

**UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ**

**CARLOS AUGUSTO PEGURSKI**

**A CONSTRUÇÃO DE SENTIDO PROFISSIONAL POR MÉDICOS DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE PRESENTES NO INSTAGRAM**

**CURITIBA**

**2022**

**CARLOS AUGUSTO PEGURSKI**

**A CONSTRUÇÃO DE SENTIDO PROFISSIONAL POR MÉDICOS DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE PRESENTES NO INSTAGRAM**

**THE CONSTRUCTION OF PROFESSIONAL MEANING BY FAMILY AND  
COMMUNITY DOCTORS ON INSTAGRAM**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Administração, do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR), na linha de pesquisa Tecnologia de Gestão, Trabalho e Organizações.  
Orientador(a): Giovanna Pezarico

**CURITIBA**

**2022**



4.0 Internacional

Esta licença permite compartilhamento, remixe, adaptação e criação a partir do trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que sejam atribuídos créditos ao(s) autor(es). Conteúdos elaborados por terceiros, citados e referenciados nesta obra não são cobertos pela licença.



Ministério da Educação  
Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Campus Curitiba



CARLOS AUGUSTO PEGURSKI

**A CONSTRUÇÃO DE SENTIDO PROFISSIONAL POR MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE PRESENTES NO INSTAGRAM**

Trabalho de pesquisa de mestrado apresentado como requisito para obtenção do título de Mestre Em Administração da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR).  
Área de concentração: Organizações E Tecnologia.

Data de aprovação: 30 de Agosto de 2022

Dra. Giovanna Pezarico, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Dr. Leonardo Tonon, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Dr. Rafael Gomes Ditterich, Doutorado - Universidade Federal do Paraná (Ufpr)

Documento gerado pelo Sistema Acadêmico da UTFPR a partir dos dados da Ata de Defesa em 22/11/2022.

Dedico este trabalho primeiramente à minha avó Sebastiana, sempre viva, uma mulher negra com pouca instrução formal e enorme conhecimento de vida. Ofereço esta pesquisa e minha saudade a quem iniciou minha alfabetização, partilhando o que sabia. Meus passos vem de longe, graças a ela.

Dedico este trabalho também à minha mãe, Dora, cujo afeto sustenta minha trajetória; à minha irmã, Vitoria, que me ensinou desde cedo o sentido da cumplicidade e do cuidado; e à minha esposa Lívia, cúmplice no desejo de conhecer a vida e tantas vezes foi leitora, revisora, conselheira, apoiadora.

A essas mulheres, dedico a construção deste trabalho e também do que sou. Minha gratidão.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar às mulheres da minha família, a quem dedico esta dissertação.

Agradeço também à minha orientadora, Giovanna, pela generosidade, pela gentileza, pela dedicação, pelo compromisso e pela sensibilidade. Este foi um dos encontros mais gratos que tive nos últimos anos. Obrigado pelo companheirismo e pelo exemplo. Aprendi muito com esta parceria, principalmente a desejar saber. Sua postura diante do conhecimento é uma inspiração e me faz enxergar que o meio acadêmico pode ser ao mesmo tempo competente, rigoroso e humanizado.

Estendo o agradecimento e o reconhecimento ao professor Leonardo, que desde o início do mestrado ofereceu sugestões de leitura, apontamentos, orientações, críticas e troca de memes; e ao professor Rafael, que refinou este trabalho e ofereceu um horizonte de maturação do conhecimento. Este trabalho e minha trajetória saem enriquecidas por caminhar junto a vocês.

Agradeço ainda aos colegas de turma, especialmente à Laís, ao Martinho, à Michelle, à Mery, à Cami, à Jana, ao Ricardo e à Lucimara. Dividimos as angústias de fazer um mestrado em meio a uma pandemia, que chegou logo nas nossas primeiras semanas de aula. Que pena não dividirmos mais cervejas e cafés, mas que bom ter vocês ao meu lado.

Agradeço aos sujeitos escutados nesta pesquisa, que generosamente se dispuseram a partilhar seu conhecimento e suas experiências.

Por fim, agradeço a todos que acreditam em uma universidade pública, gratuita, de qualidade e socialmente referenciada, e que alicerçam seu trabalho na redução da desigualdade.

Porque me duele si me quedo  
Pero me muero si me voy  
Por todo y a pesar de todo, mi amor  
Yo quiero vivir en vos

Maria Elena Walsh

## RESUMO

Esta dissertação se propõe a investigar de que forma médicos de família e comunidade que produzem conteúdo em perfis no Instagram (re)significam seu trabalho a partir de suas atuações no contexto presencial e virtual do exercício de suas profissões. Para tanto, o estudo tem como ancoragem teórica o campo denominado Psicodinâmica do Trabalho, que estabelece relações férteis entre subjetividade e trabalho e apresenta categorias de análise interessantes de serem observadas no cotidiano dos médicos escutados. Esta dissertação se caracteriza especialmente pela abordagem qualitativa e de campo. Como sujeitos de pesquisa, foram selecionados cinco profissionais, que além de atuarem como médicos de família e comunidade possuem canais em redes sociais nas quais discutem sobre aspectos de sua profissão. Assim, para fins de coletas de dados foram realizadas entrevistas a partir de roteiro semiestruturado, de acordo com temáticas pertinentes à Psicodinâmica do Trabalho. Do mesmo modo, foram utilizadas análises referentes aos conteúdos elaborados e divulgados nos respectivos canais. Em seguida, os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, elencando as categorias em torno das quais se permite observar a produção de sentido entre os profissionais, dialogando com as narrativas ouvidas nas entrevistas. Procurou-se triangular os conteúdos obtidos nas entrevistas, a produção dos conteúdos no Instagram desses profissionais, além dos diálogos com a ancoragem teórica estabelecida. Os resultados indicam que a autonomia na resolução dos problemas cotidianos no ambiente de trabalho são um fator gerador de prazer e sentido do trabalho, na medida em que mobilizam o sujeito subjetivamente. No sentido contrário, as experiências de falta de autonomia e de espaço de criação são fatores de agravamento do sofrimento e potencialmente adoecedoras.

Palavras-chave: Sentido do trabalho; Médicos de Família e Comunidade; Redes Sociais; Psicodinâmica do Trabalho.

## **ABSTRACT**

This dissertation aims to investigate how family and community doctors who produce content on Instagram profiles (re)signify their work from their performances in the face-to-face and virtual context of the exercise of their professions. Therefore, the study has as theoretical anchor the field called Psychodynamics of Work, which establishes fertile relationships between subjectivity and work and presents interesting categories of analysis to be observed in the daily lives of the interviewed doctors. This dissertation is characterized especially by the qualitative and field approach. As research subjects, five professionals were selected, who, in addition to working as family and community doctors, have channels in social networks in which they discuss aspects of their profession. Thus, for data collection purposes, interviews were conducted from a semi-structured script, according to themes pertinent to the Psychodynamics of Work. Likewise, analyses were used regarding the contents elaborated and divulged in the respective channels. Then, the data were analyzed through Content Analysis, listing the categories around which it is possible to observe the production of meaning among the professionals, dialoguing with the narratives heard in the interviews. It was sought to triangulate the content obtained in the interviews, the production of content on Instagram of these professionals, in addition to the dialogues with the established theoretical anchorage. The results indicate that autonomy in solving everyday problems in the work environment is a factor that generates pleasure and meaning of work, to the extent that it mobilizes the subject subjectively. In the opposite direction, the experiences of lack of autonomy and space for creation are aggravating factors of suffering and potentially sickening.

**Keywords:** Professional meaning; Family and Community Doctors; Social networks; Psychodynamics of Work.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de combate às endemias
ACS	Agente comunitário de saúde
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária em Saúde
CEM	Código de Ética Médica
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Cremeb	Conselho Regional de Medicina da Bahia
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICPC-2	Classificação Internacional de Cuidados Primários
ICSAB	Internações por condições sensíveis à atenção básica
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MI	Mortalidade Infantil
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PdT	Psicodinâmica do Trabalho
Pnad	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RQE	Registro do Quadro de Especialistas
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTFPR	Universidade Tecnológica Federal do Paraná
WONCA	World Organization of Family Doctors

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2 DISCUSSÃO TEÓRICA</b>	<b>19</b>
2.1 Subjetividade e trabalho: uma aproximação por meio da Psicodinâmica do Trabalho	19
2.2 Medicina de Família e Comunidade: outra compreensão de saúde	33
2.3 O trabalho do médico de família e comunidade	42
2.3.1 Assistência na saúde pública	43
2.3.2 Assistência na saúde suplementar	55
2.3.3 Assistência particular	58
2.3.4 Ensino e pesquisa	62
2.4 O lugar das mídias sociais no trabalho dos médicos de família e comunidade	65
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b>	<b>68</b>
3.1 Desenho da pesquisa: definições e precauções	68
3.2 Constituindo o percurso metodológico	72
3.3 Coleta e análise de dados: instrumentos e aportes	75
<b>4. ANÁLISE DE DADOS</b>	<b>78</b>
4.1 Observações preliminares	78
4.2 Análise das entrevistas a partir das categorias da Psicodinâmica do Trabalho	88
4.2.1 A escolha pela Medicina de Família e Comunidade: sentido do trabalho e conteúdo da tarefa	88
4.2.2 A formação em Medicina de Família e Comunidade: primeiras aproximações com o real do trabalho	102
4.2.3 Os espaços de trabalho da Medicina de Família e Comunidade: condições de trabalho e organização do trabalho	118
4.2.4 As relações de trabalho na Medicina de Família e Comunidade: coletivo de trabalho, espaço público de discussão e reconhecimento	136
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>147</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>151</b>
<b>APÊNDICE A</b>	<b>161</b>
<b>APÊNDICE B</b>	<b>165</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa pretende contribuir com os estudos que têm em seu mote as articulações entre trabalho e subjetividade, uma relação cara ao Programa de Pós-Graduação em Administração, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). Mais especificamente, deseja-se compreender a forma como os médicos de família e comunidade que alimentam perfis profissionais no Instagram dão sentido a seu trabalho.

A dissertação está vinculada à linha de pesquisa Tecnologia de Gestão, Trabalho e Organizações, que se debruça sobre as relações entre a tecnologia e o mundo do trabalho. Segundo a proposta do Programa, essa linha visa a “criação, aplicação e desenvolvimento das tecnologias de gestão das diversas áreas de uma organização e sua relação com as mudanças no mundo do trabalho e com os trabalhadores” (BRASIL, 2019). Chama a atenção o fato de se explicitar os trabalhadores como um binômio ao lado do mundo do trabalho. Afinal, não se poderia pressupor que eles compõem essa realidade? Por que destacá-los?

Colocar luz sobre o sujeito que experiencia transformações do mundo do trabalho permite compreender dinâmicas organizacionais sob outras formas. Por exemplo: cronometrar quantos segundos se leva para cumprir uma tarefa pode ser necessário para determinar a velocidade de uma esteira de uma linha de produção. E, para isso, bastaria fazer contas no escritório da administração e então aplicá-las. Mas é certo que a percepção do trabalhador sobre esse processo parte de outro ponto de vista, que vai além do cálculo cronológico e passa pela sua experiência.

Na medida em que se trata de um sujeito autônomo, complexo e dotado de emoções, princípios, interesses e uma gama de outros elementos próprios da dimensão humana, as percepções das políticas organizacionais desde a posição do trabalhador formam um campo de pesquisa fértil sob inúmeras perspectivas teóricas. Em vez de uma peça, há um corpo e uma mente que se articulam em um rico processo de significados. Assim, ao conceber o trabalho sob a figura daquele que o constrói e se constrói por ele, fala-se de experiências que compõem sentidos, (re)significadas e vivenciadas

por meio de prazer e sofrimento, ou de adoecimento e promoção de saúde física e mental. Portanto, se há ou não preocupação com ergonomia, se há tempo para descanso, se os trabalhadores podem ou não parar ou retardar a esteira – enfim, se a norma considera ou não elementos reais do trabalho –, isso é algo que pode escapar a quem não acessa a realidade desde o ponto de vista do trabalhador.

Por essa razão, a opção de privilegiar o trabalhador como sujeito de pesquisa possui uma dimensão política, uma vez que o mundo do trabalho não ocorre em um vácuo de poder. Nisso consiste parte importante da motivação deste trabalho: a universidade pública brasileira deve se deparar com as relações políticas que conformam a realidade social. No caso de um Programa de Pós-Graduação em Administração, implica questionar se as políticas e instituições colaboram diretamente para uma sociedade mais justa e menos desigual.

Esse foi o compromisso epistemológico e político que caracterizou o ponto de partida deste trabalho. Mas, para definir o objeto de estudo da dissertação, diversos elementos foram considerados, dentre uma série de temas de interesse com aderência à linha de pesquisa mencionada.

Ademais, diante do contexto da crise sanitária que desde 2020 fez a área da saúde ganhar uma dimensão excepcional, a temática relativa à construção do sentido no âmbito da profissão do médico de família e comunidade se tornou uma opção interessante. Os anos 2020 e 2021 estão marcados pela pandemia da Covid-19, doença causada pelo vírus Sars-CoV-2. Além das centenas de milhares de mortes contabilizadas no Brasil (mundialmente, esse número se eleva à casa dos milhões de óbitos), a agenda do debate público no país foi pautada em impactos sobre a economia, o trabalho e a saúde física e mental nesses anos vividos em isolamento ou tensionada pela sua impossibilidade. Trata-se da maior crise sanitária das últimas décadas – antes disso, apenas a Gripe Espanhola, nos anos 1930, produziu desdobramentos comparáveis à pandemia da covid-19 (FAPESP, 2020).

No bojo desse quadro, os trabalhadores que atuam na área de cuidados intensivos têm recebido algum enfoque e, de fato, as jornadas extenuantes, a pressão, o convívio diário com a morte e as duplas e triplas

jornadas são elementos que fazem parte do cotidiano desses profissionais. Afinal, é graças a eles que o restante da população pode contar com apoio especializado, dos casos mais simples aos mais graves.

Mas, se esse período maximizou a importância de uma rede hospitalar munida de respiradores e outros equipamentos especializados, é verdade também que a saúde pública preconiza a priorização da atenção básica. Mesmo em momentos excepcionais como o vivido durante a pandemia, que motivou a União a decretar Estado de Calamidade no país de março a dezembro de 2020 (BRASIL, 2020), é a partir da atenção primária que a saúde pública se organiza no Brasil.

Isso é relevante porque, além de servir de porta de entrada para demandas a serem atendidas pelos demais níveis de atenção, a saúde básica tem a responsabilidade tanto de promover a saúde preventiva quanto de atender casos de pequena complexidade. Um exemplo é a própria vacinação da população, muito discutida diante da covid-19: esse processo é operacionalizado pelas unidades básicas de saúde, distribuídas em todo o território nacional.

