenciais. A escolha da política de saúde vai sempre ao encontro da compreensão do que são saúde e doença, de quais os recursos disponíveis e de quais questões de prioridade estão envolvidas.

Merhy (2000, p. 2) nos diz que:

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos.

Desde o início da República, tivemos formatos de saúde pública campanhistas, com sistemas de caixas de previdência, programas verticais em postos de saúde voltados apenas para determinados problemas biológicos da população mais pobre, enquanto os ricos ficavam com os institutos ou o atendimento privado. O modelo flexneriano de assistência à doença, hospitalocêntrico, de especialidades e uso de muita tecnologia dura para os diagnósticos clínicos, ganhou força a partir dos anos 1940 e interfere no modo de cuidar até hoje. Nos anos 1960, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que unificou os institutos, mas manteve a lógica da atenção individual, ficando as ações de saúde pública sob responsabilidade do MS e estados, concomitantemente com a expansão do setor privado e o aumento significativo do consumo de equipamentos e medicamentos (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Já nos anos 1970 se inicia a crise desse modelo, porque o foco da biomedicina não acompanhava os efeitos da urbanização e seus novos problemas de saúde. A saúde pública ainda estava desarticulada da saúde individual e, ao invés de se investir em outro modo de cuidado, acontece o aumento dos custos do sistema de saúde com instrumentos caros, que têm sua relevância, mas que deveriam ser racionalizados, isto é, ter seu uso com indicação precisa. Nesse contexto, a população mais pobre fica sem acesso, contribuindo para uma iniquidade do atendimento prestado à população. Diante de toda essa crise, se iniciam debates da sociedade civil, alinhados com o momento político de redemocratização brasileiro, que sugerem mudança

para o modelo de APS, culminando na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o que resulta na implantação do SUS, em 1988.

O PSF foi implantado em 1993 e posteriormente se tornou a ESF, numa perspectiva de valorização do território, preocupação com a equidade, abordagem interdisciplinar, compreensão dos problemas de saúde com visão biopsicossocial, além de integralidade de abordagem e de serviços, inicialmente valorizando a hierarquização, em pirâmide, dos níveis de atenção. Depois veio a ideia de que o trabalho em rede fornece um formato horizontal para o funcionamento do sistema de saúde, com ênfase no acolhimento e na corresponsabilização dos pacientes em todos os pontos de atendimento, além de também considerar as suas subjetividades. Também se valoriza o espaço coletivo, tanto entre os trabalhadores quanto para a população participar na sua construção (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007). Vale ressaltar que a reforma sanitária e a implantação do SUS envolvem outras muitas questões que vão além da ESF e da APS e que não serão aprofundadas neste texto.

Apesar dos progressos significativos na saúde, como a autonomia da gestão municipal com ênfase na AB, Feuerwerker (2005) ressalta que ainda há muita disputa de responsabilidade entre as esferas de governo. A mudança das práticas de saúde e a nova orientação tecnoassistencial ainda necessitam de mais avanços. Também há grande tensão entre as propostas do campo público e aquelas privatizantes do campo da saúde. Vários dilemas surgem no trabalho com as eSF e na organização do sistema de saúde, questionando-se o desenho tecnoassistencial da atenção. Por exemplo, um deles é se a integralidade pode ser mais bem construída com uma rede hierarquizada, tendo a AB como porta de entrada; ou com um arranjo de rede mais flexível em seu acolhimento de qualquer de seus pontos, a depender da necessidade de saúde, como propõe Cecílio (1997) ao citar o modelo assistencial pensado como círculo. Ou, ainda, a comparação entre o modelo de referência e contrarreferência e aquele do apoio matricial, aliado com educação permanente de trabalhadores da AB, ampliando a sua resolubilidade, tão prejudicada pela desarticulação da rede, pelas limitações dos especialistas focais e pela própria formação de profissionais com competências esperadas para a AB. A consolidação política do SUS necessita de ruptura do isolamento das equipes, produção de novas tecnologias de cuidado em saúde e de que a gestão do sistema coloque a construção das linhas de cuidado em sua agenda (FEUERWERKER, 2005).

## 1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: ALGUMAS REFERÊNCIAS

A Declaração de Alma-Ata definiu o conceito de APS da seguinte forma:

Os cuidados primários de saúde são os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

Bárbara Starfield (2002) tornou-se referência ao basear o conceito de APS em quatro atributos essenciais e três derivados. Os quatro atributos essenciais da APS são: (1) acesso de primeiro contato: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas; (2) longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo; (3) integralidade: lista de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária, isto é, para que os usuários recebam atenção integral, pelo caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, e também como promoção, prevenção, cura e reabilitação – aí estão incluídos os encaminhamentos para outras especialidades e serviços de apoio diagnóstico; (4) coordenação do cuidado: que pressupõe alguma forma de continuidade do cuidado.

Essas ações, desenvolvidas por uma equipe de saúde, são dirigidas a cada pessoa, às famílias e à coletividade ou conjunto de pessoas de um determinado território. Uma APS bem estruturada e organizada tem potencial para resolver os problemas de saúde mais comuns/frequentes da população, reduzir danos ou sofrimentos e contribuir para uma melhor qualidade de vida das pessoas. Além dos princípios e diretrizes do SUS, a APS orienta-se também pelos princípios da acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado (longitudinalidade), responsabilização, humanização, participação social e coordenação do cuidado. Possibilita uma relação de longa duração entre a equipe de saúde e os usuários, independentemente da presença ou ausência dos problemas de saúde, o que chamamos de atenção longitudinal. O foco da atenção é a pessoa e não a doença (BRASIL, 2012). O *Relatório*

*Mundial de Saúde 2008* reforçou que, para haver equidade no acesso de todos à saúde, a APS é necessária “Agora mais que nunca”. Para isso, reformas em políticas públicas e lideranças e a disponibilização, pela APS, de serviços de saúde que posicionem as pessoas em primeiro lugar ajudariam a alcançar a cobertura universal (OMS, 2008).

A APS deve ser o centro de comunicação das redes de atenção à saúde, responsável pelo intercâmbio no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde. Porém, as dificuldades de se entender o papel protagonista da APS dificultam essa interlocução e envolvem as dimensões política, cultural e técnica. A mudança dos sistemas fragmentados para as redes de atenção à saúde só poderá ocorrer, conseqüentemente, se estiver apoiada numa APS forte e de qualidade (MENDES, 2009).

No âmbito da APS, se faz necessária a presença de profissionais de saúde que tenham formação específica ou que busquem se desenvolver no sentido de adquirir competências para essa atuação. Segundo Anderson, Gusso e Castro Filho (2005):

A Medicina de Família e Comunidade – MFC – é a especialidade médica da integralidade com foco centrado na APS. Por isso, é uma especialidade estratégica na conformação dos sistemas de saúde. Cabe à MFC, partindo de um primeiro e fácil acesso, cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada da saúde das pessoas, considerando seu contexto familiar e comunitário. Portanto, a Medicina de Família e Comunidade é um componente primordial da atenção primária à saúde.

A MFC trata-se de especialidade médica que existe no Brasil desde 1976, uma das primeiras oficializadas pela Comissão Nacional de Residência Médica, em 1981, e pelo Conselho Federal de Medicina, em 1986 (com o nome de medicina geral comunitária, mudando para o atual em 2001). Países como Portugal, Canadá, Inglaterra, Holanda e Cuba também adotaram essa especialidade como base de seus sistemas de saúde. Tem como principal área de atuação a APS, sendo a sua porta de entrada. Baseia-se no vínculo e na coordenação do cuidado integral e longitudinal de uma pessoa no seu contexto individual, familiar e comunitário, utilizando o método centrado na pessoa e a abordagem biopsicossocial do processo saúde-adoecimento, de agravos mais prevalentes (SBMFC, 2016).

Anderson, Gusso e Castro Filho (2005) também complementam que a MFC faz um contraste com a subespecialização focal e a tecnificação instrumental da prática médica, com utilização inadequada e desproporcional da tecnologia dura, em contraponto àquela, leve, da relação direta médico-paciente. Sua inserção nos sistemas de saúde se dá em diversos países, desenvolvidos ou em desenvolvimento, contribuindo fortemente para a melhoria dos indicadores de saúde.

Ao discorrer sobre as contribuições do(a) médico(a) de família para os sistemas de saúde, Kidd (2016, p. 42) o define desta forma:

O clínico geral/médico de família é o médico primeiramente responsável pela prestação de atenção inicial e integral à saúde para todos os indivíduos que buscam atendimento clínico e aconselhamento, programando a prestação de serviços por outros profissionais de saúde, quando necessário. O clínico geral/médico de família funciona como um generalista que aceita todos os que buscam atendimentos, ao contrário de outros médicos que limitam o acesso a seus serviços conforme idade, sexo e/ou tipo de problema de saúde. O clínico geral/médico de família atende pessoas no contexto da família, da família no contexto da comunidade e da comunidade no contexto da saúde pública, independentemente de raça, cultura ou classe social. É clinicamente competente para prestar a maior parte da atenção, considerando a situação cultural, socioeconômica e psicológica. Além disso, é pessoalmente responsável por prestar atenção integral e continuada centrada na pessoa para seus pacientes, ajudando a coordenar e integrar a atenção. O clínico geral/médico de família exerce seu papel profissional prestando atendimento diretamente aos pacientes ou por meio de serviços de outros profissionais, conforme as necessidades de saúde da comunidade atendida e os recursos disponíveis.

As quatro competências próprias dessa especialidade são: 1) solução de problemas não diferenciados; 2) competências preventivas; 3) competências terapêuticas (em problemas frequentes de saúde); 4) competência de gestão de recursos (MCWHINNEY; FREEMAN, 2009). Segundo a SBMFC (2016), o(a) mfc deve ser capaz de resolver a maioria das queixas, demandas e necessidades que chegam ao seu território, encaminhando o(a) paciente, apenas quando necessário, aos centros de especialidades de referência.

A residência médica representa uma das melhores maneiras de formar especialistas em MFC. Atualmente, existem mais de 100 programas de residência em MFC, no Brasil. A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) criou o *Currículo baseado em competências* como documento norteador para a formação em MFC. Quanto mais bem qualificados forem os médicos que atuam na APS, os resultados dos sistemas de saúde tendem a apresentar avanços (SBMFC, 2016).

O antropólogo Bonet (2014) concluiu, em seu livro *Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina*, que a Medicina de Família possui uma importante polissemia, isto é, não se apresenta com uma única definição, podendo esta variar de acordo com o território, sejam países ou mesmo cidades e bairros distintos, a depender do contexto onde é praticada. Examinando a história de marginalidade dessa especialidade no meio médico, cresce uma autonomia para a construção de uma epistemologia alternativa. A identidade de grupo passa por inúmeras disputas e tensões. Responder à necessidade das pessoas, contrapor-se ao excesso de tecnologia e desumanização da biomedicina fizeram a Medicina de Família voltar a fazer a conjunção de ciência e arte. O autor também utiliza a ideia de que os médicos de família são contraculturais, por se oporem à

racionalidade médica hegemônica e quererem modificar sistemas de saúde; mas, ao mesmo tempo, são conservadores, na medida em que não podem prescindir da epistemologia biomédica. Em outras palavras, abrangem um sincretismo epistemológico, unindo elementos de diversos campos de saber. No Brasil, com a implantação do modelo de saúde nacional PSF, há uma institucionalização que auxilia na definição da identidade de grupo, reduzindo tensões, ao mesmo tempo que deixa uma ambiguidade de que, para se tornar médico(a) de família, basta iniciar o trabalho no PSF, sem ser obrigatório ser especialista (BONET, 2014).

Andrade et al. (2018) analisam a formação discursiva da especialidade MFC e afirmam que ela é atravessada por relações políticas e sociais produzidas historicamente por diversos atores, como aqueles envolvidos com o desenvolvimento da prática médica generalista, familiar e comunitária; pela própria estruturação da APS; pelos programas de medicina comunitária; e pela formação da saúde coletiva no Brasil. Além disso, encontra-se atrelada ao campo científico da medicina generalista e familiar internacional e à sua afirmação como especialidade médica. Todos esses componentes compreendem, formulam e disputam o formato e o sentido de sua prática, o que faz pensar a MFC como um campo heterogêneo e sem uma história única. Como sociedade científica, vem apresentando contradições em relação às pautas históricas do movimento sanitário e de defesa de um sistema de saúde público, universal e antiprivatista (ANDRADE et al., 2018).

### 1.3 O TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho em saúde é o trabalho vivo em ato que produz cuidado, com tecnologias leves (relações entre os sujeitos envolvidos), leve-duras (saber técnico estruturado) e duras (instrumentos) que interagem para gerar um determinado processo de trabalho e que podem ser traduzidas pela imagem de valises tecnológicas (MERHY, 2000). Segundo Merhy (2000), todo(a) trabalhador(a) de saúde faz clínica, que é o principal campo onde se operam as tecnologias leves, articulando-se com outras configurações tecnológicas, se apresentando como produção de cuidado a cada encontro, em processos micropolíticos de subjetivação para além das práticas de saúde, fabricando as relações, limites e possibilidades no território. Levando em consideração que os pacientes buscam acolhimento, responsabilidade e vínculo em seus encontros, os profissionais deveriam entender que fazer essa clínica não pode significar se deter à abordagem da disfunção biológica, mas também que a produção de relações e intervenções compartilhadas é imprescindível. Se não houver espaço de escuta, cumplicidade e responsabilidade, vínculo e aceitação, não há um trabalho implicado (MERHY;

FEUERWERKER, 2016). O processo de trabalho em saúde acontece no encontro entre o(a) agente produtor(a), que é portador(a) de ferramentas, conhecimentos, equipamentos e concepções próprios; e o(a) agente consumidor(a), que carrega suas intencionalidades, conhecimentos e concepções, se traduzindo em parte como objeto e como agente ativo(a) do ato produtivo, neste, portanto, interferindo (FEUERWERKER, 2014). Merhy e Franco (2006, p. 282) também acrescentam que:

O 'trabalho em saúde' é centrado no 'trabalho vivo em ato', à semelhança do trabalho em educação; e a efetivação da 'tecnologia leve' do 'trabalho vivo em ato', na saúde, expressa-se como processo de produção de 'relações intercessoras' em uma de suas dimensões-chave, o seu encontro com o usuário final, que 'representa', em última instância, as necessidades de saúde, como sua intencionalidade, e, portanto, quem pode, com seu interesse particular, 'publicizar' as distintas intencionalidades dos vários outros agentes na cena do 'trabalho em saúde'.

Existe ainda o conceito de processo de trabalho em saúde com a visão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, a prática dos profissionais/trabalhadores de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009), produzindo cuidados diretos com o(a) usuário(a) em cada relação que se apresenta, de forma subjetiva e particular, aumentando a resolutividade.

Peduzzi e Schraiber (2009) também oferecem a perspectiva de que o trabalho em saúde é sempre coletivo, porque há nele diversos atores com um determinado papel particular, mas que, somados, são interdependentes, já que é sempre complexo o objeto do ato de cuidar. Os múltiplos saberes se complementam. Todavia, isso pode gerar uma disputa de forças e uma tensão, seja na assistência ou na gestão, para produzir pactuações negociadas do processo de trabalho que resultem na produção em saúde.

#### 1.4 REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Segundo Merhy e Santos (2006, p. 26) discorrem:

O ato de regular em saúde é constitutivo do campo de prestação de serviços, sendo exercido pelos diversos atores ou instituições que provêm ou contratam serviços de saúde. O conceito, as práticas e finalidades da regulação em saúde ainda são objeto de debate, existindo compreensões distintas do tema, além de sofrerem variações ao longo dos anos e conforme o entendimento dos atores sociais em foco.

Magalhães Jr. (2006, p. 40) apresenta a questão da seguinte forma:

O termo regulação tem sido utilizado no âmbito da saúde com um sentido mais amplo do que a mera regulamentação dos mercados, estando relacionado a uma função desempenhada pelos sistemas de saúde em geral, mesmo nos majoritariamente públicos, não sendo apenas uma função de regulação mais clássica das relações de mercado na saúde, como uma das maneiras de correção das chamadas imperfeições

de mercado. Pela diversidade dos sistemas de saúde e abrangência da função de Estado na saúde, o termo assume claramente uma característica polissêmica.

Giannotti (2013) apresenta a regulação contendo, por natureza, a tensão e o conflito de interesses inerentes às questões de saúde, de forma que ela só é possível se houver fóruns e mesas de pactuação entre os diversos atores envolvidos, como prestadores, gestores, técnicos da rede, complexo regulador, usuários, conselhos de saúde, políticos e associações profissionais. A regulação é esperada que se desenvolva por iniciativa do Estado porque este é o intermediário entre os direitos sociais, ligados à redistribuição, equidade e justiça social; e o mercado, que pressupõe o setor privado e a busca da rentabilidade e do lucro (FADUL, 2007).

O modelo de atenção à saúde e a concepção de saúde-doença influenciam as práticas regulatórias e vice-versa. Quando a regulação trabalha de forma articulada com a rede, não se reduz a controle de filas intermináveis. O atual excesso de judicializações em saúde, por exemplo, reflete que o “direito de todos e dever do Estado”, isto é, o direito social, se torna refém de necessidades de saúde individuais, posto que, aliadas às ideias capitalistas e neoliberais, fomentam o consumo de serviços de saúde como bens. Há ainda a medicalização do desconforto, a patologização das diferenças e sofrimentos, com o pano de fundo de interesses mercadológicos da indústria farmacêutica, de empresas de exames laboratoriais e procedimentos e de planos de saúde privados. Ocorre o aumento da iniquidade se a regulação acontece apenas guiada pelo mercado, porque o cidadão passa a ser consumidor individual, em detrimento da valorização do conjunto. A mercantilização da saúde contribui com a formação de uma sociedade medicalizada, com cidadãos adoecidos e dependentes de intervenções médicas (GIANNOTTI, 2013).

A portaria do MS n. 1.559, de 1º de agosto de 2008, institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, com ações integradas entre si e organizadas em três dimensões, da seguinte forma:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. (BRASIL, 2008).

Essa política estabeleceu o incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de complexos reguladores e a necessidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação, no âmbito do SUS, a fim de promover acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

A regulação assistencial atua mediante oferta e demanda e o complexo regulador é a estrutura que congrega o conjunto de ações do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada, buscando a adequação da oferta dos serviços de saúde à demanda das reais necessidades da população. Sendo assim, é possível definir o complexo regulador como instrumento das ações da regulação assistencial (BRASIL, 2008).

Por sua vez, as Centrais de Regulação operacionalizam o complexo regulador, agindo na regulação da oferta de serviços. As Centrais de Regulação são os locais que recebem as solicitações de atendimento, as avaliam, processam e agendam o atendimento, garantindo-o de forma integral, ágil e qualificada aos usuários do sistema de saúde, com base no conhecimento da capacidade de produção instalada nas unidades prestadoras de serviços (BRASIL, 2006).

A oferta de serviços e a demanda das pessoas é um fator primordial para o controle contínuo da central de regulação, pois, quando a oferta é menor que a demanda, é preciso garantir o acesso do cliente de maneira racional, impedindo a ação inadequada dos serviços. Da mesma forma, quando a oferta de serviços é maior que a necessidade da clientela, é necessário o controle para não haver excesso de utilização de recursos (BRASIL, 2006).

O SISREG é um sistema *on-line* na sua terceira versão, criado pelo Datasus para o gerenciamento de todo o complexo regulatório, abrangendo da rede básica, como unidade de saúde solicitante de procedimentos de média e alta complexidade, à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos assistenciais. É uma ferramenta fornecida pelo MS de forma gratuita, sendo sua utilização não compulsória.

A primeira versão do SISREG, desenvolvido pelo Datasus na cidade do Rio de Janeiro, foi iniciada em 2004 e esteve restrita aos prestadores privados, naquele momento. Funcionava por meio de rede local, com geração de relatório de agendamentos, e não pela internet. Em

2006, ocorreu a mudança do sistema para SISREG II, já através da internet, contando com vagas de todos os prestadores privados e de alguns prestadores públicos.

A atual versão, SISREG III, está sendo utilizada desde setembro de 2009, também desenvolvida e operada pelo Datasus, em Brasília, necessitando apenas de um *link* para acesso. Trata-se de um sistema público que é cedido às prefeituras, pretendendo agrupar todas as vagas e solicitações de consultas e procedimentos especializados para o município do Rio de Janeiro e cidades do interior para as quais o município do Rio de Janeiro é referência. Naquele momento, a regulação era restrita a dez reguladores na central de regulação municipal, o que contribuía com um grande tempo de espera. Muitas das solicitações passavam por regulação automática, por fila de espera. Isso gerava entraves na regionalização dos agendamentos, devido à distância da residência das pessoas, bem como prejudicava o controle da real necessidade da solicitação (PINTO et al., 2017).

Em 2011, foram regulados 790.091 procedimentos por ano, de maneira centralizada. Somente em 2012 ocorrem a descentralização da regulação ambulatorial e o aumento do número de reguladores no município, quando os médicos de família RTs de cada unidade de APS do município do Rio de Janeiro ficam responsáveis por essa tarefa, contribuindo para o aumento do número de procedimentos agendados (PINTO et al., 2017).

A proposta de regulação ambulatorial da SMS-Rio funciona da seguinte forma: as solicitações de procedimentos são inseridas no sistema pelos médicos assistentes dos pacientes para, posteriormente, serem avaliadas por médicos reguladores, que devem julgar a real necessidade de encaminhamento e para qual serviço seria mais adequado o agendamento da consulta. As solicitações são listadas por unidade solicitante, podendo ser ordenadas por data de solicitação, gravidade do quadro (via classificação com cores), ordem alfabética do nome dos pacientes ou ainda por especialidade solicitada. Há três possibilidades de resolução, para tais pedidos: o médico regulador autoriza e agenda a solicitação; ou devolve para o solicitante, quando desejar obter mais detalhes do caso; ou, ainda, pode negá-la, quando julgar o encaminhamento não pertinente. Caso a autorização ocorra num momento em que não haja vagas disponíveis para a especialidade, a solicitação retorna para a lista de pendentes, em fila, para ser novamente regulada, quando houver disponibilidade.

Enquanto a macrorregulação é aquela que, como mecanismo de gestão, dispõe regras para contenção do livre mercado pelo Estado, a microrregulação opera nas relações entre os profissionais da rede e entre estes e os seus usuários, representando as respostas do sistema às demandas de acesso das populações aos serviços, também chamada de regulação assistencial

(MERHY; SANTOS, 2006). É nesse sentido que este estudo vai se dedicar a procurar entender o que pode interferir na micropolítica da regulação, levando em conta as tantas singularidades locais.

## 2 METODOLOGIA E DESENHO DO ESTUDO

Caminho se conhece andando  
Então vez em quando é bom se perder  
Perdido fica perguntando  
Vai só procurando  
E acha sem saber  
Perigo é se encontrar perdido  
Deixar sem ter sido  
Não olhar, não ver  
Bom mesmo é ter sexto sentido  
Sair distraído espalhar bem-querer  
*Chico César, em "Deus me proteja"*

Esta pesquisa toma como objeto de sua investigação o processo de trabalho do(a) médico(a) de família militante que atuou na implementação da RCAPS no MRJ e tem como fonte o recolhimento da experiência vivida pela própria autora, que trabalhou como RT, preceptora e médica da equipe numa mesma unidade de saúde. Foi realizado um recorte dessa experiência, focando no processo de trabalho do(a) RT, que aconteceu no período de novembro de 2012 a dezembro de 2015.

Para percorrer à experiência vivida por mim (autora), realizei, retrospectivamente, uma cartografia inspirada na forma como Suely Rolnik (2006), Melo (2014) e Cruz (2016) realizaram as suas, isto é, com a ideia de produzir um texto autobiográfico que analisa minha vivência nesse cenário, tomando-a não como uma individualidade, mas como a singularidade do modo como as forças de um determinado contexto histórico atravessaram o meu corpo.

Ao longo do processo de produção desta dissertação, fui entendendo que há um saber que foi emergindo do fazer na experiência, transformando-me, primeiro, para depois conhecer o que estava acontecendo. Segundo Bondía (2002), a análise do que nos acontece na experiência vivida é uma fonte para produzir conhecimento, visto que o cotidiano nos estimula, o tempo todo, a acumular informações, a emitir opiniões sobre essas informações, mas nem sempre temos tempo para analisar os fatos que acontecem e nos afetam diretamente. Precisamos do momento de parada para olhar para dentro e falar de nós mesmos:

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço. (BONDÍA, 2002, p. 24).

O processo de olhar para dentro e examinar o que me aconteceu ao vivenciar o papel de RT de uma unidade produziu alguns efeitos. Por um lado, foi terapêutico para mim, pois me permitiu dar voz ao que foi bastante doloroso e adoecedor, no mundo do trabalho. Essa perspectiva acessou de um outro modo a realidade cotidiana vivida por mim e pelos demais trabalhadores de saúde nas nossas reais condições de trabalho, relacionadas a cada contexto local, atravessados que somos por acontecimentos não previstos nos protocolos, modelos e projetos, que nos colocam como equipe, o tempo todo, em uma tensão emocional, pois precisamos inventar novas formas de enfrentar tudo aquilo que escapa ao modelo ideal proposto pelos gestores. Essa situação produz tensionamentos nos encontros entre profissionais, destes com os usuários e destes com os gestores, tendo como efeito um trabalho em saúde que gera adoecimento e esgarçamento de redes. Por outro lado, o processo permitiu dar língua às questões que interrogam as nossas práticas do modelo e que estão relacionadas a um modo de fazer proposto e assumido por mim como missão, como militância, compondo um certo campo de investigação do qual foi emergindo a análise do nosso objeto.

Poder, nesse momento, problematizar de outro lugar o que foi vivido, em processo de superação dos impactos que atravessaram minha vida, num movimento de produção do olhar no qual a Thais cartógrafa de hoje revisita a Thais RT, permite extrair dessa experiência uma reflexão sobre o que pode acontecer no hiato entre o modelo proposto pelo gestor e a prática cotidiana do(a) profissional RT vivenciada na pele.

Inicialmente, na trajetória de escrita desta dissertação de mestrado, queria provar que uma unidade com médicos de família e comunidade (mfc) tem maior capacidade de aplicar os atributos da APS que aquelas sem esse tipo de profissional, que eu supunha ser mais qualificado. Essa certeza tinha como base a minha experiência como reguladora local de clínica da família e como gestora em uma central de regulação e também no NIR da CAP 3.1, onde eu testemunhava uma diversidade na qualificação das solicitações de encaminhamento para o nível secundário. Por exemplo, era menos frequente encontrar solicitações de ecocardiograma para hipertensos leves ou de neurologia para pacientes com cefaleia, inseridas no SISREG por médicos de família do que por outros médicos. Ao aprofundar as leituras e o debate, ao longo da orientação, emergiu o interesse pela descentralização da regulação assistencial para APS desenvolvida pela RCAPS, uma vez que o agente principal desse modelo era o(a) mfc como RT, o que foi uma proposta inovadora, pouco vista em outros exemplos no Brasil, deslocando meu interesse para esse objeto de pesquisa.

Nesse momento da investigação, achei que pudesse ser mais interessante conversar com os pares: o plano seria criar grupos e entrevistas focais para dialogar com diversos RTs, para estudar se sentiam-se sobrecarregados e qual a percepção de seu papel. Quando, em uma das atividades do mestrado, no seminário de projetos, apresentei uma descrição das funções do(a) RT, extraída da experiência vivida por mim, como um primeiro resultado da fase exploratória, a repercussão desse tema dentro da turma<sup>3</sup> foi de grande ressonância, surgindo muitas contribuições. Impressionou-me como o assunto mobilizou a todos, que, de alguma forma, estavam conectados ao modelo do(a) médico(a) RT nas unidades de APS do Rio de Janeiro. A frase de um dos RTs presentes foi: “É a primeira vez que eu vejo isso escrito efetivamente. Já estou há dois anos como RT e quando eu vejo isso escrito eu penso que eu tenho que me demitir”. Esse *feedback* reforçou a ideia de mudança do objeto do estudo, que antes era a qualidade dos encaminhamentos dos profissionais de MFC, para a investigação do processo de trabalho dos médicos RTs. Essa atividade fez emergir a minha percepção sobre a importância e repercussão do tema, a possibilidade de produzir conhecimento sobre isso a partir da minha experiência e a noção de que o que acontecia comigo também era vivenciado por outros médicos.

Concordando com Merhy (2004), que destaca que, embora o conceito tradicional de investigação científica proponha a separação entre o pesquisador e o objeto, a sua não separação não inviabilize a produção de conhecimento, reforçamos nossa convicção de que todo ser é detentor de sua cultura e ela só é acessível a ele mesmo. Portanto, aquele que está contaminado pela e que viveu a experiência é capaz de estudar e produzir o conhecimento a partir do vivido, de forma diferente daquele que não a viveu, porque se trata de um pesquisador que se apresenta como sujeito militante implicado. O pesquisador, então, é o sujeito interessado e o sujeito implicado da pesquisa, isto é, também é o objeto da pesquisa, porque é analisador e analisado. Isso tem sido comum aos trabalhadores de saúde que procuram investigar seu próprio modo de agir, analisando o seu próprio modo de dar sentido ao que está sendo investigado para se perceber e, num segundo momento, socializar esses saberes e agires transformadores. Ele interroga do lugar que dá sentido ao fenômeno produzido que está sob análise, criando, portanto, sua própria significação. Essa foi a perspectiva que a qualificação introduziu como um novo elemento, no caminho da cartografia.

---

<sup>3</sup> Trata-se da segunda turma do mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde da UFRJ, 2017-2019, no qual participam profissionais de saúde de diversas categorias.

Como efeito, a banca sugeriu que o campo de investigação partisse da minha experiência e que fossem produzidas memórias que narrassem as histórias vividas na pele, no coração e na alma: “quem melhor do que você pode falar sobre isso?”, foi-me perguntado.

Dessa maneira, desenvolvemos as estratégias de pesquisa, conforme sugerem autores que dão as pistas do método cartográfico (PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2016). Realiza-se a inversão entre as metas dadas da partida (pré-projeto) e o caminho predeterminado pelas primeiras. Isto é, a cartografia foi acontecendo à medida que me debrucei sobre o exercício de elaborar narrativas que descreviam o território existencial vivido como RT e daí foram surgindo as novas metas da pesquisa.

Essa metodologia constitui ainda uma perspectiva construtivista do conhecimento, ao acessar elementos processuais do território, distanciando-se do objetivismo e do subjetivismo, deixando-se guiar até o conhecimento surgir como composição, pois, ao criarmos um território de observação, fazemos emergir um mundo que já havia como virtualidade, mas que se atualiza e ganha existência (KASTRUP, 2016).

O objetivo da cartografia é desenhar a rede de forças à qual o objeto em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e movimentos. Suely Rolnik relata que se espera que o cartógrafo mergulhe nas intensidades do presente para “[...] dar língua para os afetos que pedem passagem” (Rolnik, 2006, p. 23). Entende-se o processo como processualidade, eis o coração da cartografia: o cartógrafo começa pelo meio, entre pulsações. O momento presente carrega uma história anterior. O tema da pesquisa aparece com o pesquisar. A pesquisa se faz em movimento, no acompanhamento de processos que nos tocam, nos transformam e produzem mundos (BARROS; KASTRUP, 2016). Como consequência,

O cartógrafo acompanha essa emergência de si e do mundo na experiência. Para realizar sua tarefa, não pode estar localizado na posição de observador distante, nem pode localizar seu objeto como coisa idêntica a si mesma. O cartógrafo lança-se na experiência não estando imune a ela. Acompanha os processos de emergência, cuidando do que advém. É pela dissolvência do ponto de vista que ele guia sua ação. (PASSOS; EIRADO, 2016 p. 129).

O desenho do campo de investigação deu-se de forma retrospectiva, isto é, para operar a cartografia fiz um exercício inicial de produzir a memória sobre o vivido, por meio da elaboração de narrativas relacionadas às cenas que me afetaram profundamente e que marcavam momentos de grande desconforto e incômodo; ou também de satisfação, buscando dar língua aos afetos presentes. Inicialmente, produzi um conjunto de cenas que compuseram material bruto desse território existencial no qual emerge o mundo do trabalho do(a) RT. Essa forma de operar dialoga com o modo como Rolnik (2006) e Cruz (2016) desenvolveram suas cartografias.

Dessa forma, o desenvolvimento de nossa pesquisa utilizou a cartografia como forma de extrair da experiência vivida como RT o conhecimento sobre o modo pelo qual se operaram, nas práticas, os conceitos formulados na política.

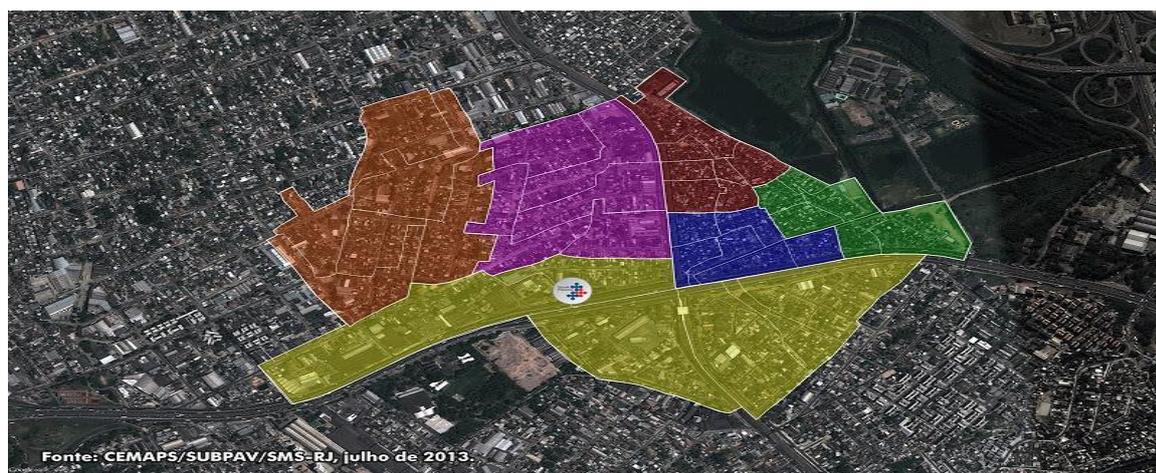
O segundo passo foi a análise dos acontecimentos narrados em cada cena, num exercício de nos debruçarmos, com o olhar do hoje, sobre o narrado, buscando identificar as tensões presentes em cada situação. Por fim, produzi um mapa das tensões que são constitutivas da implementação do modelo, em torno dos seguintes aspectos do processo de trabalho do(a) mfc RT: o acesso à APS; o cuidado dos usuários de sua equipe; a regulação do acesso; a articulação do cuidado com os serviços da rede ambulatorial e com o serviço de urgência e emergência; a gestão da unidade de saúde e da equipe de médicos; a relação de ensino e educação permanente; o manejo de casos graves.

A partir desse ponto, assumo a perspectiva investigativa de cartógrafa, lugar de onde desenvolvo a minha pesquisa, e passo a querer ver o que foi acontecendo ao longo da implantação da RCAPS e acompanhar um processo, produzindo conhecimento ao longo de um percurso de pesquisa, com a criação de um território de observação a ser cartografado, porque não era antes habitado (KASTRUP, 2016).

O cenário onde se deu o meu trabalho como médica de família foi a Clínica da Família Joãosinho Trinta (CFJT). Essa unidade fica localizada à beira da Avenida Brasil, uma das vias de maior fluxo de trânsito da cidade, ligando a Zona Oeste ao Centro do município do MRJ, muito próxima à linha de trem do ramal Gramacho e da fronteira com o município vizinho de Duque de Caxias, na Baixada Fluminense. Sua área de abrangência inclui os bairros de Parada de Lucas e Vigário Geral, com relevo que de um lado compreende ladeiras com domicílios de classe baixa e média e, de outro, no território mais plano, construções com características de comunidade mais semelhante a uma favela. Há, no território, a presença de atores sociais que andam armados, em situação de conflito com a lei. Aquela unidade de saúde, à época, era responsável por uma população cadastrada de 22.357 habitantes, sendo que apenas 5,27% destes declararam possuir plano de saúde privado. O atendimento era dividido por seis eSF. Eu fazia parte da equipe Porto Príncipe, composta também por enfermeira, técnico de enfermagem, seis ACS, um agente de vigilância em saúde (AVS), além de uma equipe de saúde bucal de referência para cada duas equipes de ESF, com um dentista e um assistente de saúde bucal (ASB).

Pelos dados apresentados no *accountability*<sup>4</sup> em 2015, a equipe Porto Príncipe possuía 4.185 pessoas cadastradas, sendo 52 crianças menores de 1 ano, 42 entre 1 a 2 anos, 24 gestantes, 630 adolescentes de 10 a 19 anos, 619 pessoas maiores de 60 anos, 564 hipertensos e 178 diabéticos. A unidade contava com colegiado gestor, recebia acadêmicos, internos e residentes de Medicina, Enfermagem e Odontologia. Havia grupos educativos dos mais variados temas e conduzidos por várias categorias profissionais. A unidade ofertava 95% dos itens da carteira de serviços<sup>5</sup>. Contava com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), práticas integrativas e complementares em saúde (PICS), farmácia, academia carioca, núcleo de saúde na escola. Ofertava ainda radiografia, três vezes por semana; ultrassonografia, uma vez por semana; e coleta de laboratório, diariamente. Na Figura 1, segue o mapa com representação do território de toda a unidade, dividida em seis equipes. A equipe Porto Príncipe está representada na área alaranjada.

Figura 1 – Mapa do território adscrito da CFJT



4 Seminário de prestação de contas elaborado e apresentado anualmente por cada unidade de saúde como forma de estimular a responsabilização e transparência nos resultados, previstos nos eixos da RCAPS.