É oportuno considerar ainda que os problemas causados por essa doença tendem a permanecer presentes a médio prazo, ao menos. Um primeiro aspecto mais imediato é que infectados pela doença que sobreviveram podem apresentar sequelas, o que ainda é objeto de estudos científicos. Outro fator preocupante é que, ao se considerar o processo de saúde como intimamente relacionado a determinantes sociais, é possível que os impactos financeiros da pandemia também agravem a situação da população mais vulnerável, que vive um quadro de desemprego ou subemprego ainda mais severo. Outro ponto a ser considerado é que o Brasil volta a estar listado entre os países que estão no Mapa da Fome, patamar que havia sido superado em 2014 e que sabidamente produz efeitos em cadeia no sentido da saúde física e mental (RADIS, 2020).

Além disso, a lentidão, mitigação e a resistência na execução das políticas públicas cientificamente amparadas – que foram objeto de investigação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito no Senado Federal – retardaram significativamente o estabelecimento de um ritmo de trabalho menos exaustivo aos profissionais da saúde e permitiu, ainda, que novas cepas

de covid-19 se desenvolvessem ampliando a duração da crise sanitária no país . Cabe ressaltar que apesar do epicentro da pandemia ter arrefecido em decorrência da vacinação e desenvolvimento de protocolos ao longo dos anos que se seguiram, não se pode desconsiderar um contexto ainda complexo de reorganização das estruturas hospitalares e de cenários que se mostram difíceis de resolução, frente às demandas represadas de diagnósticos e tratamentos de outras situações, bem como, das decorrências da COVID-19 que ainda se manifestam.

Todos esses elementos constituem desafios para a saúde pública brasileira, nos seus diversos níveis. Mas a preocupação com os trabalhadores da saúde intensiva não parece se estender aos profissionais da atenção primária, mesmo que seja nesse nível de cuidado que uma série de fenômenos se articulem. Em razão disso, compreender como se estrutura o campo subjetivo dos trabalhadores da atenção básica nesse momento parece ser uma oportunidade de contribuição importante.

Ante o exposto, é possível considerar como fio condutor do presente estudo a seguinte inquietação: como os médicos de família e comunidade que possuem perfis profissionais no Instagram dão sentido ao seu trabalho? Tal problemática repercute para a constituição dos objetivos orientadores da pesquisa. Assim, o estudo tem como objetivo geral analisar como os médicos de família e comunidade entendem esse cenário.

Para que tal análise possa ser conduzida, alguns objetivos específicos foram elencados:

- Apresentar teoricamente o campo da Psicodinâmica do Trabalho e conhecer a literatura da área da medicina que dialoga com a subjetividade do trabalhador;
- Compreender possíveis horizontes de trabalho para os médicos de família e comunidade a partir da prescrição existente no campo em relação ao seu papel;
- Investigar aspectos relacionados à subjetividade e à construção dos significados sobre a atuação como médicos de família e comunidade.
- Analisar possíveis relações de prazer e sofrimento no contexto da atuação como médicos de família e comunidade.

A presente investigação orientou-se por uma pretensão indutiva, ou seja, ir a campo aberto às categorias que a observação permitiu interpretar e trazidas pelos entrevistados. Ao mesmo tempo, isso não implicou, evidentemente, ir a campo “sem nada nos bolsos”. Optou-se de antemão por alguns recortes. O primeiro deles se refere a quais médicos ouvir. Ainda que haja diversas especialidades que dialogam com a atenção primária, como sanitaristas e patologistas, os médicos de família e comunidade são aqueles que se especializaram na clínica desse nível de cuidado.

Do mesmo modo, em razão da pandemia, optou-se ainda por selecionar médicos que tenham perfis no Instagram e usem essa mídia para divulgar seu trabalho ou cujas publicações, entendidas como manifestações relevantes, com ele dialoguem. Dessa forma, deixa-se de estar presente em uma unidade de saúde básica, em que haveria exposição para o pesquisador e possivelmente o protocolo de pesquisa significasse uma alteração no cotidiano de trabalho de um setor já sobrecarregado neste período excepcional.

Outra opção se refere ao amparo teórico. A articulação entre subjetividade e trabalho é observada à luz da Psicodinâmica do Trabalho. Assim, por meio desse campo é que se busca alcançar o objetivo da dissertação: investigar como esses profissionais produzem sentido em sua atividade. Para isso, o estudo buscou entender as tensões entre os sentidos dados por cada um deles, a forma como isso é exposto nas mídias sociais e os relatos percebidos por meio das entrevistas.

Acredita-se que essa é uma contribuição importante para a literatura da área. Em primeiro lugar, porque contribui com os estudos que tratem de médicos dessa especialidade considerando o uso de tecnologias digitais – outro elemento importante para a área de concentração do Programa de Pós-Graduação em que esta dissertação se inscreve. E isso é particularmente interessante no caso dessa especialidade médica. Embora a medicina tradicional valorize o papel da tecnologia dura (máquinas, ferramentas e outros artefatos), a Medicina de Família e Comunidade considera que algumas tecnologias leves podem ser mais efetivas (FERRI et al, 2007). Exemplos disso são o próprio conhecimento médico, modelos de prontuário focados na atenção básica e uso do ICPC-2 (Classificação Internacional de Cuidados

Primários) em acréscimo ao CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde).

Há trabalhos com objetivos similares ao desta dissertação e que envolvem profissionais da atenção primária; contudo ampliar as vozes, especialmente, a partir de tais singularidade pode também ser oportuna. Há diversos estudos que entrevistam trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e investigam a maneira como determinadas formas de subjetividade são construídas nas práticas profissionais desse eixo de atenção, inclusive partindo da Psicodinâmica do Trabalho. Mas o trabalho de campo demonstrou que o trabalho médico nessa especialidade é mais plural do que se imaginou, originalmente. Há outros horizontes possíveis, para além da Estratégia de Saúde da Família.

Além disso, mesmo no âmbito da ESF, pesquisar equipes inteiras sem distinguir as categorias internas também podem repercutir na homogeneização da construção subjetiva dos diferentes profissionais presentes nas equipes. Assim, estabelecer estudos com recortes específicos, como o foco nos médicos, por exemplo, podem apontar heterogeneidades relevantes na compreensão das relações de trabalho, próprias do ESF.

Isso é interessante, inclusive, porque, historicamente e a partir de processos de hierarquização de saberes e poderes, o lugar social ocupado pela profissão médica não necessariamente é percebido como o mesmo que o dos demais trabalhadores. Assim, mesmo que médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários, técnicos de enfermagem e outros profissionais se articulem de forma a promover um cuidado integrado, a Psicodinâmica do Trabalho leva a questionar se essa previsão formal (trabalho prescrito) se verifica na realidade (real do trabalho).

Uma pesquisa feita pela Datafolha, sob encomenda do Conselho Federal de Medicina no ano de 2020, ilustra a forma como o médico se destaca de modo particular no imaginário social:

O resultado confirmou os médicos, com 35% de aprovação, como aqueles que são depositários de maior grau de confiança e credibilidade por parte da população. Na segunda posição, aparecem os professores, com 21%, e os bombeiros, com 11%. (...) Independentemente do período da pandemia, os brasileiros mantêm o entendimento de que os médicos são vítimas de problemas de



gestão. Para 99% dos entrevistados, esses profissionais carecem de condições adequadas para o pleno exercício de suas atividades. Já na percepção de 95%, eles merecem ser alvos de medidas de valorização, como maior remuneração e plano de carreira. (CFM, 2020)

Portanto, é relevante questionar como o médico de família e comunidade dá sentido ao seu trabalho. O que é ser médico para os profissionais desse segmento? O que traz realização? O que motiva a escolha por esse campo profissional, que (ao menos segundo o que se pôde perceber no “pré-campo” como a visão média dos próprios médicos sobre a especialidade) foge dos holofotes e oferece salários reduzidos em comparação a outras especialidades?

Diante dessas questões, a Psicodinâmica do Trabalho se apresentou como um alicerce teórico oportuno. Esse campo se preocupa com o sofrimento e o adoecimento no ambiente de trabalho, mas se questiona igualmente quanto às experiências de prazer que o trabalho permite no seu desenvolvimento e os percursos de mobilização subjetiva que os profissionais fazem em suas trajetórias.

É precisamente sobre a especificidade da vivência operária que queremos chamar a atenção. E não de uma vivência operária que seria um denominador comum a todas as situações de trabalho. Ao contrário, desejamos fazer com que apareçam vivências diferenciadas e irredutíveis umas às outras. (DEJOURS, 1992, p. 12)

Por isso, essa pesquisa não parte de um pressuposto quanto ao papel que o trabalho médico cumpre. Em vez disso, crê-se que ele pode ter um papel construtivo, ao dar pertencimento e reconhecimento ao profissional, ou destrutivo, caso o sofrimento não possua mecanismos de criação e a angústia se acumule sem possibilidade de agência individual e coletiva.

Para cumprir o itinerário desta dissertação, o segundo capítulo, de discussão teórica, apresenta os principais eixos que sustentarão a escuta dos profissionais. Os seguintes pontos são debatidos: uma articulação entre subjetividade e trabalho que sustenta a Psicodinâmica do Trabalho; apresentação da Medicina de Família e Comunidade e de seus pressupostos teóricos, epistemológicos e éticos; e a exposição de alguns campos possíveis

de trabalho da especialidade, de modo a compreender a dinâmica do real na categoria.

A seguir, no capítulo três, apresenta-se de modo mais detalhado a proposta metodológica desta investigação. Como intenção buscou-se explicitar as opções para o desenho de pesquisa, quais são os instrumentos de coleta e análise de dados e argumentos pelos quais eles foram escolhidos. Além disso, será apresentado o modo de escolha dos médicos de família e comunidade a serem ouvidos em entrevistas.

No capítulo quatro, são analisadas as entrevistas feitas com os médicos da especialidade, de modo a articular o relato de cada um diante da literatura previamente abordada à luz da Psicodinâmica do Trabalho. Como suporte, foi utilizado como conteúdo o Instagram desses profissionais, que inicialmente foi pensado como um modo de recorte em alternativa ao trabalho presencial, mas que se revelou rico para também servir à coleta e análise de dados. Diversas questões importantes ao objetivo deste trabalho já eram formuladas nas mídias sociais dos médicos de família e comunidade ouvidos nas entrevistas.

Por fim, no capítulo cinco, são apontadas considerações finais ao trabalho de pesquisa empreendido nesta dissertação.

## 2 DISCUSSÃO TEÓRICA

### 2.1 Subjetividade e trabalho: uma aproximação por meio da Psicodinâmica do Trabalho

Esta pesquisa parte de um pressuposto: as organizações são um lugar de conflito. Por essa razão, fazer do trabalhador o sujeito de pesquisa preferencial possui implicações políticas, como já foi apresentado. Mas há também uma implicação epistemológica que é cara às Ciências Sociais e cujos efeitos são fundantes a esta dissertação. Ao se considerar que a vivência do trabalhador não é apenas um reflexo mecânico de documentos formais da organização (estatutos, planejamentos, regras, balancetes, relatórios e outros), abre-se um desafio em relação à forma de se acessar a realidade do contexto organizacional, compreendendo-a como uma possibilidade de interpretação com suas inerentes limitações. Se as fontes documentais e o discurso oficial contam apenas parte dessa realidade, cabe ao investigador procurar outros meios.

Por isso, enxergar essa dinâmica exige cuidados específicos. Afinal, na medida em que esse sujeito que trabalha é um sujeito complexo, que se movimenta, se contradiz, falta, se recusa a falar, silencia, omite, resiste (em suma, cuja subjetividade “bate ponto” e se faz presente na organização tanto quanto seu corpo), como criar teorias e métodos que permitam sondar esse objeto de pesquisa de forma consistente e ética?

Por certo, não há uma única forma de considerar a entrada da subjetividade no mundo do trabalho. Mas ela será analisada do ponto de vista da perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho (PdT), campo teórico adotado como aporte nesta pesquisa. De início, é importante definir o conceito de trabalho que Christophe Dejours, seu principal articulador, define no artigo “O trabalho como enigma”. O médico e psicanalista dedicado à escuta de trabalhadores e suas experiências de prazer e sofrimento no trabalho elabora a seguinte definição:

O trabalho é a atividade coordenada de homens e mulheres para defrontar-se com o que não poderia ser realizado pela simples execução prescrita de uma tarefa de caráter utilitário com as

recomendações estabelecidas pela organização do trabalho.  
(DEJOURS, 2008, p.137)

Em outra obra, Dejours dirá que o trabalho não deve ser compreendido como um espaço ou ambiente: “ele engaja a subjetividade inteira. Nunca será neutro quanto à saúde do indivíduo. Às vezes constrói, às vezes destrói” (DEJOURS apud MOURA, 2019, p. 34).

Para Dejours, portanto, o trabalho é um componente político e transformador, com repercussão sobre a identidade e sobre o corpo. As atividades profissionais têm como pressuposto que a tarefa de gestão é insuficiente para capturar as dinâmicas reais. Assim, a natureza do trabalho oscila entre, de um lado, a obediência e o cumprimento, e de outro a resistência e a adaptação. Essa negociação diante da prescrição formal pode ser uma recusa à execução da tarefa, mas também uma forma de cumprir com o trabalho de forma zelosa, já que o real não se subordina a manuais (DEJOURS, 2012b). É aí, onde há conflito, que a subjetividade se inscreve. E vem daí, em grande medida, a opção em adotar essa abordagem neste trabalho.

A Psicodinâmica do Trabalho tem origem em um campo teórico chamado Psicopatologia do Trabalho, surgido na década de 1950, que procurou identificar a relação entre o trabalho e o campo psíquico. Dois autores franceses foram fundamentais nesse processo: Paul Sivadon, que estudou a potencialidade do trabalho na reinserção social de pacientes antes destinados ao confinamento manicomial; e Louis Le Guillant, que procurou identificar as semelhanças entre a alienação mental e a alienação social e política. Essa disciplina ainda possui atuação acadêmica e oferece uma contribuição importante para compreender o mundo do trabalho e o sofrimento, o mal-estar e o adoecimento dos trabalhadores (LIMA, 1998).

Mas, entre o fim da década de 1980 e o início da década de 1990, diversos pesquisadores ligados à clínica do trabalho passaram a questionar a razão de não adoecer em ambientes hostis, insalubres e tóxicos, quando isso seria o mais provável. Afinal, o que está em jogo no mundo do trabalho? Que potência esse campo apresenta, para além do potencial patogênico?

Em alguma medida, essa preocupação recupera a pergunta feita pelo neuropsiquiatra Viktor Frankl, criador da logoterapia. Ao formular a “vontade de

sentido”, o médico se preocupou em entender o sentido do sofrimento e o que move as pessoas que não se suicidavam em situações-limite, como em campos de concentração, onde ele próprio chegou a estar cativo sob o regime nazista (FRANKL, 1984).