5 A carteira de serviços é uma publicação da SMS-Rio que apresenta a padronização dos procedimentos e ações de saúde para todas as unidades de saúde da atenção básica.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 ALGUMAS IMPLICAÇÕES DE UMA MFC MILITANTE

A cartografia dá visibilidade àquilo que não está dito sobre os desejos que nos carregam na vida, que nos fazem agir ou que nos bloqueiam. O primeiro exercício que o cartógrafo deve fazer é analisar as implicações da cartografia, porque ela permite dizer quem está falando quando escreve. E mais, responde a perguntas como: de onde esse alguém fala? Ele aposta em quê? Está envolvido com o quê? O quanto está implicado na pesquisa? Diante disso, precisamos trazer para a discussão a noção de implicação:

[...] não se resume a uma questão de vontade, de decisão consciente do pesquisador. Ela inclui uma análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa o pesquisador, daquele que ele busca ocupar e do que lhe é designado ocupar, [...] com os riscos que isto implica. [...] A recusa da neutralidade do analista/pesquisador procura romper, dessa forma, as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido. (PASSOS; BARROS, 2000, p. 73).

No decorrer da pesquisa, fazendo o exercício analítico do que cartografei sobre minhas implicações, encontrei, em meu banco de memórias, esse relato a seguir. Somente hoje, após essa parada para olhar para a experiência vivida, percebo que o meu envolvimento visceral com a MFC tem significado de militância política, com origem na minha trajetória e construção da identidade profissional.

A minha militância na MFC vem desde o último ano de graduação. Fui criada como especialista em APS. Vivi vários espaços da APS no SUS. Estava ajudando a APS a se fortalecer fazendo parte de um modelo que a valorizava. E me entregava ao projeto. Queria resolver tudo que pudesse. Queria multiplicar conhecimento onde quer que passasse. De alguma forma não podia falhar como mfc: talvez a chance de mostrar ao mundo como é incrível ser mfc da APS no SUS! É pra ser RT? Topo. É pra ser preceptora? Topo. É pra ajudar a qualificar a rede? Topo. É pra supervisionar Mais Médicos? Topo. É pra fazer parte de um time? Topo! (SILVA, [2018]).

A APS tem sido o foco da minha vida profissional desde a graduação em Medicina, na UFRJ, cursada entre 2000 a 2005, quando tive o primeiro contato com uma unidade de atenção primária no bairro do Engenho da Rainha, durante a disciplina de Atenção Integral à Saúde (AIS) no ciclo básico e, em outro momento, quando fiz um trabalho sobre o sistema de saúde cubano, na disciplina de Administração em Saúde. Só conheci de perto a especialidade MFC quando, tempos depois, o professor dessa mesma disciplina me estimulou a ir ao Congresso Brasileiro de MFC que aconteceu em Belo Horizonte, já no último ano de internato, em 2005. Participar desse evento foi como me descobrir e me encontrar com os pares que pensavam como eu e ser resgatada por eles, bem diferente do que era vivido à época na UFRJ.

Logo após a conclusão dos dois anos da Residência em MFC na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em 2008, atuei como médica de equipe no Programa Médico de Família (PMF) em Niterói. O modelo de atenção à saúde dessa cidade era adaptado da medicina familiar cubana, inclusive implantado, em 1992, com assessoria de técnicos cubanos (TEIXEIRA; MONTEIRO; MIRANDA, 1999). Naquela ocasião, vários outros colegas, ex-residentes de MFC considerados candidatos favoritos, pelas palavras da gestora, em processos seletivos, migraram para aquele município, porque não havia muitas opções de campo de trabalho no estado do Rio de Janeiro.

Pude, então, desenvolver a minha primeira experiência profissional, atuando por cerca de quatro anos em um mesmo território, na área adscrita da unidade chamada de PMF de Leopoldina. Nesse programa, que tinha anos de experiência e cujo local era um dos pioneiros na implantação de um modelo de APS bem estruturado, com boa cobertura no território de equipes de PMF, pude aprimorar, na prática, os conceitos de MFC aprendidos durante a residência, além de ter adquirido ali tantas outras competências.

Em 2012, após deixar o trabalho em Niterói, tive a oportunidade de estagiar por duas semanas no National Health System (NHS) inglês, acompanhando um médico de família (os conhecidos *general practitioners* – GPs) do norte do País de Gales, no Reino Unido. Com essa experiência, pude entender um pouco mais do sistema de saúde britânico. O GP já estava naquele território havia mais de dez anos e conhecia muito bem sua clientela, o que era fundamental para o estabelecimento de vínculo, o diagnóstico de território, o impacto na qualidade de indicadores de saúde, entre outras questões fundamentais para um bom trabalho na APS, o que, até então, eu, como jovem médica de família, só conhecia em teoria.

A minha decisão de sair de Niterói ocorreu concomitantemente à migração de vários mfc, meus pares no PMF, para o município do Rio de Janeiro, que se encontrava em plena implantação da RCAPS desde 2009. Naquele momento, os médicos de família eram opções supervalorizadas e priorizadas para colocar em prática o modelo de APS proposto pelo gestor municipal, tornando a experiência do MRJ um polo de atração de especialistas provenientes de todo o país. Esse grupo atuava de forma militante no campo da MFC e tinha em comum o fato de acreditar que essa especialidade era a formação necessária para implementar a APS. Além da atuação como médicos assistentes de uma eSF, também eram convidados a atuar em outras grandes frentes de implementação da RCAPS: preceptoria de programas de residência de MFC e referência técnica de unidade, regulação assistencial, entre outras. A sensação era a de que formávamos um grande time.

Ao retornar ao Brasil, em novembro de 2012, motivada pelo contexto descrito anteriormente e pelo relato de colegas que me precederam, optei, também, por experimentar o trabalho na atenção primária do MRJ. Recebi convites para trabalhar como preceptora de dois programas diferentes de residência em MFC: UFRJ e UERJ, tendo escolhido a CFJT, em Vigário Geral, que seria o meu primeiro campo. Lá trabalhei de 2012 a 2015, como médica da equipe Porto Príncipe, e foi onde me tornei RT. Foi uma experiência desafiadora, na qual vivenciei o acúmulo de papéis, como médica de equipe, RT e preceptora do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) do MRJ.

Nesse momento da escrita, aceito o questionamento do por que optamos por encarar tantas frentes de atuação. Será que isso tem algo a ver com uma suposta prepotência dos médicos, estimulada desde a graduação? Ou seria, mais uma vez, o sentimento de que, para ajudar na transformação, uma vez que somos poucos médicos de família, temos que trabalhar por três e estar envolvidos em todas as oportunidades que surgem? A minha implicação emerge, portanto, do meu envolvimento com a consolidação da especialidade MFC, da APS e do SUS. No entanto, há que se considerar que não é possível ter uma consciência plena e total das implicações que atravessam um pesquisador, de forma que talvez tantas outras importantes questões da minha história não conseguiram ser expostas aqui.

### 3.2 O PROCESSO DE TRABALHO DO(A) MÉDICO(A) RT

Durante atividades de apresentação de seminário de projetos, ao longo do programa de mestrado, com base na memória do que foi vivido por mim na prática como médica RT, já constituindo uma produção de material para esta dissertação, destaquei em diário de campo (SILVA, [2018]) que é esperado que o(a) médico(a) RT seja:

- a) **médico(a) de equipe 40 horas:** o(a) médico(a) RT tem essa mesma função comum aos demais médicos da unidade em que atua, onde é responsável pelos atendimentos médicos da população adscrita à sua própria eSF, prestando os cuidados em saúde para homens e mulheres de todas as idades, garantindo os atributos da APS. Realiza atendimento, em consultório, de demandas programadas e espontâneas, visitas domiciliares, procedimentos e grupos. Cada equipe deve realizar reuniões semanais, manter compartilhamento de cuidados e discussão de casos;
- b) **parceria com o(a) gerente local na organização do funcionamento da unidade e liderança na equipe da unidade de saúde:** o(a) médico(a) RT deve buscar alinhamento

de falas e condutas com o(a) gerente da unidade e o(a) enfermeiro(a) RT, frente aos processos de trabalho na unidade, para auxiliar no seu funcionamento; o(a) médico(a) RT torna-se referência para todas as eSF de uma unidade de saúde, atuando como apoiador na solução de problemas relacionados ao processo de trabalho em equipe, auxiliar na mediação de conflitos, no alinhamento de papéis e condutas entre os profissionais, pois, diariamente, surgem questões fora do programado, mas inerentes ao cotidiano, como ausências na escala, desentendimentos entre profissionais e entre estes e os usuários;

- c) **organizador(a) do corpo médico:** o(a) médico(a) RT monitora escalas de atendimento, horários de almoço, rodízios de sábado, saídas para treinamentos, coberturas de equipes-irmãs<sup>6</sup> e folgas dos médicos lotados na unidade, além de organizar reuniões técnicas dos médicos, incluindo acadêmicos, internos e residentes de Medicina;
- d) **representante da unidade em reuniões técnicas da SMS-Rio, para multiplicar informações e conhecimentos da unidade:** o(a) médico(a) RT deve comparecer a reuniões convocadas pelo gestor municipal, o que se traduz em turnos previstos de ausência da unidade, sendo responsável pelo compartilhamento de informações entre os profissionais, seja por mensagens de *e-mail* e por celular, seja por reuniões e capacitações de médicos e demais profissionais da unidade;
- e) **interlocutor(a) entre equipe da unidade e gestores:** o(a) médico(a) RT é o(a) representante dos profissionais da sua unidade, ao levar suas questões ao nível gestor, ou ainda ao auxiliar no diálogo fora da unidade, quando há casos complexos e que necessitem de apoio institucional do gestor, por exemplo, com a central de regulação e o grupo de RTs em aplicativo de telefone, ou em resposta a *e-mails* relativos a casos que envolvam Vigilância Sanitária, Ministério Público, câmara de litígios, judicializações etc.;
- f) **norteador(a) do cuidado com as pessoas do território de todas as equipes adscritas à unidade:** o(a) médico(a) RT observa e analisa os dados e indicadores de saúde de sua unidade, auxiliando na orientação do foco do trabalho e no alcance da melhoria dos cuidados prestados àquela população; torna-se referência para todas as eSF de uma unidade de saúde, atuando tecnicamente como apoiador na solução de problemas

---

<sup>6</sup> Equipe-irmã é uma forma de pactuação que pode ocorrer entre equipes de uma mesma unidade para que, em geral, duas delas sempre se apoiem quando da ausência de profissionais de uma ou de outra ou em horários de reuniões, visitas domiciliares, escalas de profissionais etc.

relacionados à saúde dos pacientes, como situações clínicas mais complexas, que necessitem de intervenção e/ou apoio técnico para seu melhor desfecho;

- g) **regulador(a) do acesso dos usuários a consultas e procedimentos no SISREG:** o(a) médico(a) RT deve fazer a avaliação das solicitações de encaminhamentos para consultas e procedimentos nos níveis secundário e terciário realizados pelos médicos e enfermeiros da unidade e proceder ao seu agendamento, diante da pertinência do pedido e da disponibilidade de vaga, tendo o papel também de qualificar os profissionais solicitantes, na medida em que os questiona, com eles discute casos e lhes disponibiliza material de atualização técnica;
- h) **conhecedor(a) de sistemas de regulação:** o(a) médico(a) RT deve receber treinamento de como funcionam o SISREG, o Sistema Estadual de Regulação (SER) e a plataforma de ambulâncias da SMS-Rio e apropriar-se de todos os fluxos de encaminhamento, bastante dinâmicos, fazendo parte também do grupo de RTs da CAP por aplicativo de telefone, para auxiliar os demais profissionais em suas solicitações.

A seguir, apresento narrativas com descrição de diversas cenas do cotidiano como médica RT, seguidas de discussão sobre os aspectos que surgem nelas.

### 3.2.1 Um dia de médico(a) de família RT na APS do MRJ

#### Cena 1

A quantidade de atendimentos é imprevisível, não se pode limitar por número ou ordem de chegada, porque o caso prioritário pode chegar depois de alguém que necessite menos naquele momento. Sempre há o medo de deixar de atender quem mais precisa. Há também a vontade de ajudar logo aquele paciente, aproveitar e ofertar serviços para além do que ele foi buscar, praticando a integralidade e oportunizando o contato, para evitar um retorno em pouco tempo mais adiante. Mas, pode chegar toda a sua agenda de gestantes, tem que preencher as planilhas de visita na maternidade, de pré-natal de alto risco, o prontuário, o cartão da gestante, checar exames (que pode ser que já estejam impressos; se não, tem que tentar o resultado *online* e imprimir, mas com cuidado pra não gastar folha, na impressora que nem sempre funciona ou que fica fora do consultório e tem que levantar pra pegar), chamar uma vaga zero da Cegonha Carioca para quem está entrando em trabalho de parto, porque ela veio pro pré-natal, mas já está em pródromos e confia em você e só vai pra maternidade se você disser que tem que ir, apesar de todas as orientações nas consultas e nos grupos. Daí, chegam também os casos da epidemia de arboviroses, que têm que notificar, pegando o número do Sinan [Sistema de Informação de Agravos de Notificação] onde mesmo? Cadê o fluxograma? Ouvir o paciente, fazer exame físico. Fazer solicitação de exames, prescrever, orientar sinais de alerta, marcar retorno em dois dias, dar atestado. E checar exame de quem está retornando para revisão. Chega também uma pessoa mordida por cachorro no braço, área nobre, que tem que classificar o risco, indicar vacina/soro, entrar em outro sistema para tirar um novo número de Sinan e agendar doses, procurar saber em que unidades têm a vacina e o soro, fazer curativo na lesão, medicar e mais um atestado. Aí chega aquele recém-

nascido que veio fazer teste do pezinho com cinco dias, bem como foi orientado, e você tem que fazer o acolhimento mãe/bebê, atendimento totalmente não programado, mas esperado no dia a dia e que tem que ser priorizado, o que significam duas consultas meio longas, examinar a puérpera, dar baixa na linha de cuidado de pré-natal, preencher primeira consulta de puericultura, no meio do seu dia que já estava cheio... Mas está na porta a paciente que sofre de transtorno mental, conhecida pela equipe como “psiquiátrica”, com expressão de que não está bem. E o ACS interrompe várias vezes esta e quase todas as consultas para pegar pastas, exames ou para passar casos, como o de “um paciente que está com febre lá fora, eu sei que já acolhi muitos, mas...”. Nisso vem a gerente pedir ajuda com um outro paciente de outra equipe que foi na sala da Administração reclamar que o seu médico o atendeu e não fez o que ele queria e ainda foi muito grosso. E os *e-mails* da CAP cobrando respostas a demandas judiciais ou de câmara de litígios para busca ativa de pacientes, que você recebeu no dia anterior às 17 horas e não são nem 9 horas ainda e é claro que sua equipe nem teve tempo de ir lá verificar. Uma das acompanhantes das gestantes aproveita e entra no consultório para dizer que precisa de medicação controlada, que já usa faz tempo, mas que não está controlando e começa a chorar... E tem um senhor lá na frente querendo saber do SISREG dele, pois está aguardando o agendamento há meses, a equipe já consultou no sistema e descobriu que já tinha sido marcado, mas ele não foi avisado pela segunda vez e ainda não lhe disseram para ele não ficar mais bravo. E então a minha função reguladora entra em ação, acessando o sistema para ver se consegue marcar para ele logo e já falar com ele com agendamento em mãos, mas descobre que tem muita, mas muita vaga em tela. Muita. De várias especialidades. Olho o relógio e não são nem 10 horas da manhã. O que fazer? Parar para agendar? Deixar para lá o SISREG, resolver pontualmente o problema do senhor? Afinal, há uma sala de espera cheia e uma cabeça atormentada, angustiada por tanto a dar conta... E seja lá o que eu escolhesse, teria um lado ruim e eu não estaria satisfeita. Perder vagas em tela ou precarizar o cuidado dos usuários? De qualquer forma, é perda. Sobretudo de minha saúde (SILVA, [2018]).

### 3.2.2 O acesso

Na análise da Cena 1, destaca-se o tema do acesso. A primeira vez que parei para pensar a organização da agenda e do acolhimento foi com a experiência no PMF Niterói<sup>7</sup>. As unidades funcionavam de 8 às 17 horas, de segunda a sexta, e fechavam para o almoço. A gente trabalhava com a maior parte dos atendimentos agendados com antecedência de até três meses, o que contribuía para o absenteísmo, a meu ver. Se algum paciente aparecesse em demanda livre era considerado um “encaixe”, com a sensação de que a equipe estava fazendo um favor de atendê-lo, caso houvesse alguma desistência. Os pacientes ligados às linhas de cuidado programáticas, como hipertensão e diabetes, tinham suas consultas garantidas, ainda que estivessem sem queixas, controlados, necessitando apenas de renovação de receita. Muitos nem “valorizavam” esse agendamento (como julgava a equipe!) e faltavam à consulta. Mas, aqueles que porventura

---

7 O modelo do PMF de Niterói possuía equipe formada por um(a) médico(a) e um(a) técnico(a) de enfermagem que deveria ser morador(a) do território, sendo responsável por cerca de 400 famílias, com ênfase na atuação no território, apesar de não contar com ACS. Havia ainda equipe de supervisão com função de matriciamento composta por clínico(a)-geral, pediatra, ginecologista, psicólogo(a), enfermeiro(a), sanitaria e assistente social, para tirar dúvidas e realizar interconsultas. Os prontuários dos pacientes eram físicos e organizados, por família, em grandes arquivos.

procurassem atendimento com queixas e sem estarem agendados encontravam maior dificuldade no acesso. Em alguns casos agudos, em que as pessoas poderiam ser atendidas na APS, elas eram “incentivadas” a buscar atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou emergência. A rede para encaminhamentos ambulatoriais era bem frágil, com muita dificuldade de agendamentos de consulta e procedimentos, sem preenchimento de ficha de contrarreferência. O diálogo com as unidades de emergência era inexistente, não havendo suporte municipal institucionalizado para transferências para o nível hospitalar. Quando alguns dos pacientes marcados faltavam ao agendamento e apareciam em outra data, mas com suas queixas ou necessidades identificadas por eles naquele momento, isso causava certo desconforto ou indignação na equipe. Ao longo do tempo, comecei a me questionar se o paciente estava errado de não se adaptar ao que queria a equipe ou se os profissionais que deveriam se organizar para se conectar com a vida real dos indivíduos, reduzindo a barreira de acesso.

A segunda vez que refleti sobre acolhimento aconteceu já no estágio que fiz no Reino Unido<sup>8</sup>, quando me deparei com uma nova modalidade de organização de acesso e agenda, tão incrível, para mim, naquele momento, depois da experiência vivida em Niterói, e que depois aprendi tratar-se do acesso avançado (MURRAY; TANTAU, 2000). A agenda do GP não estava cheia por três meses! Pacientes conseguiam agendamento para o mesmo dia, seja por queixas agudas ou crônicas. Não havia uma sala de espera lotada de gente. Havia a possibilidade de o(a) paciente escolher por quem gostaria de ser atendido(a), porque lá se trabalhava com lista de pacientes por médico(a), segundo a área de abrangência da clínica. O agendamento podia ser feito por telefone, com as secretarias, e também havia a comunicação com o(a) médico(a) por *e-mail*. Alguns poucos pacientes eram agendados de forma programada, pelo(a) médico(a), para datas distantes, quando o problema assim o exigia, mas todos eles sabiam que sempre poderiam voltar e serem atendidos no mesmo dia.