É verdade que essa é uma página muito particular da história recente, conhecida pelo desrespeito aos direitos humanos. Mas a sombra da barbárie é uma ameaça permanente e um desafio à democratização do mundo contemporâneo. No Brasil, cerca de 50 mil pessoas foram libertadas de condições de trabalho análogas à escravidão entre 1995 e 2015, já sob um Estado Democrático de Direito (REPORTER BRASIL, 2021). Situações como essa são cada vez mais raras, mas ilustram a precariedade que o mundo do trabalho pode apresentar do ponto de vista objetivo e simbólico, já que essas pessoas têm sua própria condição humana colocada em xeque por meio dessas violações. Mesmo em condições normais, o trabalho pode apresentar características do trabalho análogo à escravidão, como condições degradantes de trabalho e jornada exaustiva. Afinal, o trabalhador depende de uma atividade econômica. O salário é a principal finalidade do labor, já que essa é a forma que se vincula à manutenção dos meios de subsistência próprios do modo de produção capitalista e essa condição expõe os trabalhadores às mais difíceis realidades de trabalho, com impacto material e também subjetivo.

Por essa razão, a Psicodinâmica do Trabalho também entenderá que, em situações de trabalho muito precárias, o que efetivamente surpreende é a capacidade de o sujeito sustentar uma vida minimamente funcional.

Talvez o grande enigma que a psicodinâmica do trabalho pretende responder seja o seguinte: como é que muitos trabalhadores conseguem manter a sua sanidade mental, numa espécie de homeostasia, quando em determinadas situações podem ser alvo de profundos ataques oriundos do seu ambiente laboral? (...) seria expectável observarmos muitos trabalhadores a entrarem em descompensação, mas, na verdade, verificamos empiricamente que isso nem sempre acontece. Então, torna-se incontornável perguntar: o que estará a “salvar” um grande número de trabalhadores destas brutais ofensas provenientes do mundo do trabalho? (AREOSA, 2019, p. 6)

Em se tratando de um campo fundado em categorias psicanalíticas (Dejours aponta a possibilidade de encontrar prazer no trabalho como

sublimação, por exemplo), parece que o trabalho sustenta o sujeito para além de seu salário e do contrato formal (DEJOURS, 2016).

Segundo o psicanalista francês René Kaës, cuja obra se refere à análise do aparelho psíquico grupal, uma instituição não apenas é uma entidade social e cultural complexa, como admitirá qualquer cientista social, mas também pode cumprir diversas funções psíquicas em sua estrutura, na sua dinâmica e na sua economia, compreendida aqui como seu sistema de relações. Seja na igreja, na escola, no trabalho ou em outro meio, é graças a isso que o sujeito encontra as bases de identificação com o corpo social e constitui parte da estrutura psíquica que escapa à formação individual (KAËS, 1991, p. 8).

O autor também aponta que essa argumentação estaria presente ainda em Freud, em obras como Totem e Tabu (1913) e Psicologia das Massas e Análise do Eu (1921). Nessas obras do psicanalista austríaco, o psiquismo possui uma dimensão inconsciente e parte dela é partilhada filogeneticamente, ou seja, de geração a geração ao longo da história (COSTA, 2016).

O imaginário social está familiarizado com a ideia de que existe um inconsciente na formação psíquica. Mas o que Kaës propõe é que, não apenas o status individual e coletivo da vida psíquica são indissociáveis, como a vida exterior ao indivíduo é constitutiva para ele. Ou seja, assim como a vida em sociedade é sustentada por certos mitos e pressupostos, a exemplo do parricídio, a vida institucional (família, escola, igreja, trabalho e outras entidades) compõe a vida inconsciente do sujeito.

Como o *outro*, a instituição precede o indivíduo e o introduz na ordem de sua subjetividade predispondo as estruturas da simbolização: pela apresentação da lei, pela introdução na linguagem articulada, pela disposição e pelos procedimentos de aquisição dos referenciais identificatórios. (...) A perspectiva que estou esboçando não opõe, por princípio, o indivíduo à instituição (ou ao grupo), como o elemento e o conjunto. Pretende, sobretudo, sondar as suas articulações nos espaços psíquicos e aí encontrar os efeitos do inconsciente. (KAËS, 1991, p. 10-11)

Para esse autor, o inconsciente institucional seria imortal, assegurando estabilidade à vida social e psíquica, e se inscreveria no sagrado. Essa origem divina asseguraria seu poder e legitimidade. “Todos participam, assim, da

divindade que, contra a morte e o seu trabalho e desligamento, assegura o vínculo narcísico de cada um com o conjunto e o emblematiza” (Idem, p. 23).

Assim, há um contrato narcísico que sustenta a relação entre indivíduo e conjunto social: cada recém-nascido (ou cada recém-admitido na instituição) deve legitimar o conjunto e, reciprocamente, o grupo garante um lugar para ele. “Cada sujeito singular assume um determinado lugar oferecido pelo grupo e expresso pelo conjunto das vozes que, anteriormente a cada indivíduo, manteve um certo discurso conforme o mito fundador do grupo” (Idem, p. 25). Isso é fundamental para compreender que, para além dos contratos formais e dos ganhos financeiros, há outras formas de vinculação e pertencimento que também sustentam o indivíduo em sua vida grupal. E a Psicodinâmica do Trabalho, por se estabelecer a partir de categorias psicanalíticas, colabora nessa compreensão.

Quando Freud procurou identificar o intercâmbio narcísico entre indivíduo e grupo, o fez analisando a Igreja e o Exército como instituições fundamentais na criação de um sistema de identificações – não essa ou aquela instituição, mas as formas Igreja e Exército (KAËS, 1991). De algum modo, é o que Christophe Dejours se propõe a fazer quando estabelece a centralidade do mundo do trabalho na formação contemporânea e o impacto que ele possui sobre a saúde mental:

A relação subjetiva com o trabalho desempenha um papel primordial nos processos envolvidos tanto na construção da saúde quanto nas descompensações psiquiátricas e psicossomáticas. (...) O trabalho está longe de ser trocado por investimentos substitutivos. Aqueles que dispõem de tempo liberado têm, essencialmente, empregos temporários e precários, ou estão desempregados, e nada evidencia que tirem disso vantagens substanciais em relação à luta pela saúde. Ao invés disso, parece que a escassez ou a privação de atividade e emprego remunerados os coloca em situação de maior precariedade em relação à saúde. (DEJOURS, 2016, p. 231-232)

Assim, a Psicodinâmica do Trabalho constitui um quadro teórico e metodológico que parte da psicanálise e enxerga o mundo do trabalho como estruturante do sujeito contemporâneo. Tem-se à frente um cenário de sofrimento que carece de análise e que nem mesmo os trabalhadores estão habituados a perceber, já que ele sustenta uma prática funcional: “projeto temerário, talvez, descobrir o sofrimento operário, não somente desconhecido

fora da fábrica, mas também mal conhecido pelos próprios operários, ocupados que estão em seus esforços para garantir a produção” (DEJOURS, p. 26).

Isso implica dizer que as questões laborais influenciam significativamente a forma de estruturação psíquica do sujeito. Uma parte constitutiva do psiquismo não residiria no sujeito individual, mas no que há entre ele e as relações que constitui. E, na medida em que as relações profissionais são fundamentais para a mente e para o corpo, é essa estruturação histórica que permite compreender o sofrimento no trabalho. A relação subjetividade-trabalho forja, portanto, uma face fundamental do sujeito contemporâneo e dá contorno às experiências de prazer e sofrimento no trabalho e na vida. Por isso, as possíveis resistências frente ao trabalho, como frustração, medo e ansiedade deixam de ser apenas doenças (ruídos, problemas, desajustes) e passam a ser marcadores subjetivos que informam elementos das mais diversas identificações do sujeito e também dessa realidade profissional.

Esse reconhecimento implica na elaboração teórica da complexidade das relações no ambiente de trabalho e da possibilidade de agência do trabalhador diante de sua realidade concreta. E é nesse espaço de negociação psíquica que a Psicodinâmica do Trabalho irá depositar uma parcela importante da sua energia e também de sua escuta:

é preciso reconhecer que o conflito que opõe o trabalho à vida mental é um território quase desconhecido. É verdade que os especialistas do homem no trabalho se concentraram, em matéria de psicologia, em definir métodos de seleção psicológica. (...). Do lado dos trabalhadores, o discurso operário não é mais prolixo sobre este assunto. Denunciado de maneira exageradamente estereotipada, o sofrimento psíquico permanece praticamente não analisado. (DEJOURS, 1992, p. 23)

As formas individuais e coletivas de defesa e a elaboração de um significado para o trabalho serão a chave para essa questão. Mas, antes de entrar nos conceitos próprios da Psicodinâmica do Trabalho, é importante fazer uma última reflexão, questionando sua pertinência: faz sentido ler uma teoria europeia em um país da América Latina?

A clínica de Dejours, relatada em suas obras, com frequência apresentará a escuta de operários franceses, cujo histórico não é o mesmo dos



trabalhadores brasileiros. Com uma burguesia nacional que fizera uma revolução ainda no século XVIII, a França apresenta uma industrialização sólida e outra morfologia do mundo do trabalho. É relevante ponderar que, embora a elite brasileira do século XIX tenha uma identificação com os modos burgueses e com a filosofia liberal de uma França independente e vanguardista, ela só admitiria a abolição da escravidão um século depois da Revolução Francesa. E o faria apenas por pressão de uma ideologia de modernização do Brasil, que passaria a receber mão de obra europeia. (FERNANDES, 1975)

Além disso, a capacidade de organização trabalhista no Brasil só amadureceria na década de 1970 (durante a ditadura civil-militar), com o novo sindicalismo. Novamente um esforço tardio: noventa anos antes, a obra *Germinal*, do escritor realista Émile Zola, a mais emblemática das obras literárias a representar a gênese da organização operária no mundo ocidental, retrata uma França que já possuía um operariado organizado, ainda no século XIX.

Acrescente-se, ainda, que o país europeu possui um Estado de Bem-Estar Social bem estruturado. Ao relatar um atendimento, Dejourns comenta, por exemplo, sobre os mecanismos de defesa que um trabalhador da construção civil apresentava: o operário não desejou ingressar em análise (sessões psicanalíticas) mesmo que a Previdência Social francesa fosse ressarcir seus gastos, pois isso colocaria em xeque a estratégia defensiva de negar os riscos ocupacionais (DEJOURS, 2016). Evidentemente, o Brasil possui um cenário bastante diverso: é impensável que a seguridade pública ressarcia gastos psicoterápicos em um país com desafios civilizatórios ainda mais básicos. Parece que a expressão “capitalismo tardio” pode fazer bastante sentido em países periféricos, cuja economia ainda é dependente e os desafios da agenda pública foram resolvidos há décadas ou séculos no Norte global.

Reconhecer a distância de contextos entre a formulação da teoria e seus possíveis usos é fundamental. Mas isso não inviabiliza sua aplicação. Se é tarefa da academia latino-americana ponderar sobre a pertinência do quadro teórico forjado na Europa, é verdade também que a pergunta central da Psicodinâmica do Trabalho - como (não) se sofre, como (não) se tem prazer e (não) se adoce física e mentalmente em condições de trabalho muitas vezes

devastadoras? – ganha uma dimensão ainda mais central nos países de capitalismo dependente. Potencialmente, um mundo do trabalho mais precarizado e um Estado com políticas de proteção menos sólidas podem ser campos de análise bastante ricos para a área. A superexploração do trabalho tende a aumentar a lacuna entre o trabalho prescrito e o trabalho efetivo e, portanto, os mecanismos de resistência do trabalhador também seriam especialmente mobilizados.

Esse fenômeno pode ajudar a explicar a boa recepção do campo dejouriano no Brasil, que ocorreu na virada dos séculos XX e XXI, além do caminho já trilhado pela psicanálise lacaniana - é um dos países fora da França em que a psicanálise mais frutificou, junto à Argentina. Se é verdade que a Psicodinâmica do Trabalho nasce no divã, ou seja, da escuta clínica sobre o sofrimento do mundo do trabalho, é correto também dizer que esse compromisso com o trabalhador aproxima esse campo das teorias preocupadas em politizar o trabalho no mundo contemporâneo (MONTALVÃO, 2018).

Segundo Areosa (2019), o capitalismo é um travão para a humanização do trabalho. É nesse contexto que a Psicodinâmica do Trabalho olha para a realidade do trabalho, portanto.

No mundo atual do trabalho as pessoas se tornaram descartáveis e este tipo de práticas originou um verdadeiro batalhão de trabalhadores precários e um exército de desempregados. A pobreza e a exclusão alastram-se num mundo de crescente produção e abundância, pois nunca tantos recursos estiveram tão concentrados - e assimetricamente distribuídos - na história da humanidade. O capital passou a ter um valor superior ao próprio Homem. Esta afirmação não é exagerada se considerarmos que a hegemonia financeira dos mercados de capital empurra para a miséria largas camadas da população em diversos países. As consequências negativas para a qualidade de vida das populações são demasiado evidentes, mas os efeitos que estas situações acarretam para a saúde/sanidade mental dos indivíduos e para a sua própria identidade estão, ainda hoje, longe de ser totalmente compreendidas. (AREOSA, 2019, p. 2)

Esse foi o ponto de partida de Dejours. Mas, tal como lembra Areosa, o trabalhador não é inerte diante desse quadro. Ele reage e resiste de forma criativa, na medida do que as condições objetivas permitem e em acordo com a disponibilidade da sua saúde física e mental. Ou, em termos essencialmente

dejourianos, a experiência de trabalhar se faz no campo da organização do trabalho, na tensão entre o trabalho prescrito e o real do trabalho.

Por isso, é importante passar por alguns desses conceitos, formulados por Dejours ao longo de uma extensa obra e debatidos por uma série de comentadores que têm dado vida à sua teoria. Os mais importantes para a análise psicodinâmica do trabalho são os seguintes: organização do trabalho, condição de trabalho, trabalho prescrito, real do trabalho, relações de trabalho, mobilização subjetiva, sofrimento patogênico, sofrimento ético, sofrimento criativo, cooperação, inteligência prática, reconhecimento, coletivo de trabalho, espaço público de discussão, estratégia defensiva, ideologia defensiva e normopatia. Convém defini-las e explicá-las.

Dejours define a organização do trabalho como “a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade etc” (DEJOURS, 1992). Assim, ela se estabelece entre o trabalho prescrito, formal e normativo, e o trabalho real, ou seja, aquilo que de fato ocorre no cotidiano profissional. A tensão que se estabelece em torno da organização do trabalho é fortemente influenciada pelas condições de trabalho, entendidas por Dejours como

o ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude etc), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças etc), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança, e as características antropométricas do posto de trabalho (DEJOURS, 1992).