---

<sup>8</sup> O NHS é o modelo implementado no Reino Unido, com um sistema universal e gratuito de saúde, Beveridgiano, para todos os cidadãos e residentes, com o acesso à atenção à saúde como direito do cidadão, financiado predominantemente com recursos públicos, com base na APS e em médicos de família como profissionais autônomos, em lista de pacientes e porta de entrada e filtro para acesso aos especialistas. Na experiência que vivenciei, a lista de pacientes era de cerca de 1 mil pessoas por médico(a). Havia boa interlocução com os outros níveis da rede de atenção, com a existência de contrarreferência até por *e-mail* e auxílio de telemedicina para discussão de laudos de imagem ou eletrocardiograma, por exemplo. O(A) próprio(a) médico(a) era o(a) gestor(a) da unidade e era comum a fixação de profissionais em uma mesma unidade, por anos, com construção de muito vínculo com os pacientes, permitindo que houvesse consultas de dez minutos. Presenciei grande autonomia dos(as) enfermeiros(as) na realização de consultas e cuidados, mas percebia que acabam fragmentando o cuidado, porque se especializavam em um tipo de atendimento, como pré-natal e partos, inclusive domiciliares; em puericultura; em lavagem de ouvido; em controle de anticoagulação, etc. De forma que uma mesma família pode ser acompanhada por vários desses enfermeiros, que não dialogam entre si e com o(a) médico(a) para realização de um plano terapêutico familiar.

Quando cheguei ao Rio de Janeiro, durante a minha prática na CFJT, notei algumas semelhanças com a experiência vista no Reino Unido, descritas anteriormente, como a organização da agenda, que abria mais espaço para a demanda espontânea, o que foi bem estimulante. Eu já não conseguia continuar reproduzindo a prática que desenvolvera em Niterói. Ao me posicionar diante da prioridade da garantia do acesso, criava uma outra perspectiva de atuação, tentando acolher tanto os pacientes programados, quanto os que chegavam por demanda livre. Isso, ao mesmo tempo que diminuía a barreira de acesso, também gerava uma angústia, em mim, por não saber nunca como seria o meu dia de trabalho, diferentemente do que tinha visto no modelo do NHS.

A Cena 1, com aquele nível de intensidade, se repetia quase que diariamente. Eu, como mfc militante na função de RT, aceitava esse desafio. Hoje, me pergunto como um dia achei que esse funcionamento, meu e do modelo de atenção proposto no MRJ, poderia dar certo no longo prazo.

Quanto mais você faz, porque é certo, porque tem que dar acesso, ser resolutiva, porque a outra equipe está sem suporte, porque os pacientes gostam de como você atende e se vinculam mais, mesmo não sendo de sua equipe, porque você não diz não (apesar da cara feia), mais as pessoas te acessam. (SILVA, [2018]).

O vínculo com os usuários contribuía para tensionar a agenda, pois eu acreditava que, nos momentos do surgimento de suas questões agudas, era eu, a profissional da equipe de referência deles, quem deveria acolhê-los, junto com os demais membros da eSF. Esse posicionamento nem sempre era bem-aceito por alguns profissionais. Muitos pensavam que ali não era uma emergência, à semelhança do que encontrei na equipe de Niterói. Era comum encontrar o discurso de que a APS é campo de fazer apenas promoção de saúde e prevenção de doenças. De onde vinham aquelas certezas? Por que havia conflito na discussão sobre o acesso?

Por outro lado, como RT, me sentia na obrigação de atender a quem estivesse sem médico(a) da sua equipe, o que não era questionado pelos membros da unidade, mas que conturbava a agenda de atendimento e preocupava os ACS da minha equipe. O acordo que eu tinha com eles para lidar com situações de excesso de atendimento era o de nunca dispensar pacientes sem conversar sobre o caso com a equipe técnica – médico(a) e enfermeiro(a) da equipe –, podendo sempre interrompê-los para tirar dúvidas.

Acesso e acolhimento sempre foram (e serão) motivos de inúmeras reuniões, reflexões e pactuações ao longo da história de uma unidade de saúde, com esta sempre se reorganizando e tentando adequar-se ao perfil do seu território. Pode-se ter algum número de pacientes na agenda programada, tentar agrupar ou não em linhas de cuidado; mas, como se pretende ampliar

acesso e atender a uma função essencial de resolubilidade da APS, sendo capaz de se solucionar mais de 85% dos problemas de saúde de certa população (OPAS, 2011), pretende-se acolher todos que chegam, sem engessar agenda. Vale lembrar que nem todos os problemas são necessariamente demandas médicas, podendo ser abordados por diversos membros da eSF.

O dilema entre acesso e qualidade é constante: deve-se atender a mais pessoas em menos tempo, com menor qualidade, para dar acesso; ou colocar um limite no número de atendimentos, para oferecer mais dedicação a um grupo de usuários, excluindo outros? Esse é um forte campo de tensão, que pode repercutir negativamente na saúde do(a) trabalhador(a) e na relação intraequipe. Aquele(a) profissional que restringe o número de agendamentos a um nível que lhe seja tolerável é malvisto(a) pelo(a) gestor(a) local (gerente e RT), pela equipe e pelos pacientes. Mas, deve-se levar em conta que, se o(a) profissional está confortável, ele(a) pode produzir um cuidado de mais qualidade, que discutiremos mais à frente.

O modo de organizar o acesso e a integralidade do cuidado tensiona o trabalho em saúde, ainda mais num contexto de escassez de recursos, pois, afinal de contas, quem decide quais vidas valem mais a pena? É também responsabilidade de gestão garantir arranjos organizacionais que fomentem acesso de qualidade associado com boas condições de trabalho. Esse é um dilema constitutivo de experiências que se propõem a implantar um acesso universal.

Outra questão que surge é a insegurança dos profissionais da APS com a resolutividade dos outros níveis de atenção da rede, isto é, muitas vezes o paciente é acolhido na APS, consegue ser encaminhado para outras unidades da rede, mas, ao chegar ao ambulatório de especialidade focal, não encontra a solução para o seu problema e retorna para a sua unidade de referência. A eSF vê seu quadro se agravando, sem outra perspectiva de encaminhamento, o que pode acontecer com certos problemas clínicos, casos graves de saúde mental e cirúrgicos, que também congestionam a agenda da equipe, sobrecarregando a APS com casos que deveriam ter o cuidado compartilhado com os outros níveis de atenção.

Na prática, identificam-se como variáveis que podem influenciar a resolutividade: a vulnerabilidade de um território; o tamanho da população adscrita àquela equipe; a continuidade do trabalho de uma equipe dependente da fixação de profissionais *versus* a alta rotatividade de profissionais; o envolvimento da equipe com o cuidado; a qualificação dos profissionais; a medicalização da vida, reforçada pelo modelo biomédico centrado na doença, na realização de procedimentos e hospitalocêntrico, induzindo o aumento de demanda dos pacientes; o modelo de gestão; e a organização da rede.

### 3.2.3 O cuidado prestado aos usuários da equipe

A Cena 1 aborda diversos casos que se apresentam com maior complexidade, que exigem mais tempo de dedicação e/ou preenchimento de formulários, como os exemplos do acolhimento mãe/bebê, da gestante em trabalho de parto, da portadora de transtorno mental em crise e do atendimento da profilaxia de raiva. O manejo do tempo dedicado a cada usuário, a depender do seu problema, acarreta para o(a) médico(a) de família o desafio de realizar uma gestão da equidade de sua assistência. Acolher todas as demandas levadas pelos pacientes e aproveitar oportunidades de contato para a abordagem integral podem provocar consultas mais longas do que o programado, algumas vezes. Até que ponto esse hábito de conhecer e dar tanta resolutividade a cada caso colocava em xeque o acesso de outros usuários, já que todos disputavam a mesma disponibilidade de tempo do(a) médico(a)? Todos os exemplos citados na Cena 1 não estavam programados e tiveram que ser priorizados, no dia a dia comum de uma equipe. Ao mesmo tempo que o caso levado pela gerente e as pendências da CAP geravam outro tipo de pressão para a RT, que deve dar respostas em tempo hábil, além de lidar com o aparecimento das vagas para agendamento no SISREG, em horário imprevisível.

Esse cenário coloca em debate a tensão entre a qualidade do cuidado que o(a) RT tem que dar aos usuários de sua própria equipe e as outras funções que ele(a) tem que cumprir em relação à gestão/regulação, que serão debatidas adiante. O tempo e a atenção do(a) profissional médico(a) de uma eSF já são bastante comprometidos pelas dificuldades relatadas anteriormente e pela quantidade de atendimentos e, além disso, no meio de um dia comum para essa função, ele(a) é atravessado(a), inúmeras vezes, pelas obrigações como RT. Dessa forma, essa dupla função do mfc produz uma disputa de prioridades, causando angústia no(a) profissional. Aquela pessoa que está diante dele(a), em cada atendimento, é a mais importante naquele momento? Toda a atenção do(a) profissional está voltada para as questões daquele(a) paciente? Como um(a) usuário(a) se sente ao ter sua consulta interrompida sete vezes por questões externas, alheias ao seu processo de adoecimento? Um(a) usuário(a) dessa equipe pode sentir que as suas questões e os seus segredos são secundários e que aquele não seria um espaço de confiança. Por outro lado, como profissional da equipe e RT da unidade CFJT, tem que dividir a atenção da consulta com inúmeras demandas, prejudicando o seu raciocínio clínico, a sua gestão do tempo, o vínculo estabelecido por ele(a) com o(a) usuário(a) e a qualidade do cuidado prestado.

Como mfc, atropelada pelas funções de RT, sentia frustração com o não cumprimento do que eu achava que era meu papel, isto é, cuidar da minha equipe. Eram cerca de 4.200 pacientes cadastrados no meu território, representando a mais populosa lista, entre as seis equipes. O trabalho como médica de equipe incluía fazer as visitas domiciliares (VDs), contribuir com a formação de meus ACS durante a reunião de equipe semanal, discutir os casos com enfermeiros e o NASF, fazer a gestão do trabalho, acompanhando os indicadores, o cuidado em saúde e o acompanhamento dos usuários, com qualidade. Especificamente no meu caso, eu era responsável por coordená-la praticamente sozinha, sem muito apoio da enfermeira com quem eu fazia dupla, porque ela teve muitos períodos de licença médica.

Sentia um prazer grande de sair para uma VD e ser recebida por vários membros da família, com carinhos e quitutes e, também, aproveitar para resolver pequenas questões ali mesmo na calçada ou na varanda, até para quem não era o alvo da visita. Construir o vínculo com meu(minha) paciente era uma experiência gratificante. Quando alguém chega a confiar em você, às vezes não dá nenhum outro passo ou não segue o que foi prescrito pelo(a) especialista focal antes de saber sua opinião. Evidencia-se a potência dessa relação médico(a)-paciente, mas isso gera aumento de demanda espontânea no acolhimento, além de preocupação com a autonomia do(a) usuário(a).

Na prática, a tensão entre as múltiplas funções fez com que muitas vezes o trabalho de RT fosse priorizado em detrimento daquele que eu deveria desempenhar como médica de equipe; inclusive, muitas visitas foram canceladas, a despeito da programação, porque surgiam demandas administrativas ou da responsabilidade do RT: falta de médicos, abertura de agenda de regulação, casos urgentes que necessitavam de suporte e articulação com a Central de Regulação, entre outras.

Vale ressaltar que o trabalho de acolher a grande demanda e dar encaminhamento para os problemas que apareciam no cotidiano era compartilhado com diversos profissionais de saúde tanto da própria equipe, quanto com outras categorias. Os dias mais difíceis eram aqueles em que as equipes não estavam completas. Uma vez que se buscava não centralizar todo o cuidado no(a) médico(a), procurávamos dividir o trabalho entre os profissionais de outras categorias. Por exemplo, como a unidade recebeu certificação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM)<sup>9</sup>, após o curso oferecido para a maioria de seus

---

<sup>9</sup> A IUBAAM tem por objetivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, por meio da mobilização das unidades básicas de saúde para a adoção de dez passos para o sucesso da amamentação. Essa iniciativa delinea um importante papel de suporte que a APS pode desempenhar a fim de tornar o aleitamento materno uma prática universal, contribuindo significativamente para a saúde e bem-estar dos bebês, de suas mães, família e comunidade.

profissionais, o acolhimento mãe/bebê da minha equipe podia ser realizado pelo(a) técnico(a) de enfermagem, que fazia o teste do pezinho, a vacina e o aconselhamento de amamentação, em conjunto com enfermeiro(a) de outra equipe, enquanto eu atendia a um caso grave deles, que estavam sem seu médico e eu sem minha enfermeira. A paciente de saúde mental podia ser acolhida pelo(a) psicólogo(a) do NASF, em atendimento individual, ou encaminhada para os grupos da unidade. De qualquer forma, seriam pacientes a que, mesmo que eu não atendesse diretamente naquele momento, retornariam para mim via discussão de caso, nos corredores, na reunião de equipe, nas interrupções das consultas. Mas, se acontecesse de as demandas surgissem fora do horário de disponibilidade daqueles profissionais na unidade, não havia como dividir as demandas de cuidado.

A intensidade da Cena 1 esconde a repetição de demandas programadas das linhas de cuidado prioritárias, que também têm que ser atendidas: os pacientes com hipertensão e diabetes que, em geral, possuem perfil caracterizado por serem pessoas acima do peso, sedentárias e com má alimentação, aqueles com queixas osteoarticulares e/ou com ansiedade e depressão. Como médica, sentia essa demanda como uma produção em série, pois abordava as mesmas questões, com manejo diagnóstico e terapêutico semelhante, conforme protocolos fechados. Percebo hoje que tal contexto pode banalizar a proposta de cuidado, gerando baixa resolutividade e uma maior demanda que, por sua vez, não cabe no tempo, reiniciando o ciclo.

Recolhi, como efeito em mim, dificuldades para cuidar bem dos pacientes, havendo valoração inversa da demanda (dava mais atenção à aguda, em detrimento da programada) e anestesiamiento da escuta, deixando as singularidades em segundo plano. Isso nos leva a pensar que a dimensão 'tempo' tem um impacto muito grande no modo como o(a) médico(a) organiza o seu trabalho, em relação a seu funcionamento como médico(a) e ao modo como produz o cuidado. Essa demanda programada, sentida como repetitiva, entremeada por demandas espontâneas complexas, contribui para produzir médicos robotizados, isto é, que desempenham o atendimento de forma mecânica, sem individualizar a atenção. Do ponto de vista prático, quanto mais tempo de exposição a uma alta pressão de atendimentos, maior a chance de se produzir respostas automáticas, que, por sua vez, alimentam a desmotivação, a baixa resolutividade e também o aumento da demanda.

### 3.2.4 Regulação do acesso assistencial

Na prática cotidiana no cargo de médico(a) de equipe e RT, a função de regulador(a) é a principal e mais fácil de ser visualizada e reconhecida por todos os atores envolvidos no processo de trabalho em saúde na APS da SMS-Rio, seja no nível local, seja pelos demais gestores. A Cena 1 tem o objetivo de contextualizar o cenário e a sobreposição de funções e já revelou um pouco do que aprofundaremos neste momento: o processo de trabalho relacionado a essa função de regulação, que é atravessada cotidianamente pela forma imprevisível do modo como a central de regulação disponibiliza as vagas dos serviços ambulatoriais para agendamento. A disponibilidade de oferta, em geral, poderia surgir (ou não) em diversos momentos do dia, em meio aos atendimentos, sem nenhuma programação ou possibilidade de planejamento. Em outras tantas vezes, o horário comercial de trabalho não era respeitado.

#### **Cena 2**

Houve um dia que, já chegando perto do fim do expediente, apareceram muitas vagas disponíveis para agendamento no SISREG. Mais uma vez, próximo do fechamento da clínica, alguém deve ter avisado, pelo grupo do telefone, que havia vagas em tela... Quando fui me dando conta da quantidade inusitada de vagas, que naquela época não entendia bem porque acontecia assim, dividi minha atenção entre avisar outros médicos com senha, me preocupar com meus casos mais graves ou com as especialidades mais difíceis de agendar, por nunca terem vagas, e, também, pedir ajuda para a gerente, que ainda se encontrava na clínica. E, então, ficamos as duas marcando [consultas], também depois da hora. Havia outra reguladora, na unidade, que não estava presente e que, em casos excepcionais, compartilhava a sua senha com ela. Nesse dia, aprovamos muitas e muitas solicitações, me recordo que foram cerca de 300 agendamentos! Conforme a gente autorizava, já imprimia, para depois redistribuir entre as equipes, que avisariam [das consultas agendadas] aos pacientes, alguns para consultas em poucos dias, outros para datas mais distantes. Nem conseguimos imprimir todas e esse consumo excessivo de folhas fora do comum ia prejudicar os atendimentos, do dia seguinte, que precisassem de impressões de receitas e exames etc. para o trabalho normal das equipes. Assim, avisamos nos grupos de comunicação da unidade pelo celular o que tinha acontecido e também pedimos para que quem pudesse levar alguma resma no dia seguinte o fizesse, com posterior ressarcimento das mesmas (SILVA, [2018]).

#### **Cena 3**

Um dia desses em que, com muito custo, consegui sair dentro do meu horário e estava a caminho da minha aula de zumba, na academia, a sete minutos de carro da unidade, meu espaço de autocuidado e promoção da minha saúde, afinal é isso que passamos o dia pregando aos pacientes, alguém, uma pessoa maldita, avisa no grupo de RTs no celular que tem muitas vagas no SISREG... Lembro como isso deixava as pessoas atormentadas, porque a maioria de nós simplesmente parava qualquer coisa que estivesse fazendo, muitos a caminho de suas casas para encontrar sua família, dirigindo, paravam o carro em qualquer lugar e começam a acessar a internet como podiam. Eu me recordo que fiquei bem tensa, querendo estacionar logo e buscar rede de *wi-fi* para usar no celular ou no *tablet*. Fui parar numa *lan house* do *shopping* onde ficava a academia, deixando de fazer minha aula e pagando para ficar, dali, agendando [consultas], em hora extra, durante cerca de três horas, sem me alimentar ou ir ao banheiro (SILVA, [2018]).

O trabalho do(a) médico(a) regulador(a) consiste em organizar o acesso dos usuários de sua unidade a consultas e procedimentos, mediante avaliação dos encaminhamentos que foram solicitados pelo médicos e enfermeiros da unidade para os níveis secundário e terciário. Essas solicitações são inseridas no SISREG, pelos médicos assistentes dos pacientes, para, posteriormente, serem avaliadas por médicos reguladores, que devem julgar a real necessidade de encaminhamento e para qual serviço é mais adequado o agendamento da consulta solicitada. O acesso ao sistema *on-line*, com a senha de regulador(a), permite visualizar as solicitações em tela no SISREG. Estas podem se apresentar listadas por unidade solicitante, com aplicação de filtro pelo Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), podendo ser ordenadas por data de solicitação, prioridade do quadro (em classificação de cores segundo o protocolo do regulador: azul, se o caso pode esperar mais de 180 dias; verde, se pode aguardar entre 90 a 180 dias; amarelo, se pode aguardar de 30 a 90 dias; e vermelho, se deve ser agendado em até 30 dias), ordem alfabética por nome dos pacientes, por código na Classificação Internacional de Doenças (CID) ou ainda por especialidade solicitada.

Diante dos casos e das vagas, o(a) médico(a) regulador(a) tem diversas possibilidades de ação para tais pedidos: autorizar e agendar a solicitação, se houver vaga, caso concorde com os argumentos técnicos do(a) solicitante; devolvê-la para o(a) solicitante, quando desejar obter mais detalhes, dialogar sobre o caso; ou ainda negar a solicitação, quando julgar o encaminhamento impertinente. Caso a autorização ocorra num momento em que não haja vagas disponíveis para a especialidade demandada, o(a) regulador(a) poderá optar por deixar a solicitação pendente, daí ela retorna para uma lista, em fila, para agendamento, quando houver disponibilidade.

O(A) médico(a) regulador(a), em seu ato de regular, deve levar em consideração diversos critérios antes de proceder ao agendamento da solicitação, tais como: critério clínico de prioridade, nível de complexidade de atendimento que o caso demanda, tempo de espera em fila do paciente, data mais próxima de consulta disponível, distância e acessibilidade entre o território adscrito da unidade solicitante e a unidade executante dos procedimentos, além dos critérios de inclusão e exclusão determinados pelas unidades executantes, para decidir qual unidade mais adequada para agendamento.

A implantação da descentralização da regulação no MRJ tinha por objetivo dar poder e responsabilizar a APS como protagonista na coordenação do cuidado em saúde dos pacientes. As vagas de primeira vez estão à disposição de qualquer regulador(a) de cada uma das unidades de APS do MRJ, gerando mais transparência e, teoricamente, mesma oportunidade a todos os

municípios do Rio de Janeiro, com ampliação do acesso aos procedimentos, da integralidade e da resolutividade. Quando as vagas deixam de estar somente sob o controle das instituições que as ofertam – cada uma com seu fluxo particular de agendamento, em determinados dias, com distribuição de números aos usuários que buscam por meios próprios ou por seleção por afinidade ou “conhecimento” –, abre-se maior chance para a equidade no acesso. O SISREG também permite que os gargalos de filas de procedimentos tornem-se visíveis, por meio do programa *on-line*, gerando dados para relatórios de produção que ajudam o(a) gestor(a) a pensar estratégias de melhoria da relação entre oferta e demanda.

A imprevisibilidade do momento em que ocorre a disponibilização das vagas pela central faz com que, ao entrar no SISREG e deparar-se com a tela cheia de consultas e exames, o(a) regulador(a) pense que não pode deixar de ajudar os seus pacientes, ainda que fora do horário de expediente. Se é ele(a) o(a) responsável por marcar as consultas dos pacientes da sua unidade, caso não pare o que estiver fazendo para executar os agendamentos, outros profissionais de todo o Rio de Janeiro irão consumir as vagas disponíveis e os seus pacientes deixarão de ter suas consultas, por sua causa. Ou seria por causa do sistema e do modelo propostos? Portanto, isso provoca uma desorganização na agenda do(a) RT.

Na prática, não era comum aparecerem tantas vagas de uma vez. Imagino que, nesses dias relatados nas Cenas 2 e 3, por exemplo, pode ter acontecido de muitas solicitações não terem sido bem avaliadas e, apesar disso, agendadas, o que compromete a qualidade da regulação, já que o(a) regulador(a) acaba se tornando um(a) “marcador(a)” de procedimentos. Nem sempre sobrava tempo para o(a) regulador(a) deixar em tela somente as solicitações já avaliadas como pertinentes para aprovação, apenas aguardando vaga. Aquele(a) regulador(a) que ainda fosse avaliar as solicitações no momento do surgimento de vagas poderia gastar mais tempo e acabar perdendo o agendamento para outro(a) regulador(a) que também estivesse atento(a), àquela hora. Diversas vezes, o(a) regulador(a) considerado(a) “melhor” e “mais atento(a)” é o(a) que conseguia as vagas: se o(a) regulador(a) de outra unidade do município, com pacientes mais graves, não estivesse regulando fora de seu horário de trabalho, perderia a chance de agendamento. Isso não quer dizer que esse(a) profissional fosse um(a) regulador(a) de menor comprometimento, mas que talvez ele(a) estivesse envolvido(a) com suas outras tantas funções no momento do aparecimento das vagas.

Ou seja, há um efeito colateral dessa forma de operar da CR, provocando falta de equidade entre unidades de saúde, diferentemente do que propõe a descentralização da regulação. O agendamento é dependente do(a) regulador(a) da unidade, sendo as vagas

cooptadas por aquele(a) que marca maior número de procedimentos e de modo mais rápido, nem sempre com os melhores critérios clínicos de prioridade. Um(a) único(a) regulador(a) pode consumir todas as vagas disponíveis apenas com pacientes de sua unidade, por exemplo. Apesar dos pontos positivos da descentralização, o que acaba de se relatar nas Cenas 2 e 3 gera a percepção de que o modelo da RCAPS nem sempre permite uma regulação qualificada.

Esse arranjo distributivo das vagas não equânime na central faz pensar se não seria pertinente a criação de cotas para cada unidade ou região. Pode não ser fácil de se operacionalizar isso pelo *software* do programa do SISREG, que não apresenta essa funcionalidade, uma vez que é mantido pelo Datasus e o município não tem governabilidade para alterá-lo. Logo, dependeria de pactuação local, o que era feito, por exemplo, com a regionalização das vagas de saúde mental e saúde bucal. Mesmo se as vagas estivessem disponíveis, no sistema, para agendamento de qualquer RT, combinava-se que a regulação desses procedimentos seria “centralizada” no NIR das CAPs.

Outro aspecto da disponibilização das vagas é a impossibilidade de se ter acesso à data em que elas serão ofertadas no sistema. O Rio Imagem, que é um sistema estadual de agendamento de exames de imagem, por exemplo, não exige regulação médica, mas informa em quais dias irá disponibilizar as suas vagas. Então, todos os administrativos das unidades de APS que atuam como marcadores já se organizam para entrar no sistema juntos, na mesma data e horário, o que torna a competição(!) por vagas entre as unidades de APS mais “justa”.

Em momentos como os descritos nas Cenas 2 e 3, o sentimento de conseguir agendar os pacientes de minha unidade, reduzindo sua fila de espera, era muito gratificante, mas vinha acompanhado de uma sensação de sorte, com um misto de alegria. A gente começava a agendar e só conseguia parar quando não restasse mais nenhuma vaga disponível. Marcávamos primeiro os casos da nossa unidade e depois oferecíamos ajuda aos demais reguladores que não pudessem regular naquele momento e fossem da mesma área programática. Havia uma cooperação entre os RTs da mesma CAP.

Como estratégia de enfrentamento da problemática descrita, organizou-se um grupo de RTs, em aplicativo de mensagens de celular, para apoio mútuo e suporte coletivo, com a presença do então gestor da CAP 3.1. Naquele espaço de troca, discutíamos sobre dúvidas clínicas e técnicas, além de nos avisarmos sobre vagas, havendo ainda ajuda para agendamentos.

Outro ponto que aquelas cenas levantam é a grande dificuldade de gestão do tempo e organização do próprio processo de trabalho, uma vez que, com a imprevisibilidade das vagas, não é possível separar um horário para ser regulador(a). Pode-se avaliar as solicitações em tela

na fila de espera mesmo quando não há vagas disponíveis, trabalho que pode ser feito cotidianamente, quando possível. Nesse sentido, a Superintendência de Atenção Primária (SAP) da SMS-Rio de Janeiro emitiu ofício circular n. 9/2018 apenas em maio de 2018, orientando sobre a atuação do(a) responsável técnico(a) médico(a) da atenção primária como regulador(a) ambulatorial (RIO DE JANEIRO, 2018). Em seu texto, considerou que o(a) RT tem as seguintes funções: “[...] coordenação da regulação ambulatorial no SISREG, SER e Rio Imagem; disseminação de boas práticas e qualificação dos demais médicos de sua unidade e também as atribuições da rotina de trabalho como médico de equipe” (RIO DE JANEIRO, 2018). Para tanto, deveria ter, em sua agenda, quatro horas de trabalho reservadas às tarefas de regulação ambulatorial, com os seguintes focos:

Autorização de procedimentos onde houver vaga disponível; avaliação da pertinência das solicitações e planejamento de atividades que visem a qualificação do processo de regulação da unidade, visando o desempenho de profissionais solicitantes de outros reguladores da unidade pela qual é responsável; gerenciamento técnico da regulação em outros sistemas de regulação ambulatorial. (RIO DE JANEIRO, 2018).

O ofício foi publicado mais de dois anos depois que deixei a função de RT, de forma que não pude vivenciar essa experiência. O horário reservado é útil para monitorar as solicitações em fila, mas nem sempre para os agendamentos. Apesar disso, questiono se, na prática, teria sido possível separar horários para se executar uma função ou outra, pois não se resolve a questão de que os agendamentos não se restringem a horários predeterminados, mas à disponibilidade de vagas.

As Cenas 2 e 3 também nos levam a discutir a necessidade de comprometimento e a responsabilidade que o(a) profissional RT deve administrar. O seu cotidiano é bastante tensionado pela linha tênue entre estar recebendo uma gratificação de RT para ficar fora do horário do trabalho à disposição para regular e a real possibilidade de realizar o que foi proposto, conforme a realidade organizacional de uma unidade de APS. Além disso, a regulamentação existente não interfere na organização do processo de trabalho, pois não leva em consideração os problemas descritos anteriormente e restringe-se à descrição das atribuições do(a) RT, mas não incide sobre as variáveis que condicionam esse trabalho.

Houve época em que as vagas apareciam à meia-noite. Muitos reguladores descobriram isso e começaram a ficar acordados a essa hora. Em algumas unidades, havia até a estratégia de se organizarem para cada dia um(a) regulador(a) ficar acordado(a) durante a semana, dividindo entre eles o seu direito ao sono. Eu, muitas vezes, lutava para ficar acordada esperando dar meia-noite, muitas vezes sem sucesso e, às vezes, nem se abriam vagas ou aquelas disponíveis acabavam em menos de dez minutos. E, no dia seguinte, pela manhã, muitos ainda seriam

cobrados, se chegassem atrasados. Até que ponto a autoexigência de comprometimento e responsabilidade não fazia mal para a saúde dos trabalhadores? Estaria errado(a) quem optasse por priorizar a vida particular e a sua própria saúde, tendo que conviver com um certo peso ou culpa por não “conseguir” entrar na disputa de vagas e preferir se cuidar e dormir? Aquelas são cenas muito marcantes, das primeiras que descrevi! Ao olhar de fora, hoje, percebo o quanto esse trabalho que ninguém via foi adoecedor. Ele acontecia fora do horário de expediente, disputava com atividades da vida pessoal. Além disso, muitas vezes, o indivíduo se sentia culpado por não conseguir garantir o melhor para os usuários da sua unidade ou tinha a sensação de incompetência por não realizar tudo que estava atribuído como funções de RT. Era perceptível que o gestor até estimulava essa competição entre os reguladores, para induzir a realização do trabalho desconsiderando seu efeito na saúde do(a) trabalhador(a). Isso flerta com o conceito de trabalhador moral, que adere automaticamente a conceitos e modos de se organizar o cuidado formulados pelo gestor, considerados justos e necessários (CECILIO, 2007).

Muitas vezes, em um nível central, como na CAP, na SAP e na central de regulação, um RT recebia críticas: “Essa unidade não está regulando! Por que não marcam, se está com vagas em tela? Esse RT é muito ruim, não tem perfil”. Essa era a visão de quem só olha para a função de regulador(a) do RT sem considerar todas as atribuições que um(a) RT tem e que, no contexto do dia a dia de trabalho, regular era apenas mais uma de suas tarefas.

Olhando desse lugar, também foi possível perceber que existiam variáveis que condicionavam a efetividade de uma regulação, que não estavam sob a governabilidade do gestor municipal: a fragilidade da pactuação com as unidades executantes que ofertam as vagas que são interessantes a elas mesmas, no momento que lhes for mais conveniente e não de acordo com as demandas das unidades solicitantes ou o diagnóstico do município.

### **3.2.5 A articulação do cuidado com os serviços da rede ambulatorial**

#### **Cena 4**

Uma paciente com seus 55 anos chega com lesão ulcerada, avançada, de mama. A primeira coisa que a gente pensa é: por que ela demorou tanto a procurar ajuda? Esse pensamento não foi transmitido à paciente, já não importa, não temos tempo a perder... Que bom que ela chegou, enfim! Que bom que eu posso ajudar! O importante naquele momento era fazer com que ela chegasse o mais rápido possível numa consulta com oncologista. O que fiz foi seguir os passos dos fluxos burocráticos estabelecidos, mas não apenas isso, porque tinha que pedir ajuda para que o agendamento fosse bem rápido. De forma que, após minha intervenção junto aos reguladores, ela foi rapidamente absorvida em algum hospital federal para tratamento e voltou para contar dos passos seguintes e continuar o acompanhamento conosco (SILVA, [2018]).

**Cena 5**

Paciente com hiv [vírus da imunodeficiência humana], de 40 anos, de outra equipe sem médico, que chegou na unidade um mês antes, com diagnóstico recente de hiv positivo, com história de neurotoxoplasmose, quase certeza de que foi feito na nossa unidade, por teste rápido. Desde sua entrada, tentávamos fazer os exames necessários, sem sucesso, porque [ele] não tinha CPF e nem certidão de nascimento. Acompanhamos neste mês a queda de seu estado geral, a despeito das inúmeras tentativas de articulação intersetorial para transpor a burocracia para a realização da investigação de tuberculose e os demais exames para iniciar o tratamento da sida [síndrome da imunodeficiência adquirida]. Desta vez, quando chegou, estava muito emagrecido e debilitado, desenganado. Conseguimos vaga de internação para ele, que passou alguns meses internado. Depois voltava gordinho, sorridente, grato, acompanhado de familiares parceiros no cuidado e refazendo ou continuando sua vida, seus projetos. E eu nem era sua médica oficial. Fico emocionada lembrando dele. Sempre voltava para me visitar e dar um oi, mostrar como estava bem. Mas, tive que devolvê-lo para a equipe dele (SILVA, [2018]).

A chegada de casos complexos, do ponto de vista clínico e social, é uma característica da porta de entrada da APS. Esses casos do território não podem ser redirecionados sem que tenham sido minimamente acolhidos e orientados com algum tipo de resposta para a sua demanda. A partir do momento que o(a) paciente chega ao consultório de uma unidade, ele(a) passa a ser tratado(a) com prioridade pela equipe, que se responsabiliza pelo cuidado, e essa intervenção faz a diferença para acelerar seu acesso ao tratamento especializado.

As Cenas 4 e 5 são típicas dessa situação e têm em comum pacientes que demandam cuidados em saúde que não podem se restringir à APS, necessitando esses pacientes de encaminhamento ou referência a níveis de atenção secundário ou terciário. A gravidade dos casos chama atenção, o que nos faz pensar quais seriam os motivos pelos quais não houve cuidado adequado no tempo oportuno. Imaginamos que o que pode ter contribuído para esse atraso pode variar de desde questões individuais do usuário, da percepção do seu processo de adoecimento, até barreiras de acesso aos serviços de saúde.

O caso da senhora com câncer foi muito preocupante, por ser um evento sentinela, que diz respeito ao acesso de um dos grupos prioritários da APS: será que ela tivera oportunidade de fazer mamografia e receber a análise do seu resultado, já que era da população-alvo? Ela era uma paciente acompanhada pela equipe ou recém-chegada ao território? A nosso ver, pode ter ocorrido falha nos mecanismos de realização de prevenção secundária, por não terem sido ofertados os exames de rastreio, devido a deficiências várias: falta de profissionais cobrindo a área da residência da paciente; falha na busca ativa pelo ACS; recusa de atendimento pelo SUS e preferência por outras ofertas; horários de trabalho da paciente incompatíveis com a disponibilidade de atendimento na unidade; falta de acesso, na sua referência de origem, entre outras. No caso daquela paciente, como o primeiro contato já foi realizado com diagnóstico

grave, não houve tempo de conhecer um pouco mais a sua história, para entender o motivo do atraso no acesso aos cuidados em saúde. Essa é uma situação frequente em unidades de APS mais novas, como no caso do MRJ.

O caso do rapaz com sida também se apresenta com as mesmas questões levantadas antes pela Cena 4, mas revela outros aspectos do cuidado em rede. Apesar de ele já ter chegado com diagnóstico de sida, devido às barreiras de acesso à rede quando há ausência de documentos, os cuidados que estavam ao alcance da APS para introduzir tratamento para tuberculose e toxoplasmose e encaminhamento para infectologia, evitando a internação, foram bloqueados por uma norma que exigia o número de cadastro no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF). Mesmo tendo sido acionados o serviço social, o laboratório e a CAP, não obtivemos sucesso antes do agravamento do quadro. Cabe ainda levantar o problema do acesso aos leitos de internação, que abrange outro aspecto do cuidado em rede. Conseguir transferências e leitos clínicos não se trata de tarefa fácil para os profissionais da APS. Para aquele perfil, de um paciente coinfectado com hiv e tuberculose, a situação é ainda mais delicada, porque pede vaga para isolamento. O(A) RT, como regulador(a), tem acesso às vagas ambulatoriais vinculadas ao SISREG; mas conseguir vagas de internação depende de diálogo intenso com a central de regulação de leitos.

Os dois casos têm em comum a necessidade de atuação intensa do(a) médico(a) RT, que tem que se articular com colegas de outras equipes, gerente de unidade, CAP 3.1, laboratórios, gerências de linhas de cuidado da SMS-Rio, centrais de regulação municipal e estadual, isto é, tem que advogar pelos pacientes de sua unidade, através de ligações por telefone e troca de *e-mails* diariamente e interagindo também através de plataformas *on-line*, até obter uma resolução.

Ao revisitar essas cenas, dois sentimentos emergem. O primeiro é a satisfação de ter “o poder” de conseguir ajudar os pacientes a terem integralidade na abordagem das suas questões de saúde, isto é, de auxiliá-los como elemento-chave na coordenação do cuidado. O(A) RT atua fazendo o atendimento clínico, junto com a equipe, ou o acolhimento da demanda levada por ela, a identificação do tipo de oferta de cuidado, em outro nível, que o paciente precisa acessar, a articulação com os atores que podem garantir a vaga nesse outro nível e o monitoramento do caso até a garantia de que o caminho terapêutico foi percorrido, atendendo às necessidades dos pacientes. O segundo é a sensação de sobrecarga, por sempre haver concentração dos casos complexos de todas as equipes sob os cuidados do(a) RT.