A título de ilustração, é possível pensar que esteja prescrito que um trabalhador aperte dez parafusos por minuto em uma esteira, mas que ele, de fato, só consiga apertá-los se trabalhar muito rapidamente, sob pena de deixá-lo frouxo e causar acidentes. Por outro lado, trabalhar por muitas horas no ritmo imposto pela máquina faz com que ele sinta dores severas, em razão de uma ergonomia ineficiente. Nessa tensão entre a previsão formal e a realidade é que se inscreve a organização do trabalho. O quadro que permitirá o trabalhador assumir um sofrimento físico ou um sofrimento mental, ou ainda

criar condições para fugir desse conflito, é o que interessa à Psicodinâmica do Trabalho.

Quanto mais liberdade o trabalhador tem na formulação das tarefas, além da execução, mais o trabalho prescrito tende a estar próximo do real do trabalho e mais fácil será sua sublimação (DEJOURS, 1992, p. 122). Assim, tende a haver menos sofrimento. Igualmente, quanto mais distante estiverem, mais o trabalhador precisará se esforçar para resolver os impasses que a distância gera. Esse movimento de busca por soluções entre a norma e a realidade é que faz o trabalhador criar sentidos à sua prática profissional e pode ser tanto fonte de sofrimento quanto de prazer e, ainda, de adoecimento ou saúde.

Como se pode perceber, essa criação no espaço da organização do trabalho não é livre: ela depende das condições de trabalho, que estão relacionadas à disponibilidade de recursos, à ergonomia e ao bem-estar físico no espaço, a começar pelo posto de trabalho; e também das relações de trabalho, que passam pela estrutura formal e informal de poder, pelos laços de sociabilidade, pelos instrumentos de diálogo, pela cultura organizacional e outros elementos:

Entendemos por "relação do trabalho" todos os laços humanos criados pela organização do trabalho: relações com a hierarquia, com as chefias, com a supervisão, com os outros trabalhadores — e que são às vezes desagradáveis, até insuportáveis. (DEJOURS, 1992, p. 75)

Mesmo que o cenário seja favorável ao desenvolvimento do trabalhador, isso não quer dizer que não haja sofrimento. Entende-se que o sofrimento faz parte do convívio social e que pode ser gerador de mobilização subjetiva, ou seja, dentro de parâmetros toleráveis, impulsiona o sujeito a buscar soluções e se aperfeiçoar — como a falta motiva o movimento, em termos psicanalíticos.

O sofrimento no trabalho começa quando, apesar de seu zelo, o trabalhador não consegue dar conta da tarefa. O prazer, ao contrário, começa quando, graças a seu zelo, o trabalhador consegue inventar soluções convenientes. Prazer e sofrimento no trabalho não são um suplemento de alma, eles são estritamente indissociáveis do trabalho. E o zelo no trabalho é irredutivelmente associado ao engajamento

afetivo da subjetividade em conflito com o real. (DEJOURS, 2012b, p. 364)

Dejours caracteriza o sofrimento como "um estado compatível com a normalidade, mas que implica numa série de mecanismos de regulação" (2012a, p. 9). Em outra obra, dirá ainda:

O sofrimento não é apenas uma consequência última da relação com o real, é ainda proteção da subjetividade rumo ao mundo em busca de meios para agir sobre o mundo, para transformar este sofrimento encontrando os meios de superação da resistência do real. Assim, o sofrimento será ao mesmo tempo impressão subjetiva do mundo e origem do movimento de conquista do mundo. O sofrimento, enquanto é afetividade absoluta, está na origem desta inteligência que parte em busca do mundo para experimentar-se a si próprio, para transformar-se, para ampliar-se. (...) Neste movimento, portanto, a subjetividade transforma-se, amplia-se e revela-se a si mesma (DEJOURS, 2012, p.26).

Nesse sentido, deve-se ficar atento à intensidade e ao tipo de sofrimento. Ele pode ser patogênico, quando o trabalhador não dispõe de repertório individual e coletivo para lidar com os problemas cotidianos, causando doenças físicas, mentais e até suicídio; sofrimento ético, quando a causa do conflito envolve um problema com o conteúdo da tarefa, podendo levar às mesmas consequências; e sofrimento criativo, que é o estado de insatisfação que mobiliza o trabalhador subjetivamente (DEJOURS, 1992).

No caso de uma organização saudável e em condições normais, o sofrimento está presente, mas o trabalhador lança mão da mobilização subjetiva: usa sua inteligência prática e sua capacidade de cooperação para lidar com os conflitos (NASCIMENTO, 2015). Nesse caso, o sofrimento é a matéria-prima para a produção de saúde, sem gerar adoecimento.

Nesse processo, o reconhecimento é bastante importante: é ele que dá senso de pertencimento ao trabalhador e que reforça seu lugar no corpo social do trabalho. "É graças ao reconhecimento que uma parte essencial do sofrimento é transformada em prazer no trabalho", lembra Dejours (2012b, p. 367). Isso pode vir da chefia, dos colegas ou até de pacientes, no caso do trabalho médico. Por isso, o conteúdo da tarefa é algo interessante de ser observado.

Ainda sobre o reconhecimento, Dejours acrescenta que ele pode ter diferentes dimensões. O primeiro é no sentido da gratidão, por meio de seus pares, seus chefes e seus subordinados, em razão da contribuição que todos trazem à organização do trabalho. “A gratidão é uma espécie de testemunho de um sentimento que só funciona quando é autêntico. (...) Trabalhar é conviver, e o convívio é um presente dos céus: precisa ser construído, reconstruído” (DEJOURS, 2019a, s/p). Mas, para o psicanalista, o trabalho real apresenta outros compromissos e passa por uma motivação excessivamente instrumental:

No contexto de hoje, os chefes não são capazes de dar nenhum julgamento sobre a beleza do trabalho, porque os gestores foram ensinados que não precisam se interessar por ele e discutir com os profissionais, mas se preocupar com desempenho. Objetivo quantitativo obtido por mensuração. Pior que isso, eles estão prontos a destruir a qualidade do trabalho em nome da quantidade (DEJOURS, 2019a, s/p).

É por isso que esse reconhecimento, que é oriundo de um saber-fazer por parte do trabalhador, pode ser conquistado a um alto custo psíquico. Afinal, o trabalho admite experiências de prazer e sofrimento que não cabem em metas e mensurações objetivas. Mais que isso, a falha é constitutiva do processo.

Para tornar-se hábil (no trabalho) é preciso fazer-se habitar pela experiência do real e do fracasso, experienciar o sofrimento até não poder dormir à noite, até envenenar as relações no espaço doméstico, até sonhar com essa experiência. (...) Trabalhar é, primeiro, fracassar. Mas, é, em seguida, mostrar-se capaz de suportar o fracasso, de tentar outros modos operatórios, de fracassar ainda, de voltar à obra, de não abandoná-la, de pensá-la fora do trabalho, de aceitar certa invasão pela preocupação com o real e com a sua resistência, até mesmo no espaço privado, a ponto de não dormir à noite, de sonhar com isso. (DEJOURS, 2012b, p. 364)

A relação de reconhecimento mútuo e a possibilidade de sublimação criam um coletivo de trabalho, por meio do qual os trabalhadores pactuam acordos e regras. Trata-se de um espaço simbólico de partilha de valores e consensos, em geral fomentado em lugares que funcionam como espaços públicos de discussão, físicos ou digitais, que podem ser formais (reuniões,

assembleias, cursos) ou informais, como o momento do cafezinho, por exemplo (MERLO; BOTTEGA; MAGNUS, 2013).

Na medida em que o real se dinamiza, o coletivo de trabalho também é chamado a se reorganizar e criar outros métodos para lidar com novos fenômenos. De alguma forma, trata-se de um movimento semelhante ao de Sísifo, cujo mito é tão caro à psicanálise.

É possível que o coletivo de trabalho seja dinâmico o suficiente para alterar as regras do trabalho prescrito, em uma atividade deôntica (AREOSA, 2021). Dejours denomina como trabalho vivo o movimento que os trabalhadores fazem para empregar sua astúcia criativa para contornar os problemas do real do trabalho (DEJOURS, 2012b).

Quando o sofrimento apresenta uma intensidade ou uma natureza problemática e se encaixa no padrão ético ou patogênico, isso pode ocorrer de maneira diversa. E é aí que inicia um processo de investigação mais apurado sobre os efeitos negativos do sofrimento, cujas causas podem ser de difícil apreensão. “A complexidade do problema provém do fato de que o essencial da significação do trabalho é subjetivo. Se uma parte dessa relação é consciente, essa parte não é mais do que a ponta do iceberg” (DEJOURS, 1992, p. 51).

Nesse caso, o trabalhador lança mão de diversos outros dispositivos para lidar com a situação, que a Psicodinâmica do Trabalho nomeia como estratégias defensivas: elaborações mentais para que os sujeitos suportem a manutenção do vínculo de trabalho e lidem com o medo, a ansiedade, a vergonha ou outro fenômeno produtor de sofrimento:

A forma de que se reveste o sofrimento varia com o tipo de organização do trabalho. O trabalho repetitivo cria a insatisfação, cujas consequências não se limitam a um desgosto particular. Ela é de certa forma uma porta de entrada para a doença, e uma encruzilhada que se abre para as descompensações mentais ou doenças somáticas, em virtude de regras que foram, em grande parte, elucidadas. As tarefas perigosas, executadas na maioria das vezes em grupo, dão origem a um medo específico. Contra a angústia do trabalho, assim como contra a insatisfação, os operários elaboram estratégias defensivas, de maneira que o sofrimento não é imediatamente identificável. Assim disfarçado ou mascarado, o sofrimento só pode ser revelado. (idem, p. 133)

Quando essa estratégia defensiva é partilhada pelo grupo ao ponto de ser constitutiva no trabalho, diz-se que se trata de uma ideologia defensiva. Assim, isso mantém a sanidade física e mental do grupo. Caso contrário, individualiza as tentativas de ajuste e tende a causar adoecimento em quem procura transformações.

Ao se pegar novamente o exemplo da esteira de produção, um trabalhador que conseguisse afirmar os dez parafusos perfeitamente em um minuto (tal como no trabalho prescrito) poderia ser mal visto pelo grupo, já que fere um valor que os faz sustentar o real do trabalho, em uma dinâmica que pode ou não ser consciente. Em casos pontuais e por tempo determinado, isso pode ocorrer de forma funcional. Mas, a longo prazo, isso tende a produzir adoecimento, já que se referem justamente à impossibilidade de dar vazão ao sofrimento no trabalho.

Nessa ilustração da fábrica, é possível que a velocidade da esteira permaneça a mesma por muitos anos e que os trabalhadores sejam constantemente trocados por desenvolverem lesão por esforço repetitivo. Situações como essa são comuns no setor frigorífico, por exemplo (HEEMAN, 2013). Nesse caso, fala-se de uma situação de normopatía, ou seja, de um cenário normalizado no ambiente de trabalho como estratégia de defesa, mas que é danoso à saúde dos trabalhadores e à cooperação do grupo. (DEJOURS, 2007)

E há ainda casos em que não há um adoecimento com causa identificável, mas que surgem sintomas como resposta a um sofrimento insuportável. Dejours dá como exemplo a aparição de uma fadiga:

Clinicamente, o fracasso do funcionamento mental e a inadequação da organização do trabalho (conteúdo ergonômico) às necessidades da economia psicossomática não se traduzem, imediatamente, em uma doença somática. Primeiro, aparece uma vivência de insatisfação (...). Essa vivência exprime-se, sobretudo, pela fadiga. Na realidade, não há nada mais surpreendente do que observar essa vivência subjetiva tornar-se uma queixa somática, mesmo não havendo uma doença autêntica. Talvez fosse mais correto dizer mesmo que não há ainda uma doença somática. (...) Quando a organização do trabalho entra em choque com a economia psicossomática, o trabalhador deve desenvolver todos os recursos de que dispõe para compensar o estreitamento — pela organização do trabalho — de todos os canais comportamentais, caracteriais e mentais, para sua energia pulsional (DEJOURS, 1992, p. 130).



Diante de realidades de trabalho em que os trabalhadores não conseguem transformar seu sofrimento em práticas de criação e de partilha com seus pares, interessa retomar a preocupação central da Psicodinâmica do Trabalho: que sentido esses trabalhadores hipotéticos dariam a seu trabalho? Como enxergam seu sofrimento? Como elaboram o “ritmo da esteira”? Normalizam seu ritmo ou culpam alguém por isso? Normalizam o fato de apertar os parafusos de forma pouco rígida?

No caso de um país com um trabalho de caráter ainda muito braçal, isso implicaria dizer também: como esses trabalhadores enxergam sua própria saúde? Eles antecipam o fato de que podem desenvolver lesão por esforço repetitivo? Percebem que os atuais colegas que hoje se afastam por essa lesão podem ser eles próprios, dentro de alguns anos?

Essas questões se descortinam como eixos de investigação para compreender diferentes locais de trabalho e sujeitos heterogêneos. Assim, é possível destacar diversos outros conceitos que não estão previstos na lista das potencialidades da teoria psicodinâmica, mas que são úteis para a compreensão das dinâmicas do trabalho.

## **2.2 Medicina de Família e Comunidade: outra compreensão de saúde**

Após apresentar os principais conceitos da Psicodinâmica do Trabalho e o modo como esses fatores se relacionam entre si, interessa compreender mais sobre o horizonte de trabalho médico e a localização que a Medicina de Família e Comunidade, especificamente, ganha no segmento.

De modo mais pragmático, a Medicina pode ser vista como um saber-fazer que auxilia no atendimento de demandas humanas e sociais, em torno das quais se define a prática médica. Esse saber-fazer seria regulado por normativas, a exemplo do Código de Ética Médica (CEM), cuja última versão foi publicada em 2018 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Ainda em seus princípios fundamentais, o documento estabelece a medicina como uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de nenhuma natureza. O alvo de toda a atenção do médico deve ser a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir

com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional. Para isso, compete a ele aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente e da sociedade. Isso deve garantir que a medicina seja sempre exercida com a utilização dos melhores meios técnicos e científicos disponíveis para atingir os resultados médicos desejados (CFM, 2018).

Mas essa visão não parece dar conta das relações de poder que permeiam o universo da profissão. Afinal, essa redação estabelece a dimensão prescritiva do trabalho médico e, lembrando Dejours, o trabalho começa efetivamente onde se encerra a prescrição. Em outros termos, a Psicodinâmica do Trabalho entende que as normativas não definem a prática profissional, sendo apenas um dos elementos que mobilizam o real do trabalho.

Isso fica mais nítido na discussão que envolve outro documento importante na regulação da prática médica: a Lei 12.842 de 2013, também conhecida como Lei do Ato Médico. Nesse caso, os vetos e silêncios falam mais do que o texto da legislação, que tramitava no Congresso Nacional desde 2002.