### 3.2.6 A articulação do cuidado com o serviço de urgência e emergência

#### Cena 6

Encontrei por acaso, no corredor, porque devo ter ido até a farmácia resolver alguma coisa para outro paciente que estava atendendo no consultório, uma mulher de uns 85 anos, já na cadeira de rodas da unidade, com o ombro deformado. Já pensei: fratura, vamos ter que pedir vaga zero. O ACS já me informa que ela está sem documentos e sem acompanhante. E o pensamento é o de que vai ser tudo mais difícil para ela quando chegar no hospital. Mas, como era dia de radiografia na clínica, decido fazer uma injeção de anti-inflamatório para aliviar a [sua] dor e checar com imagem se era mesmo fratura. Não era! O ombro estava apenas luxado. O caminho mais comum seria pedir a vaga zero mesmo assim... Mas, por que não tentar reduzir [a contusão] ali na clínica mesmo? Só que eu nunca tinha feito isso. Perguntei a vários médicos presentes se alguém tinha experiência, sem sucesso. E decidi, junto com os acadêmicos, procurar na internet como seria a técnica. Achamos que era possível tentar ali na APS. Tomamos coragem, usamos nossos jalecos no lugar de lençóis, já que os nossos eram descartáveis e não suportariam a tração, e lá fomos nós. Medo, insegurança presentes, mas a vontade de resolver logo aquela situação que ia ser melhor para todos... A primeira tentativa deu errado. Mas, na segunda, o úmero encaixou no espaço articular e a paciente parou de sentir dor na hora e voltou a movimentar o braço! Não precisou ser transferida sem documentos, sem acompanhante e com maior risco de exposição ao hospital! Os acadêmicos adoraram. Isso é ser mfc: matar no peito tudo que aparece! Primeiro tentar resolver, depois encaminhar (SILVA, [2018]).

#### Cena 7

Deu entrada uma criança de cerca de 3 anos de idade, desmaiada, na unidade. Toda a equipe se mobilizou e dividiu as tarefas para dar a assistência e reanimá-la. Paramos a maior parte dos atendimentos, alguns foram inserir o [nome do] paciente na plataforma de vaga zero e entrar em contato com a regulação para acelerar a ambulância com suporte avançado e outros foram para a sala de observação, local onde fica o material de parada cardiorrespiratória. Foram feitos os procedimentos e obtivemos êxito! A criança foi reanimada pela colega médica de família com quem dividi a preceptoría por um período. Isso trouxe grande sentimento de união e de como o trabalho de equipe foi capaz de obter um grande desfecho favorável, devido à dedicação e saber técnico de profissionais comprometidos (SILVA, [2018]).

Os trabalhadores de uma unidade de APS também estão lá para prestar o primeiro atendimento, com o compromisso de dar resolubilidade à maioria dos casos que se apresentam, identificar aqueles mais graves, mediante classificação de risco, e transferi-los ao nível hospitalar. Os casos de urgência e emergência que devem ser transferidos para o nível terciário são geridos pela central de regulação, em uma articulação diferente daquela que ocorre no nível ambulatorial, que é realizada pelo(a) RT na APS, via SISREG.

As experiências de transferência de pacientes em situações clínicas em que o suporte da APS não era suficiente aconteciam diariamente na clínica da família, no que chamamos de “vaga zero”<sup>10</sup>. Em comparação com a fragilidade do transporte de pacientes para a rede

---

<sup>10</sup> O termo “vaga zero” utilizado neste texto corresponde a toda situação clínica, no MRJ, que necessitasse de encaminhamento imediato do(a) paciente a outro nível de atenção diferente, com suporte mais adequado a sua necessidade. Por exemplo, a equipe da clínica da família solicitava vaga zero à central de regulação, que assim transferia um(a) paciente para atendimento em uma UPA; mas, a equipe desta também podia solicitar vaga zero

hospitalar que conheci em Niterói, era fascinante contar com uma plataforma digital, *on-line*, de solicitação de ambulâncias para a central de regulação. Havia possibilidade de discutir o caso com os reguladores e também contar com auxílio da CAP 3.1 para transferir um paciente. Na central de regulação, pude ver o trabalho acontecendo sem precisar chegar ao chefe ou aos “conhecimentos”, mas segundo protocolos que efetivamente funcionavam. Muitas tensões surgem, nesses casos de transferência. Podem ocorrer, por exemplo, divergências de avaliação clínica, quando o(a) médico(a) da unidade avalia um(a) paciente e julga tratar-se aquele atendimento de um caso que precisa de remoção para serviço hospitalar e o(a) médico(a) da central de regulação discorda dessa avaliação e propõe que a transferência seja para uma UPA, para se ter uma outra avaliação clínica (?!). Penso: “Mas eu sou clínica!”. Ou, nessa avaliação, a central pode discordar que é uma urgência, orientando tratamento ambulatorial. As equipes faziam todos os esforços para advogar pelo seu paciente e, inúmeras vezes, se encontravam impotentes para solução do caso, até mesmo por lentidão em relação ao atendimento do pedido de vaga zero.

Nas Cenas 6 e 7, um caso grave foi resolvido na própria unidade, sem necessidade de transferência. O outro paciente, que era mais grave, foi reanimado pela equipe de APS enquanto se aguardava a ambulância que o removeria para investigação e cuidados hospitalares, conforme esperado. Pelo déficit de ambulâncias, passávamos muitas horas além do horário de trabalho aguardando a transferência por vaga zero. Algumas vezes, o tempo de espera pela ambulância ultrapassava o horário de fechamento da clínica. Oficialmente, não podíamos mandar o(a) paciente por meios próprios. Se chegar de ambulância nem sempre lhe garantia atendimento, mandá-lo(a) com uma folha de encaminhamento em mãos era arriscado demais, porque, dependendo da gravidade, o(a) paciente pereceria na triagem, com seu quadro se agravando. Logo, isso era contraindicado pelo gestor. Os pacientes e a família, muitas vezes, se recusavam a realizar transferências nas viaturas municipais, tanto pelo excessivo tempo de espera, quanto por acharem que seriam transferidos para alguma unidade hospitalar de que não gostassem, por experiência anterior negativa, ou por ela ser sediada em uma localização que tornasse difícil o retorno a suas residências, caso não absorvidos ali, ou o acesso familiar para uma futura visita.

Muitas vezes, a precariedade do nível terciário era constante e, apesar de vencermos toda a resistência de fazer o(a) paciente chegar lá, este(a) não recebia a atenção e os cuidados esperados quando fora inicialmente encaminhado para lá, ou não era absorvido ou obtinha alta

---

para transferência de pacientes para outro hospital, nem sempre isso significando risco iminente de morte.

precoce, fazendo o(a) paciente retornar para os cuidados de APS, sem o suporte que lhe era devido. Por vezes, casos difíceis eram discutidos com os gestores, na CAP, que tinham outras maneiras de interlocução para ajudar em sua resolução imediata, por intermédio de contatos com a direção dos serviços que eram referência para aqueles casos, no intuito de ultrapassar a barreira de acesso, depois de muito desgaste nas idas e vindas dos pacientes à emergência.

Aconteciam reuniões mensais de RTs com pautas da CAP e também outras, levadas pelos próprios, mostrando-se essas reuniões um potente espaço de trocas e catarse, por meio do diálogo ali estabelecido. O grupo era forte, reunia muita gente bem qualificada tecnicamente, diversos preceptores de residência em MFC; mas também se convivia com colegas menos atualizados e com práticas e modelos que demandavam energia para serem desconstruídos e recapitados. Fora da CAP, faltavam espaços vivos de diálogo. De uma forma geral, os encontros entre os profissionais representantes dos diferentes níveis da rede além da APS não eram regulares e se alternavam com frequência, dificultando a construção de uma relação mais próxima entre os interlocutores.

Segundo Esteves et al. (2016), a rede de saúde que se propõe a fazer um cuidado compartilhado tem uma componente-chave que é o trabalho vivo, deixando claro que não existem redes de cuidados e nem continuidade se não houver encontros. Rede e cuidado compartilhado são uma produção! Portanto, esses espaços deveriam ser fortalecidos e legitimados para auxiliarem na pactuação de fluxos assistenciais mais resolutivos. A regulação deve ser trabalhada para produzir conexão entre solicitantes e executantes, no sentido de garantir que a necessidade do usuário seja atendida integralmente e em tempo oportuno (ESTEVEES et al., 2016).

Apesar das tensões, situações como as narradas nas Cenas 6 e 7 despertam motivos de prazer com o trabalho: ajudar a resolver os problemas dos pacientes, desatar nós, decidir casos em consultório, lutar pelo bem de um(a) paciente, advogar por ele(a), buscando ajuda dos pares dentro ou fora da clínica e de outros níveis da gestão ou de complexidade. Esses são os motivos que alimentam a minha militância como mfc.

### **3.2.7 Gestão da unidade de saúde**

O fato de eu ter passado três anos de forma fixa na unidade, como RT, na mesma equipe, me fez conhecer bem as dinâmicas da minha e de todas as demais equipes da clínica e acompanhar os processos de trabalho de todos os profissionais das várias categorias. Fui

desenvolvendo o comprometimento, a responsabilidade e o sentimento de posse daquela unidade: a clínica era minha! Eu vivia para ela. Havia uma questão de poder e de reconhecimento, mas também de querer fazer o que julgava como certo, batalhando para alcançar um bom padrão de qualidade, porque valorizava demais aquele modelo de gestão e sua estrutura, já que a minha única experiência anterior em Niterói era bem diferente e eu identificava ter enfim encontrado o meio do caminho para alcançarmos excelência de uma APS mais potente. Pensava, naquele momento, que só precisava encontrar médicos “melhores”, para fazer parceria dentro da unidade. Junto com a gerente e a RT de enfermagem, que injustamente não recebe gratificação por ser RT, formávamos um trio gestor e compartilhávamos decisões, dúvidas, problemas antes mesmo de chegar qualquer notícia aos demais trabalhadores. Então, era comum sempre estar conectada com as informações sobre como se encontrava o quadro de profissionais, diariamente, com o peso da responsabilidade de ter que dar resposta e solução a tudo que acontecia, hipervigilante com o bom funcionamento da unidade.

Outra competência que acabei desenvolvendo foi a de mediação de conflitos entre médicos e outros profissionais. Impressiona-me como há divergências, ruídos e tantas diferenças onde simplesmente há gente! Foram necessárias, diversas vezes, conversas individuais para ouvir partes e, depois, reuniões para novas pactuações, pelos motivos mais diversos. A técnica para abordar pacientes e famílias acabava sendo adaptada para melhorar o relacionamento dos profissionais. E imagine isso no cotidiano de sala de espera cheia, falta de profissionais, casos graves etc. Ter que parar o trabalho como médica de equipe para ajudar os colegas a se entenderem era trabalho também, mas de gestora local.

### **3.2.8 Gestão da equipe de médicos**

#### **Cena 8**

Toda vez que entravam novos médicos, a gente dava um suspiro de alívio, porque significava menos desfalque de equipes. Mas nem sempre a seleção passava pela RT e a gerente da unidade, de forma que pudemos receber muitos profissionais que não se enquadravam no modelo de APS proposto pela SMS-Rio. Houve uma época que entraram 5 médicos sexagenários para ocupar vagas de 20 horas, na clínica. Um era pediatra, 2 ginecologistas, 2 clínicos gerais. Então, tais médicos, cheios de experiência, traziam consigo formas de atuação que geravam conflitos dentro da unidade, como restrição de acesso, falta de conhecimentos, habilidades e atitudes da MFC. Por exemplo, o pediatra só queria atender às crianças e negava cuidar das pacientes do pré-natal e [fazer] coleta de papanicolau; o ginecologista não se sentia seguro para atender [a casos de] puericultura. Ou deixavam suas lacunas para as enfermeiras resolverem ou queriam montar esquemas de um especialista atender [a] determinado perfil de pacientes do seu território que julgava mais difícil para o outro colega de outro território, como uma troca de favores, ferindo o princípio da territorialização. Tínhamos problemas com prescrições obsoletas, que outros

profissionais vinham me mostrar questionando as condutas, desentendimentos frequentes com os pacientes, não cumprimento de carga horária, letras ilegíveis. Lembro que um deles era muito querido e trabalhava com a lógica da MFC e o queríamos no time; outra deles pediu para sair espontaneamente. Optamos, eu, a gerente e a RT de enfermagem, por desligar da unidade os outros três. E lá fomos eu e a gerente sentar com eles para, de uma vez só, lhes dizer que, como seu desempenho não estava dentro do esperado para o modelo de APS com o qual a gente trabalhava, que preferíamos desligá-los. Era uma certeza que a gente tinha, de que era melhor ficar sem médicos que davam problemas do que com eles (SILVA, [2018]).

Na CFJT, vivenciei a alta rotatividade de médicos. Entre as demais cinco equipes, passaram 28 (!) médicos, cumprindo carga horária de 20 ou 40 horas, durante o período de três anos em que estive lá ocupando uma das vagas. E, nessa conta, não estão incluídos os nove residentes, dos quais nenhum deles permaneceu durante todo o período de dois anos previsto nos programas de residência, pelos mais diversos motivos. As equipes nunca ficavam completas por muito tempo, sempre havendo lacunas e necessidade de suprir ausências de médicos de alguma forma, porque os pacientes continuavam chegando e sendo acolhidos pela equipe, com suas necessidades e demandas que sobrecarregavam as outras equipes. Esse padrão comprometia qualquer tentativa de se realizar um trabalho contínuo de longitudinalidade, de vínculo, de estabilidade, de alinhamento de condutas, de educação permanente etc. Essa rotatividade e as diversas ausências de médicos contribuíam para que eu fosse me vinculando com profissionais não médicos e pacientes de todas as equipes, tornando-me uma referência de solução de problemas para toda a unidade, já que eu era aquela que permanecia.

Costumava dizer que a equipe de não médicos era muito boa e que o problema da unidade era não fixar bons médicos. Até chegavam mfc bons, mas não ficavam por muito tempo. Ou, então, surgiam muitos profissionais sem especialização em MFC, formados há décadas, cheios de vícios ou recém-formados, sem experiência, ambos grupos trabalhosos de se lidar e ajudar a qualificar. Os muito mais velhos ditavam regras de como não atender a determinada faixa etária ou linha de cuidado, restringindo acesso, não cumprindo o que era esperado para seu cargo. E os mais novos tinham mais vontade de aprender, mas ainda eram inexperientes, pouco resolutivos e muito encaminhadores. Era minha tarefa, como RT, tentar alinhar as práticas e estar disponível, nem sempre tendo alguma garantia de que o(a) profissional permaneceria na unidade. E em que momento, para além de cuidar da própria equipe, como os demais médicos, seria feita essa capacitação pelo RT? Tentava-se fazer reuniões regulares para alinhamento de processos, treinamentos e discussão clínica. Mas, a velocidade da chegada de informações era muito grande e não se dava conta de treinar todos sobre tudo. Comunicávamo-

nos muito por mensagens no celular e por *e-mail* também, mas nem sempre essas mensagens eram lidas, por conta da correria do dia a dia.

Nesse contexto, como RT, era minha função organizar e monitorar as escalas dos profissionais médicos. Isso incluía horários de atendimentos, visitas domiciliares e turnos de reunião de equipe de cada um deles, considerando o pareamento com os horários da respectiva enfermeira e a cobertura de equipes-irmãs. Além disso, controlava suas folgas, assim como o rodízio de cumprimento de carga horária aos sábados e no horário do almoço. O objetivo era sempre manter, pelo menos, um(a) profissional médico(a) na unidade, porque se exigia a composição de equipe mínima, com um representante de cada categoria profissional, para se manter a unidade aberta.

Em contrapartida, surge a questão de ter ética profissional e muito cuidado com a tendência de desvalorizar os profissionais que não se encaixam no modelo e, ao invés de torná-los descartáveis, envolvê-los, com suas próprias experiências e potências, para construção de um SUS melhor. O outro tem que deixar de ser visto como problema, mas sim ser notado como parte da solução, trabalhando em mim expectativa *versus* realidade. Não era da forma como eu idealizava, como eu gostaria que fosse, mas sim como era possível. E qual seria o meu real desejo? Trocar todo mundo? Mas, por quem, se não havia profissionais o suficiente para ocupar todas as vagas? Então, tinha que aceitá-los quase que sem outra opção. E por que não tentar aproveitá-los com o que carregavam de bagagem? Ou o modelo de gestão é que deveria se adaptar aos profissionais?

### **3.2.9 Fazendo ensino e educação permanente**

Uma das atribuições que se esperava do(a) RT, apontada em reuniões com os gestores, era de que fosse o(a) profissional mais atualizado(a) cientificamente, com base nas melhores referências, porque teria que ser aquele(a) que contribuiria fortemente com a qualificação da equipe médica sob sua responsabilidade técnica. Mas, de onde se olhava e pensava sobre as necessidades de formação da equipe médica?

Certamente que a análise das solicitações, no momento da regulação de vagas, era uma importante forma de fazer um diagnóstico do que precisava ser trabalhado com os médicos, na unidade. O ato de regular as solicitações envolvia não só o agendamento, pois eu interrogava o que gerara o encaminhamento e atuava principalmente onde fossem identificados casos que poderiam ser solucionados na APS. Quando isso acontecia, muitas vezes a solicitação era

devolvida ao(à) médico(a) responsável e se iniciava um diálogo sobre o caso, junto com a possibilidade de se qualificar, por meio da disponibilização de material de atualização técnica. Esperava-se que, com a discussão de casos, se desenvolvesse uma aprendizagem significativa, que permitisse ampliar a resolutividade dos casos de sua equipe na APS, além de somente derivar os pacientes que de fato precisassem de intervenção de especialistas focais. Então, aqui surge nova questão ética: como RT, eu tinha que questionar a conduta do(a) colega que trabalhava do meu lado, dizer a ele(a) que não ia autorizar o que ele(a) pedira e ainda lhe propor capacitação, sugerindo que não o(a) julgava qualificado(a) o suficiente. Alguns gostavam da troca de saberes; mas, nem sempre essa intervenção era vista com bons olhos.

Como RT, a preocupação nunca foi apenas com o número de solicitações pendentes em tela. Não adiantava apenas focar na diminuição da fila, era necessário qualificar o(a) solicitante. Quando trabalhei com regulação no complexo regulador municipal, foi um pouco desanimador perceber que algumas unidades persistam com problemas graves, em relação ao trabalho médico, por conta das limitações de seus profissionais: por exemplo, textos das solicitações incompletos ou mal descritos interferiam na correta avaliação dos casos e/ou encaminhamentos para especialistas de problemas clínicos que deveriam ser resolvidos na APS.

Além da análise dos encaminhamentos, os indicadores de saúde das equipes e os relatórios da CAP eram ferramentas concretas utilizadas para mostrar demandas de formação da equipe e direcionar os temas de educação permanente, junto com a gerente, a RT de enfermagem e apoiadores da CAP. Outra maneira comum de captar as potências e fragilidades dos colegas médicos e de outras categorias profissionais era diretamente com as vivências no cotidiano, porque sempre chegavam diversos profissionais, até mim, para discutir casos, sanar dúvidas das mais simples e corriqueiras àquelas que abrangiam atendimentos de casos graves ou de urgências e emergências.

Essa função de educação permanente se sobrepõe às tantas outras descritas anteriormente, causando mais um motivo para sobrecarga do(a) RT, pois não há espaço, na sua agenda, reservado para tal. Diante da heterogeneidade de RTs na rede, também cabe o questionamento sobre se é corriqueiro encontrar profissionais médicos que atendam ao perfil desejado pelo gestor para realizar uma educação permanente.

#### **Cena 9**

Outra vez estava, como sempre, atribulada, em atendimento, já tendo sido interrompida cinco vezes naquela consulta do momento, quando entra no consultório uma das médicas que era mais antiga do que eu, na unidade, para perguntar a dose pediátrica de dipirona injetável. Caramba, eu fiquei muito indignada com aquilo! Acho que ali era auge do meu virar bicho e eu não consigo recordar tudo o que disse, mas com certeza não foi de forma amistosa e compreensiva, mas com grosseria e

colocando a pessoa para fora da sala. Primeiro, que ela era experiente. Segundo, que tudo bem você não saber a dose, eu também não decoro várias coisas e sempre consulto, mas por que tem que se levantar e se dirigir a outro profissional para perguntar isso? Qualquer busca rápida na internet ou num livro de bolso vai fornecer [a informação sobre] as doses utilizadas mais comuns. Cheia de coisa na cabeça pra resolver e um médico experiente vem me perguntar dose de dipirona? Não aceito! Até hoje! (SILVA, [2018]).

O movimento da médica, de consultar o(a) RT, ao invés de procurar informação em outras fontes, estaria falando de uma relação de dependência de outros médicos com o(a) RT? Como eu me relacionava com esses profissionais? Nós tínhamos vários encontros técnicos: somente entre médicos, junto com a enfermagem e reunião geral da unidade, com certa frequência. As pautas eram sempre voltadas para aperfeiçoamento, alinhamento de processo de trabalho e, eventualmente, estudo. Muitas informações e sugestões de leituras eram trocadas por *e-mail* e tantas outras de forma imediata, por resposta a mensagens por WhatsApp. Havia muita troca nos corredores, discussão de casos; e poucos momentos de encontro para conversas informais, a não ser, às vezes, no almoço. Compreendia que era minha função cuidar de qualquer assunto que envolvesse os médicos, o que incluía ajudá-los em suas dúvidas e cobrir vacâncias de outras equipes. Contudo, será que minha forma de multiplicar todas as informações que recebia estimulava a autonomia da equipe? Ou será que minha postura de estar sempre disponível reforçava essa confortável situação de ter sempre a quem perguntar? Em que medida eu fabricava uma relação de dependência? Era natural, para mim, ajudar os colegas interessados a aprender, multiplicando conhecimento e informações das mais diversas formas, principalmente porque estaria ampliando a resolutividade. Nunca fui de guardar a informação só para mim: tudo que eu aprendia queria dividir.

Apesar de eu ter focado na qualificação profissional do corpo clínico, cabe aqui registrar que o(a) médico(a) RT participava de atividades de educação permanente em sua própria equipe – o que é estimulado que seja feito pelos médicos e enfermeiros, em todas as respectivas equipes – mas também em diversas outras atividades que envolvessem capacitações, atualizações e reuniões.

### 3.2.10 O(a) médico(a) RT e os casos graves

#### **Cena 10**

Estava eu atendendo no meu consultório, [em] mais um dia de sala de espera cheia, e chega uma outra médica de família, com um sorriso que exprimia nervosismo, solicitando ajuda. Demorei a entender do que se tratava. Então, deixei meu último paciente da manhã na sala e fui acompanhá-la até o corredor e me deparei com um paciente que tinha acabado de entrar na unidade pedindo ajuda, muito agitado e com

dificuldade de respirar. A unidade já estava mais para vazia, por volta do horário de almoço. A colega estava muito nervosa. E eu também teria ficado nervosa com a situação, mas não tinha outra opção se quisesse ajudar ambos: manter a calma e tentar resolver. Acontece que o paciente estava extremamente dispneico, porque o *kit* de traqueostomia definitiva de que ele fazia uso estava totalmente obstruído por suas próprias secreções, de forma que ele mesmo não estava conseguindo retirá-las. Eu, que, até então, nunca tinha pego naquele tipo de dispositivo, tentava me comunicar com ele, pra entender como ele queria ajuda, mas não conseguia, porque ele só conseguiria falar se voltasse a respirar. Uma situação desesperadora, estar diante de uma colega que te pede ajuda e de um paciente entrando em insuficiência respiratória na sua frente. Sem outra alternativa, calcei luvas e literalmente meti a mão no *kit*. De forma irritada, ele ia me dizendo se meu movimento estava certo ou errado, até que entendi: a trava estava presa por causa da quantidade de secreção e ele, agitado, não conseguia tirar, como fazia sempre. Consegui destravar e ele tirou o tubo bruscamente e voltou a encontrar o ar ambiente, inspirando profundamente, respirando pelo orifício do pescoço sem o *kit*, e o levou a um consultório para limpar na pia com água, álcool e gaze. Não era um paciente cadastrado na nossa área. Não deu tempo de ser acolhido lá na frente, claro, de forma que nem seu nome soubemos e ele se foi sem agradecer ou dar tchau. E nós duas ficamos felizes de termos feito tão bem nossa parte (SILVA, [2018]).

Como a APS é porta de entrada para o SUS, a unidade está próxima da moradia dos pacientes cadastrados e prima pelo vínculo e longitudinalidade, inúmeras vezes chegam pacientes, em situações críticas, que devem receber o primeiro atendimento e classificação de risco. Essa cena deixa em evidência que o(a) RT, muitas vezes, em seu dia a dia, é acionado(a) pelos colegas de todas as categorias profissionais para atuar em casos de urgência e emergência, quase todas as vezes em que estiver na unidade ou mesmo à distância, por telefone ou troca de mensagens em tempo real.

Esse fato tem o lado positivo de estar relacionado com a identificação, por parte da equipe, do papel de liderança, referência de segurança e confiança depositado no(a) profissional RT. Por outro lado, negativamente, deve-se pensar tanto na autonomia que deve ser estimulada nos profissionais que pedem ajuda, quanto no peso que pode se acumular nesse(a) RT, por ser sempre procurado(a) para resolução de casos graves. Ainda que não soubesse bem o que fazer, tinha que oferecer ajuda, passar calma ao(à) colega e buscar uma solução. Evidencia-se que o(a) RT se apresenta com o papel de último recurso das equipes para resolver os casos graves da unidade, antes de se precisar acionar a rede para além da APS, por se tratar de responsável técnico(a) da referência clínica, da coordenação dos médicos e de gestora local.

### 3.3 OS EFEITOS EM MIM

Até aqui, foi feita a descrição dos papéis do(a) médico(a) RT em seu contexto de trabalho e no cotidiano pesado. Apresentamos as suas várias funções, tensões, múltiplas responsabilidades com o gerenciamento de diversas questões de diferentes aspectos e

complexidades. Neste ponto, o(a) leitor(a) já tem ideia do que significa ser um(a) RT de uma unidade de saúde da família do MRJ. Este é o momento de fazer recortes e reflexões sobre os meus agires e as minhas novas descobertas, analisando as minhas subjetividades: o afastamento daquela prática permitiu a possibilidade de olhar para como eu cheguei e como operei na função, isto é, para o modo como eu fazia gestão, como governava os outros e como me governava. Isso transforma a experiência em aprendizado, deixando o sofrimento de lado e alcançando o protagonismo, com a maturidade de hoje.

#### **Cena 11**

Eu acreditava que há um modo “certo” de fazer o trabalho e é por ele que eu trabalhava e tentando multiplicá-lo ao máximo. Era urgente ampliar esse modo de fazer. Por isso, me irritava com quem não correspondia ao que eu achava que tinha que ser, coincidindo com o pensamento do gestor municipal à época. Daí, quando você percebe que não vai ser do seu jeito “certo” de fazer, você cai ajoelhada e esgotada e desiste. Fazer mais ou menos, fazer o que dá com os atores e as ferramentas disponíveis não satisfaz. Fui me afastando. Há uma enorme distância entre o ideal e o real. E me perceber equivocada desejando o ideal e brigando com o real, numa luta que sempre vou perder se não mudar de olhar ou postura, talvez buscando algo utópico... Estou totalmente envolvida e implicada como militante do SUS e médica de família e preciso estudar e refletir sobre o período que me faz chorar até hoje. (SILVA, [2018]).

A APS que eu defendia ideológica e calorosamente com unhas e dentes, o modelo que eu julgava excelente, simplesmente não era pleno de suas capacidades porque a rede tem seu modo de fazer há anos, muito tempo antes dos novos mfc's chegarmos ali. E, então, me desiludi com o modelo: a nossa APS ainda não era tão forte assim, em sua totalidade, como eu gostaria. A longo prazo, pode-se investir em programas de residência, capacitações, treinamentos, trabalho na graduação; porém, vislumbrava que, para ser o que eu considerava bom, de verdade, levaria muito tempo.

Muitas vezes, senti repulsa por colegas que eu julguei não ter qualificação para atuar na APS. Discordava de muitas das suas práticas. Se alguém não era mfc, nem deveria estar ali. Existem colegas RTs menos dedicados e compromissados, enquanto eu dou o sangue para ganhar a mesma coisa que eles. De alguma maneira esse pensamento tinha eco e se alinhava com a visão dos gestores. Mas, ficava para trás a valorização da experiência de qualquer outro(a) profissional que não fosse mfc, que mantivesse práticas questionáveis e que, portanto, se tornava quase que descartável. Talvez esse pensamento de desvalorização de outros médicos sem formação, semelhante à minha, para atuar na APS, fosse muito presente, recorrente entre os pares. De onde vinham aquelas certezas sobre a MFC e sobre o que se estava implantando? Essa questão sobre a implantação de um novo modelo considerado positivo e a desqualificação dos outros profissionais como negativos, porque representam o velho, é muito comum como estratégia de governo. Estaria eu atuando como agente, fabricando, na prática, o modelo

proposto pela secretaria? Sim, eu estava. Eu era a própria máquina de governo, no sentido proposto por Cruz (2016) em sua cartografia.

Ao me inserir no mundo do trabalho, optei por atuar no SUS como mfc e me conduzi de um jeito ao mesmo tempo carismático e superenvolvido, mas com uma dimensão autoritária (percebida dessa forma somente agora) e envolta em uma relação de desconfiança em face do outro (será que este sabe o que está fazendo?). O mundo real me chocou! Tenho a recordação de que, por algum tempo trabalhando em Niterói, me sentia enganada com a especialidade, porque não conseguia aplicar bem o que tinha aprendido na residência, a tal ponto de ter evitado participar dos congressos de MFC daquele período. A realidade que estava posta, com muitas disputas entre diferentes interesses, impedia a aplicação das ferramentas de MFC. Brigar contra isso era muito duro: tinha tanta certeza do que idealmente tinha que ser feito na APS e de como fazer que era difícil lidar com o real, gerando-me grande sofrimento. Como é fabricado na gente, como fabricamos em nós, no encontro com o outro, essa relação tão utópica com a implementação de uma mudança que depende das pessoas? Elas só mudam quando isso faz sentido para elas. Fazia muito sentido para mim o que eu estava propondo, porque eu tinha uma mudança que tinha acontecido em mim sobre o que eu pensava, o que eu achava, o meu envolvimento. Isso me fazia julgar os outros como menos envolvidos, como um efeito de ter uma ruptura com a realidade. Mudar é uma tarefa muito intensa de encontro para com o outro, não de prescrição do que o outro deve fazer, mas de encontro com o que o outro vive, no mundo em que ele vive, com o que ele julga como problema que deve sofrer intervenção. Há poucos espaços de encontro nas redes de saúde, no cotidiano da unidade de saúde, que permitam ampliar a percepção múltipla de si, com a equipe e com os usuários.

Ter uma expectativa de que o outro seja tão militante como eu sou tem uma implicação muito grande na relação com esse outro, porque se assume uma posição de ser melhor que os outros por se conseguir se doar mais. Contudo, somos uma peça da máquina de governo que ressoa a sua estratégia de transformar nossos corpos, nos deixando tão envolvidos e capturados com a promessa de futuro que carregamos que achamos um absurdo as pessoas não perceberem que estamos “certos”.

O pensamento de que “tem que ser mfc” ou de que “só vai funcionar se todos forem mfc” – uma situação que não vai acontecer na prática – gera uma tensão que se vive, na medida em que ocorre intervenção da nossa subjetividade. O que a gente faz com isso? O jeito máquina de funcionar é impulsionado pela militância, que pode chegar próxima a fanatismo ou religião. Então, é chegado o momento de tirar a MFC do pedestal como solução única ou como total

garantia de que é a melhor opção. É necessário reposicionar essa visão e isso é bastante desconfortável.

Julgar que existe um “modo certo” é acreditar que existem algumas verdades. Ser detentora da verdade sobre o mundo da APS me colocava diante de um grande desafio, como se só existisse uma possibilidade de execução. Essa posição é típica do agir governo, ao qual eu estava conectada. Qual o impacto da atuação que considerava que só existia um “modo certo” de realizar o trabalho na minha relação com a equipe e os colegas? Quando se considera que “Eu que sei o modo que tem que ser feito”, isso deixa para trás a experiência do outro, diminuindo o espaço da criação e de se inventar o jeito de fazer local. Será que me tornara prescritiva? Ainda que carregar certezas sobre como produzir APS de qualidade nem sempre seja negativo, recolho como resultado de minha ação um certo efeito inibidor dessa força sobre os outros. Fico com a missão de portadora do futuro e o sentimento de que “esse povo não sabe”, provocando em mim uma certa revolta. Hoje, percebo que, ao invés disso, eu teria que me deslocar e procurar entender o mundo em que o outro vive e o modo como ele pensa e me questionar “Por que eles não sabem o que eu acho que é certo?”; ou, melhor ainda, “O que é que eles sabem e como vamos trabalhar, então?”.

Cabem aqui os questionamentos: sempre pensei assim, que tinha um modo certo? Como chegara a essa conclusão? Ao me provocar a reflexão, examino a história da minha trajetória para me tornar uma médica de família. As “verdades” podem ter vindo da construção da identidade profissional como especialista em MFC, iniciada no primeiro contato com o Congresso Brasileiro de MFC, em 2005, ainda como interna e depois já como residente no Programa de Residência da UERJ. Ali se encontravam alguns dos grandes nomes de professores que também integravam a SBMFC e a Associação de Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro (AMFAC-RJ), da qual também acabei fazendo parte da diretoria, por alguns anos. Esse grupo foi intercessor em mim: durante o percurso do currículo tradicional da graduação na UFRJ, me encontrava perdida e fora de encaixe, até que fui reconectada com o sentido que me fizera estudar Medicina. Foi uma descoberta alegre e, por que não, encantadora, que construiu potência de vida em mim ao me reconhecer no discurso daquele grupo. Fui resgatada. Antes de encontrá-los, pensei diversas vezes em abandonar a medicina. Ou seja, através da construção e do estímulo produzido por esses encontros é que fabriquei a minha militância durante a formação como mfc. Minhas posturas e opiniões sobre a prática médica, o cuidado, a organização da APS e o SUS iam sendo “criados” nesse pano de fundo.

Passei a acreditar, com base na minha militância, que todos os profissionais médicos deveriam ser especialistas em MFC, para atuarem na APS. Se ninguém contrata um médico sem especialização para realizar uma anestesia, por que temos que aceitar um profissional que não seja especialista em APS, no SUS? Outro ponto que me parecia garantido era de que o(a) profissional mfc estaria necessariamente envolvido(a) com o SUS e que daria a sua vida nos processos, porque os pares com quem eu convivía e admirava assim se apresentavam. Todavia, tal certeza não se confirmou ao longo do tempo, como vemos que, por exemplo, algumas lideranças que estão atualmente na diretoria da SBMFC ou em cargos do MS apresentam posições e atitudes diferentes das que eu acredito e pelas quais milito, por se alinharem com o setor privatista da saúde.

Dar a vida e a minha própria saúde a esse projeto nunca foi suficiente para dar conta de garantir bons resultados. Não éramos poucos mfc, se pensarmos na realidade de anos anteriores. Surgira gente atraída de todo o Brasil, para trabalhar no Rio de Janeiro. Fomos exemplo para outros municípios e até reconhecimento internacional aconteceu. Mas, apesar de eles serem muitos, ainda não eram no número suficiente de médicos de família para compor todas as equipes do MRJ. Se pensarmos que em outros países, onde a base do sistema de saúde é a APS com mfc com uma lista de até 1 mil pacientes por médico, como o já citado exemplo do Reino Unido, no nosso modelo a população é muito grande, isto é, a relação número de pessoas por equipe, na experiência brasileira, é sempre dimensionada acima da capacidade que a eSF tem de cuidar, sendo a demanda espontânea sempre difícil de administrar, o que implicava não facilitar sempre o acesso, como discutimos anteriormente. Entretanto, não eram só os médicos que precisavam de uma qualificação em MFC, mas todos os demais membros da equipe também deveriam ter uma formação adequada e isso também não era a realidade local.

Na minha unidade, não se fixavam médicos, isto é, havia muita rotatividade de profissionais. Talvez tivesse, em grande parte do tempo, sozinha como médica, localmente, na linha de frente da unidade. Talvez fosse muito difícil perceber que a minha esperança e a minha expectativa é que estavam num nível utópico. Recordo de, no meio desses processos, eu ter a fala: “o modelo, do jeito que está posto, não foi feito pra gente dar conta, pra dar certo”, porque exigia muito dos profissionais e estava sempre faltando algo, sem muito tempo de reflexão. Se não tínhamos nem as equipes existentes completas, como pensar em expansão de equipes, para melhorar a proporção de eSF por população cadastrada? Eu pensava que os esforços deviam estar primeiro em conseguir completar as vagas e fixar os profissionais nas equipes. Um

segundo momento seria buscar a qualificação para o preenchimento das vagas ser preferencialmente feito por especialistas em MFC.

Mas, será que apenas a qualificação profissional é suficiente para um sistema de saúde ser efetivo? A especialidade, em si, não é garantia de militância pela saúde como direito de todos. Não basta ter todos os médicos especialistas em APS. E, ampliando o olhar, outros profissionais de saúde de outras categorias são imprescindíveis para uma APS forte e esta também pode funcionar em outros modelos diferentes da ESF e também necessita de que outros pontos da rede de atenção em saúde estejam organizados e dispostos a exercer seus papéis de forma articulada com a APS.

Além das questões inerentes à atuação das equipes, havia todas as outras questões que influenciavam o contexto de vida dos usuários da APS. Os determinantes sociais, o empobrecimento da população e a violência urbana, que traduzem a desigualdade social existente no nosso país, também influenciam bastante nas condições de existência das pessoas e se traduzem nos resultados negativos dos indicadores de saúde. Essas questões estão fora da governabilidade da equipe de saúde, que tem que lidar com a precariedade de vidas que chegam para atendimento na APS. Outra questão que interfere no êxito de um sistema de saúde é o seu subfinanciamento pelo Estado e, mais que isso, qual o projeto político envolvido, que pode precarizar tanto a própria APS, bem como as demais redes de saúde que lhe são retaguarda.

O que dava sentido ao trabalho em saúde não era só alcançar as metas, mas a produção da vida *in loco*, isto é, o trabalho é vivo, no território, com pessoas e não é frio, o que é totalmente diferente da lógica de produção de coisas. Tínhamos equipe cooperando, o conhecimento do lugar e das famílias, o que fazia com que o envolvimento e a responsabilidade ultrapassassem os limites formais em comparação com quem precisa apenas melhorar os números de indicadores. Claro que isso podia aparecer em algumas equipes, quando falamos de profissionais que são descomprometidos com a perspectiva de vida, egocêntricos, desinteressados e com relação instrumental com as coisas. Eu, como médica mfc militante e defensora da saúde como direito e não como moeda política, que detinha o conhecimento e a competência técnica para transformar um espaço de trabalho, não poderia, de jeito nenhum, deixar de estar ali contribuindo, como por obrigação, poucas vezes com prazer. Isso me afeta, porque eu acho que tinha que exercer as funções com alguma tranquilidade e paz. E, já que eu contribuía tanto, colocando energia vital no trabalho, cobrava colaboração e união dos demais profissionais.