Segundo Barros de Melo e Brant (2005), que publicam esse artigo em meio ao debate que culminaria na publicação da legislação de 2013, o Ato Médico consiste no estabelecimento de prerrogativas exclusivas à carreira, motivo por que a questão envolve elementos de autoridade, poder e resistência. Segundo os autores (uma cirurgiã-dentista e um psicólogo), existe uma relação hierárquica entre médico e paciente, que se conforma em torno de mecanismos de submissão, conflito e resistência e que se estende também a outros profissionais da saúde:

Esse tipo de relação reforça a concepção de indivíduo como um mero portador de um corpo biológico e o “ato médico” como uma conjunção de forças culturais, corporativistas e mercadológicas. Assim, esse Projeto de Lei parece constituir uma estratégia para enfrentar a crise atual da hegemonia médica, representando uma regressão aos modelos mecanicista e da mono-causalidade e um desconhecimento das importantes conquistas da Saúde Coletiva (BARROS DE MELO; BRANDT, 2005, p. 15).

De fato, em 2005, os conselhos profissionais de treze categorias se manifestaram contra o Ato Médico: Biologia, Biomedicina, Educação Física,

Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Técnicos em Radiologia. Segundo uma cartilha assinada por essas entidades,

A luta contra o Projeto de Lei do Ato Médico não é uma luta contra o trabalho do médico, nem mesmo uma luta para reduzir o espaço dos médicos no atendimento à saúde. Queremos apenas que todos os profissionais de saúde estejam nos serviços, trabalhando de forma complementar e parceira, garantindo a interdisciplinaridade necessária para um atendimento abrangente e integral. Nossa luta é pela qualidade dos serviços de saúde prestados à população brasileira (CFP, 2005).

A discussão iniciada em 2002 só seria concluída em 2013, com a aprovação pelo Congresso Nacional. Mas, ao sancionar a lei, a então presidenta Dilma Rousseff vetou alguns trechos relevantes, fontes de estresse entre médicos e outras categorias, como fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Um deles se refere ao diagnóstico de doenças, que era considerado o ponto central da legislação. O CFM classificou a medida como “agressão e traição aos médicos” (EBC, 2013).

Ainda em 2004, período em que a legislação tramitava no parlamento brasileiro, o então presidente do CFM, Edson de Oliveira Andrade, publicou um editorial na revista *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia* intitulado “Como vejo a medicina e os médicos”, no qual defendeu a agenda hegemônica da categoria nos seguintes termos:

É preciso saber, e com o saber, fazer. (...) Qualquer outra profissão já estaria satisfeita preenchendo estas duas exigências anteriormente detalhadas. Mas a nossa história sobre a Terra nos impõe outro compromisso: o saber ser. Ator social ímpar, companheiro constante, o médico é historicamente tido como um paradigma. Seus atos não são e nunca serão vistos e avaliados em igualdade de condições com as demais profissões. (...) falo de privilégios como ter acesso pleno ao corpo das pessoas, ter conhecimento dos seus mais íntimos segredos pessoais e poder interferir em suas vidas ao ponto de modificá-las em sua totalidade. Quem detém tamanhos privilégios por certo tem iguais responsabilidades sociais. Desta forma, o guia do arado não pode ser qualquer um, tem que ser alguém especial, não melhor ou maior que os outros, mas magnificamente especial (ANDRADE, 2004, p. 391).

Há uma série de elementos que podem ser destacados em uma análise preliminar desse texto. Não apenas essa seria a única profissão que

têm um significado para além da execução do seu trabalho, como Andrade propõe que os médicos possuem uma história singular sobre a Terra, indicando um destaque “paradigmático” e “magnificamente especial” da categoria em relação ao restante da humanidade. Mas, para os efeitos que interessam a esta pesquisa, o excerto demonstra que a construção da medicina como um campo hermético, que não equivaleria às demais áreas do saber, é uma estratégia deliberada.

Segundo Ramos-Cerqueira e Lima (2002), esse movimento que transparece na fala de Andrade começa ainda na preparação para o vestibular e segue dentro da sala de aula, com fomento à competição com colegas e professores:

suas inibições e cautelas quanto ao sexo, próprias dos valores éticos da classe média, deverão ceder lugar à frieza e serenidade para estudar estruturas anatômicas e fisiológicas e examinar excrementos sem repugnância; deve dissecar cadáveres, superando o respeito aos mortos que lhe foi ensinado; deve inspecionar e questionar sobre o mais íntimo de homens e mulheres; deve assistir à morte de pacientes, dominando seus sentimentos, e prosseguir seu trabalho sem se deixar abater pelas emoções. Enfim, aprende que o trabalho diário do médico constitui uma transgressão às proibições comuns e um controle absoluto sobre suas emoções. (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002, p. 110)

Aciole (2003) também entende que a construção do que significa ser médico começa ainda no processo formativo. O autor observa que, seguindo uma abordagem científica e tecnológica amparada nos pilares do positivismo científico,

o aluno vai ser inicialmente apresentado ao silêncio do cadáver a dissecar, e consumirá os dois primeiros anos de sua formação na apropriação dos diferentes planos anátomo-funcionais biológicos. Como etapa intermediária, o estudante será apresentado a uma rica taxonomia de sinais e sintomas, tomada numa linguagem específica, a semiologia, cujo valor de uso lhe permite compreender, significar e intervir, sobre um corpo - agora vivo, mas que continua a se manifestar pelo silêncio dos órgãos que o médico vê, apalpa, percute e pressiona. Finalmente, este corpo será estilhaçado numa interminável variedade de disciplinas que formatam e organizam o saber interventor e que desconstrói o corpo humano em seus vários órgãos, sistemas e aparelhos, cada qual definindo uma especialidade que delimita seu campo de abrangência a partir de uma suposta integração dos vários sistemas e aparelhos: integração que só se daria nos planos abstratos de um lugar inexistente, e que responde pela fragmentação da prática médica que, por sua vez, formata a própria escola médica. (...) constrói-se seu objeto como um saber

sobre o indivíduo, mas tomado como corpo doente que exige uma intervenção que dê conta desta sua singularidade, abstraída dos demais planos da realidade. (ACIOLE, 2003, p. 103)

Esse panorama funda a experiência médica e em grande medida se transporta ao futuro cotidiano de trabalho como um desafio ao processo de humanização da profissão e da sensibilização do médico. O saber do profissional tende a estar concentrado no pólo biológico e tornar a prática médica “armada e intervencionista que extirpa o problema que se localiza em parte específica do corpo como um mal externo a ser debelado e curado” (idem, p. 98).

Por isso, Ramos-Cerqueira e Lima (2002) visualizam na figura mitológica grega de Asclépios, considerada a iniciadora da medicina, o mito de fundação da profissão. Segundo o mito, ele fora salvo do ventre da mãe, que teve o corpo todo queimado, e por isso seria capaz de compreender todo o sofrimento dos doentes e remediar seus males.

Dejours acrescenta que, como agravante, os médicos estão submetidos a uma lógica gerencial que os afasta do paciente e causa sofrimento. Em uma entrevista à Associação Paulista de Medicina do Trabalho, o teórico explica que o cenário de formação médica tem recebido atenção de profissionais da saúde ao redor do mundo em razão de casos de suicídio entre os profissionais mais jovens, sobretudo entre internos e residentes. "Por que os jovens que hoje em dia são tão motivados, que trabalham arduamente, que investem em si, que estão na esperança de trabalho e querem ser médicos, por que se suicidam?" (DEJOURS, 2019b, s/p).

Aqui, o conteúdo da tarefa parece ser uma questão bastante reveladora: a diferença entre o trabalho real e o trabalho prescrito e o modo como se dá a organização do trabalho podem explicar a ausência de sentido que os estudantes de Medicina enfrentam, já que não há espaço para mobilização subjetiva.

Há uma transformação muito importante do trabalho dos estudantes de Medicina, dos residentes e dos internos. Bem, os gestores dos hospitais eram todos médicos. Podiam ser administradores, ter formação específica, mas eram médicos e compartilhavam da Ética Médica. Portanto, a referência central era o trabalho dos médicos. Mas, hoje, isso não é mais trabalho do médico. Para os diretores e gestores que assumiram o poder nos hospitais, a qualidade não é

mais a referência do trabalho: são números, alcançar metas, agir para atingir os preços, para alcançar o orçamento etc. Portanto, é um sistema completamente financeiro e que tem um enorme impacto no dia a dia dos estudantes. Antes de tudo, eles são explorados. Quando são jovens e iniciando a carreira, os mais experientes se livram do trabalho mais difícil, do mais chato, do trabalho administrativo, de colocar as informações no computador, e acabam por não aprender a clínica. Vieram aprender Medicina, imaginaram que estariam a serviço das pessoas, mas aprendem a entrar no computador. Têm pouco tempo para se ocupar, de aprender o ofício, de curar bem, de ouvir os doentes.

Então eles se deparam com uma hierarquia médica que se prende a um sistema gerencial que é muito cruel com eles" (DEJOURS, 2019).

Chama a atenção, portanto, a ideia de que o sofrimento não seja um elemento de um outro, mas que cuidar do sofrimento do paciente seja uma grande fonte de sofrimento para si; que seu objeto de estudo, o corpo, do qual se afasta subjetivamente, é também o suporte pelo qual experimenta prazer e sofrimento; e que seja a capacidade de sofrer sob controle o que forja um verdadeiro médico. Em termos dejourianos, isso aponta elementos que podem funcionar como defesas subjetivas importantes.

Ainda em uma aproximação com Dejours, é relevante o paralelo quanto à ideia de corpo. Segundo o psicanalista francês, há duas abordagens sobre o corpo: a biológica e a psicanalítica, que recebe um investimento erótico.

Precisamos admitir que vivemos simultaneamente em dois corpos: respectivamente, o corpo biológico e o corpo "erótico". (...) Não seriam apenas conceitos, mas corresponderiam perfeitamente a duas realidades distintas. Essa distinção, por sua vez, não é um dado natural determinado desde o nascimento. Entre os dois corpos haveria uma relação de engendramento. O corpo erótico pertenceria ao adquirido e se construiria progressivamente a partir do corpo biológico, que, ao contrário, provém do inato (DEJOURS, 2019c, p. 12-13).

Assim, a questão sobre o que forma um médico ganha um sentido complexo, em uma densa teia de práticas, sentidos e performances. Retomando a reflexão de Kaës (1991), são muitas as exigências para ocupar um lugar no universo médico e poder partilhar do senso de pertencimento próprio da dinâmica grupal. Mas que outras formas há de ser médico sem que se precise fazer o mesmo sacrifício?

Para Aciole, isso implica em uma reconstrução epistemológica em relação ao padrão positivista hegemônico. Em vez de um sujeito detentor de

saber que se debruça sobre um sujeito negativado do ponto de vista subjetivo, tem-se um novo sujeito médico, a ser visto em construção:

isto equivale a um movimento de significar a Medicina como "arte" mais do que como ciência absoluta. Contudo, tal significação representa menos um mergulho no campo do empirismo e do desenvolvimento de uma aptidão 'natural' e mais um movimento dialético de tornar-se um ser-outro, o seu negativo. Um outro, portador de um movimento externo ao lugar que, tendo em vista a recuperação do sentido da prática médica, se coloque em defesa da vida. Atitude que a todo instante requer uma ação constitutiva de um novo sujeito, o sujeito médico. (ACEOLE, 2003, p. 109)

Alguns estudos recentes também investigam os desafios de uma perspectiva clínica mais próxima dos pacientes (CAMPOS; CAMPOS, 2006; CAMPOS, 1997), com formação histórica, filosófica e ética (CARDOSO, 2000; GUSMÃO, 2004) e outros se preocuparam em mapear formas alternativas de a categoria médica ler sua relação com os pacientes. Os médicos destacaram como princípios para essa conexão a ideia de fraternidade (SÁ, 2009) e afeto, empatia e reconhecimento de alteridade (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; FLORES E SILVA, 2009), por exemplo.

Esse desafio de dupla humanização - humanizar o paciente e humanizar o médico - também pode colher frutos em outros campos do saber, como a antropologia. Em 1949, Claude Lévi-Strauss publicou um texto etnográfico clássico intitulado "O Feiticeiro e sua Magia", no qual aborda os processos de adoecimento e cura em culturas tradicionais do Brasil Central. O autor relata:

Um indivíduo, consciente de ser um objeto de um malefício, é intimamente persuadido, pelas mais solenes tradições de seu grupo, de que está condenado; parentes e amigos partilham dessa certeza. Desde então, a comunidade se retrai: afasta-se do maldito, conduz-se a seu respeito como se fosse, não apenas já morto, mas fonte de perigo para o seu círculo; em cada ocasião e por todas as suas condutas, o corpo social sugere a morte à infeliz vítima, que não pretende mais escapar àquilo que ela considera como seu destino inelutável. Logo, aliás, celebram-se por ela os ritos sagrados que a conduzirão ao reino das sombras. Incontinentemente, brutalmente privado de todos os seus elos familiares e sociais, excluído de todas as funções e atividades pelas quais o indivíduo tomava consciência de si mesmo, depois encontrando essas forças tão imperiosas novamente conjuradas, mas somente para bani-lo do mundo dos vivos, o enfeitado cede à ação combinada do intenso terror que experimenta, da retirada súbita e total dos múltiplos sistemas de referência fornecidos pela convivência do grupo, enfim, à sua inversão

decisiva que, de vivo, sujeito de direitos e de obrigações, o proclama morto, objeto de temores, de rito e proibições. A integridade física não resiste à dissolução da personalidade social (LEVI-STRAUSS, 1949, p. 1).

Assim, o antropólogo elabora como as culturas que não dispõem das mesmas cadeias de significação próprias da medicina ocidental representam o processo de adoecer. Pode-se perceber que, mesmo em cenários tão distintos, o olhar do outro é constitutivo sobre si em um sentido vital. Como discussão de fundo, está o fato de que os processos lidos hegemonicamente nas sociedades contemporâneas estão carregados de implicações simbólicas que desafiam a interpretação biológica. Afinal, o que explica que um sujeito saudável do ponto de vista histológico, anátomo-funcional ou sistêmico-fisiológico (ACIOLE, 2003) morra por autossugestão? Parece que o protagonismo do paciente e a significação social do processo de saúde pode ter mais centralidade do que a interpretação hegemônica sobre a medicina pode suspeitar.

O bioquímico e psicanalista Michael Balint também se dedicou à reflexão sobre novas formas de se constituir a relação médico-paciente. Para ele, as relações clínicas problemáticas aderiam a duas formas básicas: ocnofilia, em que o paciente depende da interação com o médico e o procura mesmo na ausência de sintomas e queixas; e filobatismo, em que o paciente se revela resistente ao tratamento apesar de precisar de cuidado profissional. Em ambos os casos, o que estaria em jogo é um processo de transferência da figura materna, principal responsável pelo cuidado nos anos iniciais da infância. Diante disso, Balint elaborou uma metodologia de trabalho para que os profissionais pudessem preservar sua saúde mental e aprimorar o elo com os pacientes por meio da identificação dos vínculos filobatas ou ocnolíficos estabelecidos (SILVA, 2019, p. 3661).