Eu apenas me sentia sugada. Quanto mais eu fazia, mais tinha para fazer. A sensação era de nunca ser suficiente, de enxugar gelo, de apagar incêndios ou ser atropelada por tantas demandas que nem sempre seriam só da minha equipe, justamente porque era a RT. Nunca saía da unidade com a sensação de dever cumprido: o sentimento onipresente era de sempre estar em falta, por mais que os dias fossem de muito trabalho desde o estacionamento, nas abordagens antes de bater o ponto, passando por não conseguir respeitar o horário do almoço até a hora extra, saindo da unidade muitas vezes sozinha, depois de fechar atendimentos no prontuário eletrônico e arrumar o consultório. Vale aqui fazer uso do novo conceito de prevenção quinquenária (SANTOS, 2019), que diz que o profissional que se cuida ou é cuidado durante o processo de cuidar do próximo acaba beneficiando a relação médico-paciente, pois oferta cuidados mais refinados e comete menos erros. Ou seja, a sobrecarga de trabalho para o(a) médico(a) RT pode gerar consequências negativas tanto para a saúde do(a) próprio(a), quanto para a de seus pacientes.

O trabalho que era do(a) RT não podia ser compartilhado. Com o tempo, aprendi a delegar, fazer vista grossa para algumas coisas. Houve épocas em que eu tinha profissionais médicos alinhados com meus pensamentos de militância pelo modelo de ESF e MFC. Saber que eles existiam e que eu poderia me ausentar da unidade enquanto eles estivessem lá era um alívio. Eu não precisaria me preocupar com as suas respectivas equipes, porque tinha alguém como eu que estava ali dando suporte. Mas, havia questões estruturais de ausência de médicos, por exemplo, que desestabilizavam o planejamento e eu não podia deixar isso de lado. Ao contrário, com frequência tinha que deixar de cuidar da minha própria equipe para redividir e repensar o processo de trabalho da unidade. E cada um(a) que já estivesse assoberbado(a) com sua própria equipe teria que ceder um pouco para se adaptar àquela realidade momentânea. Em algumas vezes, com compreensão e adesão. Noutras, com resistência das equipes.

Como se operava isso no meu cotidiano? Esse pensamento sobre mim mesma, no qual eu me sentia obrigada a fazer sem ser do campo do meu desejo de fazer, fabricava um tipo de território existencial que esvaziava o meu próprio sentido da vida para mim mesma. Era como se o sentido da vida e do governo de mim fosse capturado por algo maior, transcendental, que tivesse mais valor do que eu mesma e isso repercutisse sobre como me posicionava em relação aos meus agires no trabalho, ao que pensava sobre o que o outro deveria ser e como ele deveria responder. Isso se dobra para cima do outro, pois, se eu visto essa obrigação, isso gera expectativas em relação ao que espero do outro.

Essa atuação na gestão tem a ver com uma forma carismática de atuar, de produzir no outro uma captura do sentido dele, para o que você acredita que deveria ser o sentido que ele formulasse sobre o trabalho. Há um querer de que o outro pense como eu e que tenha os mesmos valores. Se ele não tem o mesmo valor e não faz o esperado, eu o julgo como desqualificado, como aquele que me agride, como aquele que não sabe, que não é responsável. Não quer dizer que os profissionais podem atuar de qualquer jeito, visto que existe um código de condutas mínimas esperadas. Contudo, na condução de equipes de saúde, considerando que o trabalho vivo é a alma do negócio, o desejo sempre entra em cena e se pode operá-lo de várias formas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tenho sangrado demais, tenho chorado pra cachorro  
Ano passado eu morri, mas esse ano eu não morro  
(BELCHIOR, 1976)

Depois daquela caminhada na APS, de construir minha identidade de mfc e vivenciar um modelo de reforma de APS aplicado no MRJ, praticamente com o sentimento de fazer parte de um grande exército de trabalhadores que portavam a promessa de ofertar melhorias na qualidade da saúde, o processo de escrita desta dissertação de mestrado me auxiliou muito a ampliar, ainda mais, a visão e os questionamentos.

O processo de olhar para dentro e examinar quais sentimentos experimentei vivenciando o papel de RT de uma unidade foi e continua sendo um lugar terapêutico para mim. A vida como trabalhadora se traduzia em um cotidiano bastante pesado. Existia aquele lugar conhecido e admirado, de certezas e seguranças, o modelo de APS que eu vivenciava, acreditava e defendia; mas, ainda assim, na sua operação acontecia também o inesperado, gerando angústia, muitas frustrações e ressentimentos. Dediquei-me a um projeto com muito investimento pessoal: era a produção da vida como lugar de mim mesma, vivido na carne. Há alegria e sofrimento concomitantes; lágrimas e risos; paradoxos, dualidades... Nesse contexto, aconteceu o que não estava previsto: o esgotamento profissional.

Esse foi o gatilho para fazer uso da cartografia apresentada aqui, porque ela permite olhar para a repetição, essa produção de si na relação com o outro. Existia uma aposta de olhar para isso tudo, experiência que ocupava um lugar sagrado para mim. Não seria suficiente fugir desse território conhecido, mas fazia-se necessário, para mim, produzir saídas dentro dele e dentro de mim, parando para pensar sobre o que vivi, identificar os sinais de perda de limites e de mim mesma. Como resultado dessa exploração emergem três grandes temas de interrogação: um sobre o modelo de APS implantado, outro sobre a MFC como especialidade e o último sobre que vida profissional quero para mim.

A implantação do modelo de atenção da SMS-Rio traz o(a) RT como agente-chave não só para a regulação, mas para repercuti-la para dentro da unidade, para garantir o seu funcionamento a todo e qualquer custo, através dos corpos que se propusessem a serem máquinas a serviço dele. O que nós fabricamos pela SMS-Rio? É possível trazer à tona o que o modelo pode causar aos seus trabalhadores e, portanto, questioná-lo, sem condenação, mas para contribuir para propor-lhe melhorias, tanto na assistência prestada à população, quanto no cuidado à saúde dos profissionais. Assim, de implicada passo a tornar-me “implicante” e ir para

cima do que eu mesma acreditava, para sair do lugar de vítima e aprender com a experiência vivida. Isso acontece quando me permito questionar o modelo. Quais seriam os lados negativos do modelo? O desgaste e adoecimento dos profissionais certamente foi um deles.

A sobrecarga de trabalho relacionada com a sobreposição de funções de médico(a) de equipe e de RT fazia com que eu tomasse para mim a responsabilidade de muitos problemas da clínica, sem contar com muito apoio de outros profissionais médicos, quase sempre não mfc, contribuindo para meu adoecimento em saúde mental, com síndrome de *burnout*<sup>11</sup>. Quando deixei o cenário adoecedor, afastando-me do atendimento assistencial, melhorei muito.

Percebi que, como sujeita implicada na construção da reforma, desenvolvi uma forma muito intensa de ver e viver o cotidiano dos serviços, o que transformou toda a minha agenda de atividades como RT em uma missão de vida. A militância de implantar a MFC como referência de APS e esta como referência de organização do modelo do sistema de saúde tornou-se uma carga de responsabilidade muito grande para mim. E isso teve um efeito na minha subjetividade. Eu me fabriquei gestora e RT. O mundo e o modelo que me fabricaram e angustiaram também foram fabricados por mim. Não que eu tenha culpa pelo adoecimento. Mas, há uma captura do desejo nesse processo e passei a acreditar que aquele era o jeito certo de se fazer. Hoje, consigo ver que aquele modo de atuar da gestão vivido por mim não é o único: pode ser feito de outro jeito.

Então, novas questões surgiram como parte do meu aprendizado, como por exemplo os novos questionamentos que fiz, nesta dissertação, acerca da sobreposição de funções: o(a) RT tem mesmo que ser médico(a) de equipe? Ou seja, seria possível haver um(a) profissional que realizasse apenas a função de RT, separada das responsabilidades e exigências de uma eSF? Poderia a sua população adscrita ser menor? Ou se dedicar 20 horas para as funções de RT e 20 horas para a de médico(a) de equipe? Essas questões interrogam a viabilidade, a longo prazo, da a proposta formulada pela RCAPS. O arranjo organizacional do processo de trabalho do(a) RT e de toda unidade deve, pois, ser repensado.

Também sobre a regulação, muitas questões nos parecem pertinentes, após todos os debates que realizamos das cenas: será que a regulação tem que ser mesmo feita de dentro das

---

<sup>11</sup> *Burnout* é uma palavra da língua inglesa que pode ser traduzida como “queima após desgaste”. Refere-se a algo que deixou de funcionar, por exaustão. O termo passou a ser usado como metáfora para explicar o sofrimento do(a) profissional em seu ambiente de trabalho, associado a uma perda de motivação e alto grau de insatisfação decorrentes dessa exaustão. Portanto, o seu sentido literal significa “estar esgotado” ou “queimado”. Essa condição pode ser observada como maior frequência em indivíduos cuja característica profissional seja lidar diretamente com o público: profissionais da saúde em geral e professores (LIMA et al., 2007).

unidades de APS? Ou por uma central distanciada da realidade local? Poderíamos ter cotas de vagas para cada unidade? A disponibilização de vagas poderia acontecer em um horário único? Será que a proposta tem outra possibilidade de formulação? Hoje, acredito que a discussão desses pontos criaria a possibilidade de um aprimoramento, da proposta original, fundamental para a consolidação da ideia de descentralização da regulação para a APS.

Por fim, defrontei-me com um questionamento que foi o cerne de toda a minha militância e que me tirou muitas lágrimas dos olhos: o modelo da RCAPS com ESF é mesmo a melhor forma de implementar APS e não está sujeito a críticas? A MFC é mesmo a melhor especialidade, por si mesma, para a implementação da APS no SUS? A proposta de cuidado pela MFC na RCAPS é aquela que melhor me serve? Permitir-se pensar sobre isso operou um grande deslocamento em mim, um aprendizado sobre a possibilidade de refletir de forma crítica sobre as minhas próprias crenças, abrindo-me para outros olhares sobre a APS e a MFC.

Depois de todo o processo vivido e analisado, hoje sinto um abalo no meu desejo de voltar a trabalhar como mfc, considerando o desfecho negativo de antes, com meu adoecimento. Como voltar ao mundo do trabalho sem repetir a mesma coisa que já vivi? Há o medo de colocar o pé na água novamente, porque o risco de ser capturado e começar a se afogar outra vez estará sempre presente, ainda que se esteja consciente sobre ele.

Precisei passar por sofrimento mental para parar e pensar e, então, começar a perceber o que não tinha visto. Aprendi, nesse caminho, que devemos nos demorar nos detalhes, cultivar a atenção e a delicadeza para que algo de fato nos toque e me sinto ganhando densidade, nesse momento. Trata-se de um momento delicado, em que saio da condição de vítima de um processo no qual fui me assustando comigo mesma e já o olho reconhecendo que eu mesma aceitei uma parte disso. Se fabriquei um mundo que tomei como insuportável, acredito que possa fabricar um outro para viver e me relacionar com toda essa potência de saber, identificando outras estratégias de reconhecer sinais que produzam excitação excessiva, sem contudo perder a mola propulsora para viver. É momento reflexivo, de fechamento, não de nunca mais olhar para isso, mas de querer extrair, dele, aprendizagem. A virada é o momento de olhar para a experiência de um jeito menos sofrido e perceber o quanto acabei me modificando tanto. Representa um grande amadurecimento que eu não era capaz de ter, naquela época. E já é possível fazer uma comparação de como eu me via, de como via o outro, o que estava acontecendo no mundo do trabalho, antes, com hoje. Eu estava chorando com a experiência escrita no corpo marcado pelo vivido. Quando me afasto e tenho a oportunidade de olhar para o que vivi, construo a minha

memória do que foi sentido, analisando-o na perspectiva de qual experiência vivi, e assim aprendo com o que passou.

Existem marcadores, para pôr no caminho, que dão a dica de onde ir ou não, de com quem quero trabalhar, de onde pode ser confortável, de onde não seria tanto, de que tipo de aposta eu aceito ou não. Ao receber novos convites de emprego, vou processar muitas variáveis; isso não se perde mais. Vou buscar entender qual a aposta desse proponente, o que ele quer na relação com os trabalhadores, qual o ganho que pretende, em que nível de gestão essas pessoas estão e qual o seu grau de envolvimento ou de que grupo fazem parte. Há modos de se trabalhar que eu não faria mais; tem outras propostas que eu aceitaria, pois acredito que ainda podem fazer a diferença. Lembro do que eu vivi e daquilo de que eu gostaria e do que não gostaria.

Esse processo não vai ser resolvido rápido, nem apenas com este texto. Precisa-se de novas experimentações, do desenvolvimento de sinalizadores, para si, de quando se está excedendo novamente, desgovernando-se e descolando-se de si e abrindo mão de si e de todos os espaços pessoais, deixando o outro lhe capturar, com a entrega natural da militância. Há investimento de todos os esforços e do desejo numa relação intensa e é isso que deve ser modulado, combatendo a prepotência de se achar onipotente. É preciso desenvolver alarmes dizendo que se pode adoecer de novo. O que busco é uma vida com mais tranquilidade e qualidade: o trabalho deixa de ser o centro das atenções da minha existência.

## REFERÊNCIAS

ANDERSON, M. I. P.; GUSSO, G.; CASTRO FILHO, E. D. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Revista APS**, v. 8, n. 1, p. 61-67, 2005.

ANDRADE, H. S. de et al. A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 1-18, 2018.

BELCHIOR. Sujeito de sorte. In: BELCHIOR. **Alucinação**. Rio de Janeiro: Polygram, 1976.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, jan./abr. 2002.

BONET, O. **Os médicos da pessoa**: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina. Rio de Janeiro: 7Letras, 2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 27 jan. 2020.

\_\_\_\_\_. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 1, 23 out. 2013. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm)>. Acesso em: 27 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS, de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 nov. 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 27 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Proporção de cobertura estimada populacional de saúde da família. **Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (E-Gestor)**. Brasília: MS, 2017. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 27 nov. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro**. Brasília: MS, 2007.

CAMPOS, C. E. A.; COHN, A.; BRANDÃO, A. L. Trajetória histórica da organização sanitária da cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015 – cem anos de inovações e conquistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1.351-1.364, 2016.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

\_\_\_\_\_. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 22, p. 345-363, maio/ago. 2007.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, 6-12 set. 1978. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Acesso em: 25 out. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (CREMERJ). **Manual do diretor técnico**. 8. ed. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2017.

CRUZ, K. T. **Agires militantes, produção de territórios e modos de governar**: conversações sobre o governo de si e dos outros. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

ESTEVES, C. et al. Precisamos de outro tipo de regulação que produza mais rede e menos burocracia. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 361-365.

FADUL, E. Dinâmicas contemporâneas na regulação de serviços públicos. In: PECI, A. (Org.). **Regulação no Brasil: desenho, governança, avaliação**. São Paulo: Atlas, 2007. p. 9-30.

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

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

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Saúde da família**: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos. Brasília: MS, 2005.

GIANNOTTI, E. M. **A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços**: um estudo de caso do município de Guarulhos. 2013. 133 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HARZHEIM, E.; LIMA, K. M.; HAUSER, L. **Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das clínicas da família na cidade do Rio de Janeiro**: reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos primeiros três anos de clínicas da família. Porto Alegre: OPAS, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 27 jan. 2020.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia**: a experiência da pesquisa e o plano comum. v. 2. Porto Alegre: Sulina, 2016. p. 32-51.

KASTRUP, V.; BARROS, L. P. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia**: a experiência da pesquisa e o plano comum. v. 2. Porto Alegre: Sulina, 2016. p. 52-75.

KIDD, M. **A contribuição da Medicina de Família e Comunidade para os sistemas de saúde**: um guia da Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca). 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

LIMA, F. D. et al. Síndrome de burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia: 2004. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 137-146, 2007.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's Family Health Strategy: Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **The New England Journal of Medicine**, v. 372, n. 23, p. 2.177-2.181, 2015.

MAGALHÃES JR., H. M. **O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes**: a experiência de Belo Horizonte. 2006. 211 p. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2006.

MCWHINNEY, I.; FREEMAN, T. **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MELO, E. A. **Práticas de governo na gestão do SUS: poderes, dilemas e pragmatismos**. 2014. 218 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

MENDES, E. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A. (Org.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. v. 1. p. 21-45.

\_\_\_\_\_. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1. p. 59-72.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. Trabalho em Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 248-257.

MERHY, E. E.; SANTOS, F. P. A regulação pública da saúde no estado brasileiro. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-Day Appointments: Exploding the Access Paradigm – Family Practice Management – American Academy of Family Physicians. **Family Practice Management**, v. 7, n. 8, p. 45-50, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial de saúde 2008: cuidados de saúde primários e – agora mais que nunca**. Genebra: OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no sus**. Brasília: OPAS, 2011.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9.779, p. 1.778-1.797, 2011.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.

PASSOS, E.; EIRADO, A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. v. 2. Porto Alegre: Sulina, 2016. p. 109-130.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 320-328.

PINTO, L. F. et al. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1.257-1.267, 2017.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **SISREG: Protocolo para o Regulador – Protocolo clínico de critérios para regulação de vagas ambulatoriais**. Rio de Janeiro: SMS-Rio, 2015.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Ofício n. 111, de 16 de setembro de 2011**. Rio de Janeiro: SUBPAV, 2011.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância à Saúde. Superintendência de Atenção Primária. **Ofício circular n. 23, de 3 de dezembro de 2015**. Rio de Janeiro: SUBPAV; SAP, 2015.

\_\_\_\_\_. **Ofício circular n. 9, de 23 de maio de 2018**. Rio de Janeiro: SUBPAV; SAP, 2018.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2006.

SALEK, Fabiano; LEAL, Zeca; CARVALHO, Nilze. Momento de agradecer. In: SURURU NA RODA. **Que samba bom (ao vivo)**. São Paulo: Universal, 2008.

SANTOS, J. A. Resgate das relações abusivas em que nos encontramos: uma questão de prevenção quinquenária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1-6, 2019.

SILVA, Thais Façanha Lotfi. **Diário de campo: fragmentos de anotações realizadas durante a pesquisa**. Rio de Janeiro, [2018].

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro:

EPSJV; Ed. Fiocruz, 2007. p. 27-41.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). **A Medicina de Família e comunidade**: o que, como, quando, onde, por que – um documento da Sociedade Brasileira de Família e Comunidade. Rio de Janeiro: SBMFC, 2016. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/medicina\\_de\\_familia.pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/medicina_de_familia.pdf)>. Acesso em: 16 nov. 2016.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1.327-1.338, 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde. Brasília: UNESCO; MS, 2002.

TEIXEIRA, S. C. S.; MONTEIRO, V. O.; MIRANDA, V. A. Programa Médico de Família do município de Niterói. **Estudos avançados**, v. 13, n. 35, p. 147-155, 1999.