A obra mais importante do psicanalista húngaro é “O médico, seu paciente e a doença”. Ao longo do livro, Balint elabora uma série de questões relacionadas às relações que se estabelecem na prática clínica. Entre elas, o fato de que o médico precisa lidar com um paciente complexo, que demanda atenção integral, e não uma intervenção específica.

Precisamos ter em mente que na clínica geral o problema real é frequentemente a doença como um todo - como tantas vezes foi



pregado a todos os estudantes de medicina. A consequência inevitável deste ensino, entretanto, é raramente mencionada, isto é, que as doenças descritas pelos rótulos hospitalares são apenas sintomas superficiais, e que os próprios rótulos, como aprendido nos hospitais-escola, são de pouco valor para a compreensão dos problemas reais com que se defronta o médico. Isto significa que há uma clivagem entre a ciência médica tal como exercida nos hospitais e a clínica geral nos consultórios médicos. (BALINT, 1988, p. 35)

Balint aponta aqui a necessidade de uma formação específica para a atenção primária em saúde. E essa é, em suma, a estratégia que funda a Medicina de Família e Comunidade como uma especialidade médica, presente no Brasil desde a década de 1970 e organizada em torno de uma associação médica desde a década de 1980 (OLIVEIRA, 2014; SBMFC, 2021).

Arias-Castillo (2010) et al. entendem que a Medicina de Família e Comunidade é a disciplina mais capaz de gerir a atenção primária em saúde, graças às “estratégias, tecnologias e técnicas que desenvolveram e que lhe são próprias e seu enfoque na prevenção de riscos, na atenção contínua, na integralidade e no humanismo” (2010, s/p).

No mesmo sentido, Demarzo (2020) aponta que,

A Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade eminentemente clínica que também desenvolve, de forma integrada e integradora, práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde dirigidas a pessoas, famílias e comunidades. Estes atributos a tornam *uma disciplina estratégica para a ressignificação das bases estruturais da própria profissão médica, adquirindo papel fundamental na constituição dos novos paradigmas em Saúde*. Além disso, a MFC tem potencial transformador tanto no âmbito da prática médica quanto na formação de recursos humanos, e no desenvolvimento de pesquisas, contribuindo para uma maior efetividade dessas áreas, inspiradas em bases mais humanas e comunitárias. Aborda o processo saúde-adoecimento como um fenômeno complexo, relacionado à interação de fatores biológicos, psicológicos, socioambientais e espirituais, sendo, portanto, um processo influenciado fortemente pela estrutura familiar e comunitária do indivíduo. (DEMARZO, 2020, s/p. Grifos nossos.)

Segundo a Associação Médica de Minas Gerais, esse médico não observa apenas a doença, mas também “prováveis causas que podem ser relacionadas até mesmo ao ambiente doméstico. Isso facilita o trabalho do médico quando se conhece a realidade das famílias” (AMMG, 2018). Por isso, os profissionais que optam por essa residência se especializam não apenas nas demandas mais comuns desse nível de cuidado, mas na própria relação

médico-paciente, que se constitui em um processo de longo prazo (longitudinalidade) e é um dos elementos fundamentais ao processo terapêutico.

A esse respeito, Arias-Castillo et al. apontam que “a relação médico-paciente é um ato médico essencial que procura o bem integral do paciente. Se o ato médico não se orienta a este fim, a Medicina se desumaniza” (ARIAS-CASTILLO, 2010, s/p).

Para Balint (1988), isso significa um acompanhamento que começa desde o quadro sadio:

Durante os longos anos de vinculação com o paciente, o clínico geral adquire gradualmente uma grande massa de detalhes importantes. Conhece os antecedentes do doente, ou vários membros da família, frequentemente várias gerações, o tipo de pessoas que constituem suas amizades, a loja, o escritório ou fábrica em que trabalha, a rua ou vizinhança em que vive. (...) Mas estes são os fatores de menor importância. *O principal do capital é formado, como já vimos, pelas experiências comuns quando o paciente está sadio.* (...) Trata-se de uma esfera de conhecimento de extraordinária importância, descuidada pela ciência médica. (BALINT, 1988, p. 216. Grifos nossos.)

E não se trata de olhar para o paciente, apenas, de outro modo. O médico de família e comunidade “como pessoa, desenvolve a capacidade de conhecer-se a si mesmo, identifica seus paradigmas através da introspecção, conhece e maneja suas emoções, preconceitos e valores” (ARIAS-CASTILLO, 2010, s/p). Logo, é importante assumir como premissa aspectos que pressupõem heterogeneidades e tensionamentos sobre tal singularidade, principalmente provocadas pelas fragilidades de consensos em torno das categorias família e comunidade. Tal precaução auxilia no exercício de refutar concepções ingênuas em relação ao campo de investigação, mas principalmente, de ampliar as possibilidades de compreender as contradições nele inscritas.

### **2.3 O trabalho do médico de família e comunidade**

O médico de família e comunidade pode trabalhar em diferentes campos de atuação. São exemplos a assistência médica, exercida em espaços públicos,

privados ou da saúde suplementar, bem como, atividades de docência e a pesquisa, nas universidades e centros de formação médica. Os principais deles são problematizados nesta seção.

### 2.3.1 Assistência na saúde pública

No Brasil, a Medicina de Família e Comunidade tem um papel bastante particular: a especialidade tem expertise no cuidado realizado na saúde básica, área prioritária para o SUS e que estabelece algumas de suas principais diretrizes organizativas. Assim, algumas perspectivas se alinham à correspondência muito próxima no país entre o trabalho dos médicos de família e comunidade e as políticas públicas que se articulam no sistema, demandando milhares de profissionais ao longo de todo o território.

De acordo com Coelho Neto, Antunes e Oliveira (2019), a atenção primária do SUS ainda é o lugar predominante da Medicina de Família e Comunidade no Brasil, apesar do “agressivo movimento que algumas operadoras de planos de saúde vêm fazendo para contratar médicos de família para atuar no setor privado”. (COELHO NETO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019, p. 1-3). Por isso, iniciaremos a análise do campo de trabalho dessa especialidade médica pelo SUS, avançando rumo às políticas de atenção básica até chegar na Estratégia de Saúde da Família, uma política mundialmente referenciada que dá um desenho ao SUS muito caro à visão de saúde da Medicina de Família e Comunidade e às demais áreas de saúde que partilham esse tipo de formação (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Optando por um ponto de partida documental, convém observar a estruturação da saúde pública brasileira. Segundo o Art. 196 da Constituição Federal de 1988, a saúde no Brasil é considerada um direito de todos e dever do Estado. Esse objetivo deve ser atendido por meio de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988)

O aspecto universal e igualitário apresentado na redação é uma inovação da Constituinte de 1988: até a criação do SUS, a saúde pública era restrita a trabalhadores com vínculo empregatício formal, o que reduzia

significativamente o número de brasileiros atendidos pelo conjunto de políticas desse campo:

a saúde pública ficava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e era coisa para poucos — estima-se que em torno de 45% da população brasileira era atendida pelo governo em meados dos anos 80 (BRASIL, 2014).

Ainda no texto constitucional, prevê-se a implementação de um Sistema Único de Saúde, que viria a ser regulamentado por meio da Lei 8080/1990. Ela, por sua vez, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de tratar da organização e do funcionamento dos serviços desse sistema, que podem ser prestados por órgãos e instituições dos três níveis do Executivo, pertencentes à Administração direta ou indireta.

Para organizar a estrutura do SUS, a legislação recupera os três princípios previstos constitucionalmente: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Segundo Vasconcelos e Pasche ,

O SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais. É um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação. (...)

O SUS é um produto da Reforma Sanitária Brasileira, originada do movimento sanitário, processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde. Uma realização importante deste processo foi a inserção no texto constitucional da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, o que realçou e deu força jurídica de relevância pública às ações e serviços de saúde. (2017, p. 865)

Dessa forma, o desenho da saúde pública brasileira é anterior à sua implementação formal. O SUS é resultado de um movimento de organização política conhecido como Reforma Sanitária, que protagonizou um debate amplo e democrático nas décadas de 1970 e 1980 quanto à saúde desejada para o país.

Esse não foi um movimento meramente técnico ou corporativo, mas profundamente político. Mais que um conjunto de medidas em saúde, estava em questão o próprio papel do Estado, uma vez que a Reforma Sanitária é contemporânea e crítica à ditadura brasileira (1964-1985). Assim, em vez de questionar qual a saúde possível diante do governo militar, o movimento foi fundamental para a redemocratização do Brasil e para a definição de um regime que fosse capaz de implementar o SUS e outras políticas socialmente orientadas.

De alguma forma, esse movimento segue em disputa. Afinal, o SUS que se conhece hoje é resultado de uma correlação de forças sociais:

o SUS realmente existente tem sido orgânico aos seus negócios e não há porque matar a galinha dos ovos de ouro. Este SUS real que em parte se apresenta como *SUS para pobres* já faz parte do senso comum de gestores, políticos, mídia, profissionais de saúde e, até mesmo, da população. Ele pode se reproduzir no presente e no futuro, mesmo que restrito, na dependência da dinâmica e da expansão do capital, assim como das respostas do movimento sanitário. (PAIM, 2019, s/p. Grifos do autor)

Trata-se, portanto, de uma disputa em aberto, cujos desdobramentos dependerão da conformação das tensões políticas dos sujeitos históricos que constroem o sistema em suas diferentes dimensões, desde as mais idealistas, que se aproximam das formulações da Medicina de Família e Comunidade, até as mais pragmáticas, que tratam o SUS como um conjunto de políticas de saúde das quais os pobres fazem uso por falta de alternativa.

É por isso que, para se compreender os movimentos que estão em jogo no campo da saúde pública do Brasil, é necessário olhar para esse arranjo e enxergar os diferentes atores do processo. E isso aparece não apenas nos relatórios de gestão, mas também na agenda de investigação dos sujeitos “da ponta”. Assim, é conveniente direcionar o olhar a quem constrói o “SUS para pobre” (PAIM, 2019), ou seja, quem se dedica ao atendimento do cuidado da parcela da população que depende desse sistema para o atendimento de suas necessidades em saúde.

Hoje, são os municípios brasileiros que protagonizam esse movimento: as unidades básicas organizam a atenção em saúde de forma territorializada, que funcionam como a “porta de entrada” das demandas da população. Essa

estrutura corresponde à atenção primária, cujo objetivo é lidar com as demandas menos complexas e trabalhar de forma preventiva com a população do seu território (CAMPOS et al., 2006).

Mas, até se chegar nesse desenho das políticas públicas do setor, houve uma longa caminhada. O conceito de atenção primária, que responde por esse modelo de saúde, possui cerca de cem anos. Foi a partir das décadas de 1920 e 1930 que surgiu a estratégia de territorializar a atenção em saúde e criar centros de saúde regionais, organizados por distritos sanitários (CAMPOS et al., 2006). Já então vigorava a ideia de aproximar a estrutura de saúde do paciente e permitir que ele criasse vínculo com médicos generalistas com laços com a comunidade. Assim, mais que conhecedores de doenças, os médicos seriam “especialistas na realidade local”, algo caro à Medicina de Família e Comunidade. Nesse sentido, essa especialidade médica e a estruturação da atenção primária são indissociáveis (ARIAS-CASTILLO, 2010).

Isso fica nítido em relação aos mais importantes documentos da área, a exemplo da Declaração de Alma-Utá. Em 1978, a cidade soviética, hoje pertencente ao Cazaquistão, sediou uma Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, sob realização da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para Infância (CAMPOS et al., 2006). Entre os temas apontados no documento como fundamentais à atenção primária, estão a nutrição adequada, água potável, saneamento básico, saúde da mãe e da criança, planejamento familiar, vacinação e educação em saúde. Diante disso, é nítido que há uma busca pela transversalidade do que se compreende como promoção de saúde. (CAMPOS et al., 2006).

De fato, essa é a essência da criação do SUS. Isso se percebe não apenas na atenção primária, mas em toda a abordagem política e filosófica do sistema, que propõe a inversão da pirâmide de prioridades tradicionais. Mas há um momento em que isso ganha uma dimensão nítida e que funciona como um divisor de águas: a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, mais tarde transformado em uma Estratégia de Saúde da Família (1996).

A ESF não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde, uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do

SUS. (...) Pode-se considerar a experiência brasileira de ESF como um modelo coletivo de atenção primária, com a peculiaridade de ser construído no âmbito de um sistema de saúde público e universal. (ANDRADE; BARRETO, BEZERRA, 2006, p. 802-803)

É fácil compreender, portanto, a razão de a ESF ter se tornado “a principal estratégia para a mudança do modelo assistencial e a ampliação do acesso de primeiro contato aos serviços de saúde no SUS” (PINTO; GIOVANELLA, 2018, p. 1903). Segundo esses autores, o sucesso na efetivação desse programa, a seguir compreendido como uma estratégia, pode ser apontada de diversas formas. Uma delas se refere ao número de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB), que foram “reduzidas sensivelmente”: em cerca de quinze anos, esse índice caiu em quase 50%.

Outro índice relevante é a taxa de mortalidade infantil (MI), sobre a qual a ESF teve um papel fundamental, junto a outros fatores de proteção importantes para a saúde:

Em 20 anos, a MI no Brasil caiu 61,7% - de 52,04 mortes por mil nascimentos em 1990 para 19,88 por mil em 2010/44. A expansão da ESF, a partir da década de 1990, teve grande impacto sobre a queda da MI. Além da ampliação do acesso aos serviços de saúde, o aumento na cobertura do pré-natal, da vacinação, a melhoria das condições nutricionais e ambientais, a ampliação de políticas sociais, o aumento no fornecimento de água potável, o incentivo ao aleitamento materno, a ampliação dos bancos de leite humano e da licença maternidade são também apontados como responsáveis por essa redução na MI (MACINKO; MENDONÇA, 2018, p. 28)

O principal ganho da iniciativa se refere à não-hospitalização de pacientes com doenças crônicas comuns, que são acompanhados pela atenção primária. Além de cara, a assistência hospitalar trabalha de um ponto de vista reativo à doença, ao passo que as unidades de saúde da atenção básica, especialmente no caso das vinculadas à Estratégia de Saúde da Família, trabalham com foco na promoção da saúde preventiva.

Como se pode perceber, há uma proximidade qualitativa desse cenário com a Medicina de Família e Comunidade, mas é verdade também que a ESF abriu portas aos profissionais dedicados à atenção básica. Apenas dez anos após sua criação, a ESF possuía mais de 24 mil equipes no país, metade das quais com estrutura de saúde bucal. Estavam presentes em 90% dos

municípios brasileiros e atendiam cerca de 80 milhões de pessoas - 44% da população brasileira, à época. (ANDRADE; BARRETO, BEZERRA, 2006).

Para dar conta de um desafio dessa dimensão, a ESF precisou inaugurar uma série de serviços, contratar um enorme contingente de profissionais e estruturar uma rede de gestão pactuada entre municípios, estados e o governo federal. Além disso, após a criação da estrutura física e de recursos humanos, as etapas seguintes passam por consolidar a Estratégia, que considera “a prevenção de um importante universo de patologias de relevância epidemiológica e a resolutividade direta de até 90% da demanda comunitária” (Idem, p. 804).

E não se trata apenas de diagnosticar, mas de um acompanhamento comprometido com o sujeito:

O sistema de saúde brasileiro ampliou nos últimos anos dramaticamente a cobertura, o acesso. Mas devemos interrogar-nos: o acesso a quê? As práticas do tipo queixa-conduta que pouco interferem no prognóstico de vida ou na qualidade de vida das pessoas? De que serve a qualquer ser humano saber que é hipertenso se não vai ter acesso a cuidados baseados no vínculo, na construção de um projeto terapêutico individual, para ele próprio co-participar da construção de novos estilos de vidas para si? (CAMPOS; CAMPOS, 2016)

Isso implica dizer que, em vez de encaminhar a outros serviços, a unidade de saúde passa a ser o local de acolher e manejar pacientes com doenças crônicas, fazer pequenos procedimentos, dar orientações e prescrever cuidados que no modelo de atenção básica tradicional seriam encaminhados aos serviços de atenção secundária e terciária. Enfim, é o lugar de co-construção de saúde e de responsabilização coletiva sobre essa promoção, entre profissionais, sujeitos e a própria comunidade.

Mas, para dar conta de uma meta tão ousada, os profissionais que trabalham na Estratégia de Saúde da Família são especialmente demandados. Trata-se de uma equipe interdisciplinar formada, em geral, por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podem ainda compor o grupo o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de



saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. (BRASIL, 2017)

Isso pode ser especialmente desafiador em razão da área coberta por cada unidade. Em princípio, cada equipe cuida de aproximadamente oitocentas famílias, ou 3.450 indivíduos. (ANDRADE; BARRETO, BEZERRA, 2006, p. 805) Mas a observação prática revela que esse número pode ser muito superior ao prescrito.

Outro desafio que as equipes enfrentam é a necessidade de empregar um trabalho mais horizontal. Em geral, o médico ocupa um lugar de destaque em detrimento a outros profissionais, mesmo em relação a seus colegas de nível superior, ao passo que a ESF prescreve outra relação:

Na ESF, o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; (FIGUEIREDO, 2012, p. 3).

É por isso, inclusive, que a ESF lança mão de instrumentos menos priorizados no atendimento clínico comum, como método centrado na pessoa, e não na doença; prontuário familiar, em vez de individual; ir ao paciente por meio de busca ativa, visitas domiciliares, “chamados” à unidade de saúde; e métodos de acomodar o paciente em relação a seu meio, como internações domiciliares. (DEMARZO; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2012)

As características do modelo brasileiro, de orientação comunitária, baseado no território e nas equipes multiprofissionais, permitiram alcançar os inalcançáveis, associado à mobilização de recursos para além do setor da saúde, com outras políticas de proteção social. (...) Na construção do Sistema Único de Saúde, [verifica-se] a importância da Atenção Primária à Saúde, em especial da Estratégia Saúde da Família, na ampliação do acesso, melhora dos indicadores de saúde e na redução das desigualdades socioregionais (...). (ABRASCO, 2020)

Por essa razão, olhar para o profissional da saúde que atua nesse cenário significa dar atenção a um elemento central dessa Estratégia. São os agentes desse campo os responsáveis pela operacionalização da ESF, que faz

do Brasil referência no mundo pela capacidade de cobertura com qualidade em um país de dimensão continental.

Isso ocorre porque a ESF é uma política que não apenas incorpora os princípios do SUS, mas se distancia do modelo de um “SUS para pobre”, ou seja, para tratar os indigentes sociais, uma saúde esquecida e de menor qualidade. Trata-se de uma abordagem pensada para os desafios brasileiros e que privilegia o primeiro contato, a longitudinalidade, a abrangência do cuidado, a coordenação e orientação à família e às comunidades (SCOREL et al., 2007).

Essa orientação pode ser especialmente oportuna no caso de uma política que prioriza a interação profissional-paciente na sua constituição. Em vez de profissionais fechados em consultórios e focados em abordagens meramente biologizantes, a ESF possui um modelo de organização do trabalho que vai ao encontro da realidade concreta da população, desde o ponto de vista conceitual até instrumentos práticos, como são as visitas domiciliares.

O mais significativo ganho desse processo foi a ampliação do acesso da população a um conjunto de serviços e ações de saúde sob a gerência dos governos municipais, com destaque para as ações básicas de saúde, notadamente *por meio dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família*. (VASCONCELOS E PASCHE, 2017, p. 550. Grifos nossos.)

Mas isso também significa ir ao encontro de elementos que passam despercebidos em uma atuação clínica que não observa o sujeito de maneira integral. Coelho Neto, Antunes e Oliveira (2019) apontam o seguinte:

A atuação em territórios de pobreza e alta vulnerabilidade social, situação comum no Brasil, tem sido um desafio para os envolvidos. Esses lugares são caracterizados por precárias condições de saneamento, moradia e transporte e, de alguns anos para cá, por uma explosão do desemprego e piora da violência associada à chamada “guerra às drogas”, decorrente do empobrecimento da população e dos constantes confrontos entre o aparelho policial do Estado e o tráfico de entorpecentes, os problemas se avolumam. (2019, p. 3)

Portanto, seja pelo desafio de gestão, pela sobrecarga de trabalho ou pela natureza do serviço de saúde, há inúmeros pontos que desafiam o profissional que atua na ESF e podem criar uma lacuna entre o trabalho

prescrito e o trabalho real. Tais elementos, dentre outros, são fundamentais na construção de sentido que cada trabalhador encontra em sua prática laboral, que pode incluir experiências de prazer e sofrimento.

E o que mudou na especialidades ao longo dos últimos anos? Um primeiro ponto a ser ponderado é que, diante da implementação da Estratégia de Saúde da Família e da abertura de campo profissional, mais pessoas procuram a especialidade. Segundo o projeto Demografia Médica 2020, realizado pelo Conselho Federal de Medicina em parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Brasil forma cada vez mais médicos de família e comunidade (SCHEFFER et al, 2020). É a especialidade com mais médicos jovens, além de ser predominantemente feminina, o que aponta para elementos que merecem ser estudados de modo mais detalhado por outros trabalhos interessados nesse universo.

Segundo Lucas Gaspar Ribeiro, diretor de Exercício Profissional e Mercado de Trabalho da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade no período de publicação do estudo de demografia médica,

O número de especialistas aumentou nos últimos 2 anos em 1.663 profissionais (30% a mais). Outro ponto bastante relevante foi que a média de idade dos especialistas reduziu em um ano (42 para 41 anos). Ampliando o olhar para além deste número, quando comparado à idade com todas as especialidades, a MFC é a que concentra o maior número de médicos jovens, pois é a menor média de idade entre todas as especialidades. Esse quesito reforça que, a MFC, apesar de existir há mais de 40 anos no Brasil, como especialidade, ela está com uma crescente procura e formação, nos últimos anos. Outro dado que reforça esse aspecto é a média de tempo de formado. Em 2018, a média de tempo de formado era de 16 anos, em 2020 reduziu para 2,5 anos, uma diferença muito significativa. Um aspecto que se mantém na especialidade, foi a prevalência de mulheres na MFC (58%) (RIBEIRO, 2020, s/p).

Mas os desafios ainda são grandes. O relatório apontou que apenas 1,7% dos médicos no Brasil têm o título de Médico de Família e Comunidade, proporção quase igual ao de cirurgiões plásticos, por exemplo. Ribeiro (2020) lembra que os dados podem estar ligeiramente defasados, porque parte de fontes secundárias, como o cadastro no Registro do Quadro de Especialistas (RQE). Mas, de acordo com os números disponíveis em 2020 pelo recorte adotado, existiam no país à época apenas 1,3 médicos da especialidade por município, mesmo passados mais de trinta anos da efetivação do SUS. O

restante das vagas é ocupada por médicos generalistas (sem especialidade) ou por especialistas focais. E, mesmo em relação a esses médicos, que não possuem formação dedicada à atenção primária, faltam profissionais para cobrir o interior do Brasil, que tem dimensões continentais: o estudo revela que as cidades com mais de 500 mil habitantes têm uma concentração de médicos per capita treze vezes maior (SCHEFFER et al, 2020).

Uma tentativa de resposta a isso foi o programa Mais Médicos, que pretendia atender municípios com todos os perfis, inclusive grandes centros urbanos, e transformou a oferta de vagas na atenção básica do Brasil. Ele foi instituído pela Lei 12.871, de 2013, e garantia que os médicos fossem bolsistas durante toda a sua permanência no programa, que era de três anos prorrogáveis por igual período. Nos dois primeiros anos de vigência, a política levou cerca de 18 mil médicos a mais de 4 mil municípios brasileiros (BRASIL, 2022). O impacto dessa política é percebido por alguns autores, como Machado, Melo e Paula (2019):

A partir de 2011, formularam-se, mais fortemente, políticas nacionais direcionadas à força de trabalho médico na APS. Com seus componentes de provimento emergencial e de formação (graduação e residência), foi bastante emblemático, dando centralidade para a Medicina de Família e Comunidade em lei nacional e na agenda governamental (MACHADO; MELO; PAULA, 2019, p. 1).

No entanto, o Mais Médicos foi marcado por polêmicas. No debate social mais amplo, as principais críticas se referiam ao modo de ocupação previsto para as vagas, que seguiam a seguinte ordem: 1. Médicos com registro no país, formados no Brasil ou egressos de cursos de Medicina no exterior que tiveram seus diplomas reconhecidos; 2. Médicos brasileiros formados no exterior, sem revalidação do diploma; 3. Médicos estrangeiros formados no exterior, sem revalidação do diploma, desde que tenham se graduado ou já trabalhassem como médicos em países com proporção de médico/habitante superior a 1,8 mil; 4. Médicos oriundos de Cuba, por meio de convênio com o Ministério da Saúde Pública do país caribenho e com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (BRASIL, 2022).

Essa questão polarizou a opinião pública, principalmente a partir de dois argumentos principais. De um lado, havia um setor crítico à contratação de

estrangeiros sem diploma revalidado, sobretudo os médicos cubanos, que recebiam apenas 30% do valor pago para a instalação no Brasil. O restante era destinado à Cuba por meio da OPAS (GUSSO, 2017). Em 2018, primeiro ano do seu mandato, o presidente Jair Bolsonaro fez críticas severas ao regime de Cuba, que rescindiu a participação no Mais Médicos (BBC, 2018; KRUGER, 2018). E, de outro lado, alguns setores opinavam que a contratação de médicos cubanos ocorria por duas razões: porque Cuba tinha um modelo de medicina focado na atenção básica, e porque as vagas só eram preenchidas pelos médicos de lá diante do desinteresse dos médicos brasileiros em ir para postos de trabalho em regiões distantes, com salários mais baixos, menos oportunidades profissionais, menos opção de formação e menor infra-estrutura (GUIMARÃES, 2018).

E houve também críticas acadêmicas, formuladas por atores diretamente envolvidos no processo. Um exemplo é o relato de Gusso:

O Programa Mais Médicos está inserido dentro de um contexto mundial de dificuldade de suprir a carência de mão de obra qualificada de médicos generalistas em áreas rurais e nas periferias dos grandes centros. Portanto, é um programa que tem um sentido de ser. Porém, a rapidez com que foi formatado, a sua essência e os rumos que tomou, concentrando-se na vinda de médicos cubanos, apresentou potenciais riscos e benefícios nem sempre explicitados nas análises que têm sido feitas (GUSSO, 2017, p. 7).

O fato é que, com a saída dos médicos cubanos, houve uma lacuna na ocupação das vagas. E, diante disso, o Ministério da Saúde reorganizou seus processos, culminando na interrupção do programa Mais Médicos e na implementação do programa Médicos pelo Brasil (Lei Lei nº 13.958, de 2019). Essa nova política foi criada com o intuito de atender prioritariamente os “vazios assistenciais do Brasil, com vagas em municípios de difícil provimento e alta vulnerabilidade (...) e maior concentração de vagas no Norte e Nordeste do País” (BRASIL, 2022b).

Assim como o Mais Médicos, o programa Médicos pelo Brasil criou campo de trabalho para os médicos de família e comunidade, mas apresentou duas diferenças importantes. A primeira é que só contrata médicos especialistas, ou em Medicina de Família e Comunidade, ou em Clínica Médica (especialidade que é pré-requisito para algumas residências da atenção

secundária e terciária); e a segunda é que, caso haja médicos generalistas interessados nas vagas, eles podem fazer um curso de curta duração e receber o título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, caso passem em uma prova final. A portaria 3353/21 do Ministério da Saúde é o documento mais recente nessa regulação (BRASIL, 2021).

Esse novo marco não aparece sem tensões corporativas, já que oferece um outro caminho à formação na especialidade que não a residência médica. Um exemplo disso é uma nota<sup>1</sup> publicada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade em janeiro de 2022, na qual a entidade mobiliza em um tom combativo os principais argumentos contra o modelo de formação de médicos de família e comunidade proposto pelo programa Médicos pelo Brasil. Alguns dos pontos são:

(...) A diretoria tem pontuado que:

- A Residência em Medicina de Família e Comunidade é o padrão-ouro de formação para nossa especialidade.

Solicitamos junto ao conselho da ADAPS que se proceda às seguintes alterações no edital:

- Médicas e Médicos de Família e Comunidade titulados possam ser contratados como CLT diretamente pela ADAPS para iniciar na carreira divulgada pelo Médicos pelo Brasil. O atual edital coloca uma situação no mínimo constrangedora de obrigar profissionais titulados em MFC – que não desejam atuar na tutoria – não possam entrar diretamente na carreira e tenham que atuar como bolsistas em curso de especialização em MFC.
- Retirar o nome Medicina de Família e Comunidade para designar os bolsistas. Este é um uso irregular no nome da especialidade

(...) Apontamos que a pauta da Carreira para MFCs, não depende somente de remuneração, mas depende especificamente de outros fatores para provimento e fixação de médicos nas UBS, como por exemplo: oferta de boa infraestrutura físico funcional no local de trabalho, capacidade resolutive local para lidar com os problemas de saúde da comunidade, reconhecimento, valorização e crescimento profissional, motivação, equipe multiprofissional, entre outros.

Paralelamente, entendemos que, como SBMFC, devemos recuperar iniciativas havidas em gestões anteriores da SBMFC no sentido de discutir e apontar para a construção de um efetivo Plano de Cargos Carreira e Salários no âmbito da Estratégia Saúde da Família/SUS. Construção que garanta a justa remuneração pelo trabalho desenvolvido, com bons processos de avaliação de desempenho,

<sup>1</sup> É interessante observar os dois últimos parágrafos da nota. Elas mobilizam de modo contextualizado à prática profissional dos médicos de família e comunidade algumas das principais categorias dejourianas: condições de trabalho, ergonomia, mobilização subjetiva, reconhecimento, cooperação, coletivo de trabalho, entre outras.

remunerando também os esforços dos profissionais para crescimento na carreira, qualidade do atendimento prestado e busca por atualização da formação profissional, considerando critérios de tempo na mesma localidade e características sócio-demográficas dos locais de atuação (SBMFC, 2022).

Como se pode perceber, os desafios de efetivação de saúde de qualidade na atenção básica são também os gargalos da carreira dos médicos de família e comunidade no SUS. Esse processo é mediado por uma série de restrições objetivas que tensionam as condições e a organização do trabalho e afastam o trabalho prescrito do real, em termos dejourianos. Em grande medida, é justamente ao contornar os limites da prescrição do trabalho que a atenção primária é garantida, na dinâmica do “SUS real” de que falava Paim (2019).

### 2.3.2 Assistência na saúde suplementar

Embora a atuação no SUS seja central para a especialidade, alguns médicos de família e comunidade optam por não atuar no sistema público. Nesse caso, um dos principais campos está na saúde suplementar, caracterizada pelo pagamento de um seguro privado para ter acesso à assistência particular em saúde (BRASIL, 2007). Trata-se de um mercado que movimenta cerca de R\$ 250 bilhões/ano, o que representa 3% do Produto Interno do Brasil (FENASAUDE, 2022)<sup>2</sup>.

Segundo André Cassias (2018), à época coordenador do Grupo de Trabalho de Saúde Suplementar da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, os médicos da especialidade ocupam há cerca de vinte anos (agora, há cerca de 24 anos) campos de trabalho dentro da saúde suplementar. Isso ocorre “em diversas funções como comitês de medicina baseada em evidência, cargos de gestão e também na assistência, em práticas generalistas como visitas domiciliares a pacientes complexos” (CASSIAS, 2018, s/p).

2 Ela não se confunde com a saúde complementar, que se refere à atuação da iniciativa privada na saúde pública, incluindo entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (CEARÁ, 2022). A saúde complementar, por sua vez, não foi diferenciada da saúde pública nesta pesquisa, já que se acredita que são as diretrizes do SUS que orientam a organização do trabalho, em termos dejourianos. Assim, para efeitos de compreensão dos sentidos do trabalho para médicos de família e comunidade, são empregados no recorte dos sujeitos entrevistados apenas os conceitos de saúde pública e saúde suplementar.

Esse movimento se inicia próximo ao ano 2000, data da criação Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que desde então regula as políticas de saúde no setor, que em 2019 contemplava cerca de 48 milhões de pessoas entre planos ambulatoriais, hospitalares, com e sem obstetrícia, e odontológicos. Nesse mercado, existem diferentes tipos de operadoras: seguradoras, cooperativas médicas, empresas de autogestão e planos individuais e coletivos (MACHADO; MELO; PAULA, 2019, p. 2).

As empresas de autogestão em saúde da Aeronáutica e do Banco do Brasil foram pioneiras na estruturação de um serviço estruturado na atenção primária, diferentemente dos planos de saúde tradicionais. A ideia central era tornar a atenção em saúde mais otimizada, priorizando a atenção primária em vez dos especialistas focais.

Ao longo dos anos foi construída na cultura da população que adquire um plano de saúde, um conceito de que o hospital é o local mais resolutivo para qualquer condição de saúde e outro de que o especialista focal é o melhor médico para tratar qualquer condição. Hoje, sabemos que ambos os conceitos levam a um modelo assistencial de altos custos e de resultados clínicos abaixo do desejado (CASSIAS, 2018, s/p).

Com isso, foram também importantes na abertura de campo de trabalho para médicos de família e comunidade, que podem funcionar na saúde suplementar como *gatekeeper*, ou seja os “porteiros dos planos de saúde”, que atendem as demandas básicas junto a outros profissionais de saúde e direcionam os pacientes a especialistas focais de modo mais direcionado, evitando gastos desnecessários à corporação (MACHADO; MELO; PAULA, 2019).

Esse trabalho, em parte, atende aos pressupostos éticos e teóricos da Medicina de Família e Comunidade e pode ser uma oportunidade de testar modelos de atenção primária mais próximos do que ocorre no continente europeu, com mais autonomia profissional, menos pacientes e salários melhores (CASSIAS, 2008). Já sob um ponto de vista crítico, é possível considerar também que se trata de uma instrumentalização dos especialistas.

A Medicina de Família e Comunidade passa a figurar como força de trabalho útil para o setor privado. De fato, a menor taxa de encaminhamentos e a racionalização do uso de exames



complementares são habilidades que convêm a empresas e seguradoras do mercado. No entanto, a formação voltada para a comunidade, atividades em grupo, terapia familiar, práticas integrativas não fazem parte das competências priorizadas ou mesmo possíveis nesse cenário, de maneira que o título de médicos de família e comunidade é clivado em sua construção ideológica. Além disso, sua atuação é descolada de uma realidade socioterritorial e conduzida a uma outra lógica, mercantil e acessada por quem pode pagar (MACHADO; MELO; PAULA, 2019, p. 2-3).

Assim, migram para a iniciativa privada uma série de profissionais dessa especialidade médica formados pelo SUS, com verba pública, que poderiam estar sendo úteis na construção de saúde em um sentido integral, o que compreende a efetivação de direitos sociais a partir de um território e das dinâmicas sociais, econômicas e políticas que há nesse bojo. E isso é especialmente sensível em um vácuo de médicos de família e comunidade no país. “O Estado brasileiro, que criou o mercado de trabalho representado pela ESF nas últimas décadas, faz o pagamento de bolsas e incentivos para as residências em Medicina de Família e Comunidade” argumentam Machado, Melo e Paula (2019, p. 3). Para os autores, esse movimento pode minar não apenas os esforços de formação em residências tradicionais, mas até mesmo em programas de formação complementar, como o Mais Médicos (ou, mais recentemente, o Médicos pelo Brasil).

Coelho Neto, Antunes e Oliveira (2019) partilham dessas preocupações, em termos corporativos e sociais.

Chama-se a atenção para duas situações preocupantes que têm potencial de impacto sobre o atual perfil de práticas da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. A primeira delas é o agressivo movimento que algumas operadoras de planos de saúde vêm fazendo para contratar médicos de família para atuar no setor privado. Esse movimento pode aumentar ainda mais o déficit desses profissionais no SUS e gerar mais iniquidade no acesso aos serviços de saúde. Uma segunda preocupação é a perspectiva de agravamento do já insuficiente financiamento do SUS. Desde 2015, vem sendo implantadas no Brasil um conjunto de políticas de austeridade caracterizadas por forte restrição do orçamento na área social, incluindo as verbas destinadas à saúde. Dentre as medidas mais polêmicas, está o congelamento do orçamento federal da saúde e educação por um período de 20 anos, aprovado pelo parlamento brasileiro em 2016. Estima-se que essa decisão possa retirar até 197 bilhões de dólares do orçamento do SUS até 2036, o que equivale a aproximadamente seis vezes o total de recursos anuais destinado ao sistema atualmente. Mais do que restringir a expansão de serviços a uma população que se torna cada vez mais idosa, o efeito previsto dessa drástica medida é o fechamento de serviços de saúde, como apontam alguns especialistas, fato que trará inevitável impacto no

exercício da Medicina de Família e Comunidade no Brasil (COELHO NETO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019, p. 3-4).

Nesse sentido, os autores apontam para uma migração que pode ter efeitos severos para a população e para o projeto de carreira dos médicos de família e comunidade ao longo dos anos. Optar pela saúde suplementar, em termos coletivos, pode significar não ter um ponto de retorno factível diante da desestruturação do SUS.

Há, aqui, um dilema caro às ancoragens dejourianas na medida em que exige do profissional o manejo da tensão entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Não se pode negar que a atuação na saúde suplementar carrega contradições e, ao mesmo tempo, demonizar o campo da saúde suplementar não parece uma opção factível. Ter ou não plano de saúde é um fator decisivo para 95% dos candidatos a uma vaga de emprego, por exemplo (CASSIAS, 2018). E mesmo os autores mais críticos, como os mobilizados acima, se deparam com esse tipo de questão ética: “não ignoramos, no entanto, o fato de que os usuários da saúde suplementar também merecem ser bem cuidados no SUS (...) ou nos serviços pagos” (MACHADO; MELO; PAULA, p. 3)

### 2.3.3 Assistência particular

Como dito anteriormente, diante das controvérsias que atravessam as categorias de família e comunidade, compreender as dinâmicas do campo investigado repercute também em ater-se a outros contornos assumidos pelo espaço privado e da atuação do médico de família distanciado da perspectiva de comunidade que reside no imaginário social com ênfase na arena pública.

Deste modo, é oportuno problematizar a atuação dos médicos especialistas que possuem como foco o atendimento de pacientes exclusivamente em caráter particular. Nesse caso, pode-se clinicar em um consultório, fazer visitas domiciliares e também mesclar ambos os tipos de atenção.

Segundo o relatório Demografia Médica 2020, em relação ao conjunto dos profissionais da área, “o principal local de trabalho privado referido pelos médicos é o consultório particular, com 47,6% de frequência” (SCHEFFER, 2020, p. 143). Essa é uma possibilidade aos médicos de família e comunidade.

Mas as visitas domiciliares ocupam um lugar muito privilegiado nas técnicas de cuidado da especialidade, já que permitem observar o paciente em seu contexto familiar, melhorar a compreensão sobre as condições de construção de saúde (conforme pede o método clínico centrado na pessoa) e melhorar a comunicação na relação médico-paciente.

No domicílio e na comunidade, o médico de família entra em contato com um mundo diverso daquele do consultório e pode ter a oportunidade de ampliar seu entendimento da vida cotidiana das pessoas que atende, ao mesmo tempo em que precisa intervir sobre estas pessoas e seus problemas de saúde (BORGES; D'OLIVEIRA, 2011, p. 462).

Se as limitações de recursos do SUS nem sempre permitem organizar o trabalho de modo a priorizar as visitas, nas consultas particulares isso é possível. O profissional atende com mais autonomia, inclusive em relação ao tempo de escuta investido em cada paciente, e tem mais condições de empregar o cuidado médico no quadro de valores, prioridades e expectativas de cada pessoa atendida. E ter condições de tornar o atendimento domiciliar uma regra é relevante porque isso significa ir ao encontro do paciente em termos simbólicos.

Nenhum espaço, muito menos no da consulta médica, as pessoas estão em um ambiente livre de coerções externas, e, portanto, aptas a emitir livremente seus argumentos. Em todo o momento, recebemos influências, positivas ou negativas, do ambiente, do nosso interlocutor, da sociedade e, na consulta, da doença ou do tratamento em questão (CAMPOS; FÍGARO, 2021, p. 7).

Como lembram Borges e D'Oliveira, quando o vínculo entre o médico, o usuário e sua família é possível, “pode estabelecer-se o cuidado como uma relação, compartilhando responsabilidades, percebendo qual ‘projeto de felicidade’ interessa àquela pessoa” (2011, p. 464).

Mas esse horizonte da assistência também pode ter limitações. Uma delas é o fato de que os atendimentos médicos particulares não possuem o suporte de uma equipe interdisciplinar, com enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, agentes comunitários de saúde e outros profissionais. E a relação com esses

profissionais é algo caro à concepção de saúde da Medicina de Família e Comunidade.

De acordo com Pires (2008),

O ato assistencial em saúde, até hoje, pode ser realizado de forma independente/autônoma, numa relação direta profissional de saúde-cliente, mantendo características do trabalho profissional e da pequena produção. No entanto, face à complexidade dos problemas, dos conhecimentos acumulados no campo da saúde e do instrumental envolvido na assistência, grande parte da mesma desenvolve-se em instituições públicas e/ou privadas, no espaço intra ou extra-hospitalar, com estruturas e níveis de complexidade diversos. Majoritariamente, o assistir/cuidar em saúde envolve um trabalho coletivo no qual é possível identificar duas características básicas – as da divisão técnica ou parcelar do trabalho e as do trabalho do tipo profissional (PIRES, 2008, s/p).

Outro ponto crítico é que a clínica particular pode se mostrar restrita a um grupo social bastante seletivo, já que o conjunto da população brasileira tende a ter dificuldade em custear gastos com saúde, conforme os dados a seguir. Essa não é uma exclusividade dos médicos de família e comunidade, mas se trata de uma questão sensível na medida em que é parte do trabalho da especialidade considerar os aspectos sociais envolvidos. Um estudo da Universidade Federal Fluminense que ouviu médicos de família e comunidade concluiu que os conflitos éticos vivenciados na atenção básica interferem na percepção que os profissionais têm sobre seu processo de trabalho; e que a perspectiva da justiça social foi capaz de favorecer o enfrentamento desses pontos (RIBEIRO et al, 2017).

Alguns números ajudam a compreender a dimensão do empobrecimento da população nos últimos anos. Uma pesquisa realizada no primeiro semestre de 2020, nos primeiros meses de pandemia, demonstrou que dentre as pessoas ouvidas “55,1% relataram diminuição do rendimento familiar, e 7,0% ficaram sem rendimento; 25,8% dos indivíduos ficaram sem trabalhar, sendo o grupo de trabalhadores informais o mais afetado (50,6%)” (ALMEIDA et al., 2020a, p. 5).

No mesmo período, outro estudo apontava para o mesmo horizonte:

Num contexto de paralisação das atividades produtivas, os trabalhadores informais perderam o sustento, e muitas empresas já começaram a demitir os empregados com carteira assinada. Com

isso, é de se esperar um crescimento na taxa de informalidade da economia brasileira, a qual atualmente está em torno de 40,8%. Ademais, com a queda no emprego e o aumento da inadimplência, o posterior cancelamento dos planos de saúde tenderá a sobrecarregar o já deficiente SUS (COSTA, 2020).

Em 2021, a situação não demonstrou ser melhor. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) Contínua, o mês de setembro do segundo ano de pandemia teve a maior taxa de desemprego desde que se começou a medir a série, em 2012: 14,8 milhões de brasileiros estavam desocupados (EBC, 2021).

E é importante considerar que não se trata de um fenômeno conjuntural, exclusivamente causado pela covid-19; as desigualdades sociais brasileiras possuem uma dimensão estrutural. Em fevereiro de 2020 - antes da pandemia e das consequências socioeconômicas da crise sanitária, portanto -, foram ouvidos mais de 1300 brasileiros para identificar as principais razões pelas quais se deixou de ir ao médico nos últimos doze meses. E a conclusão foi que não ter plano de saúde já era uma das variáveis mais relevantes. “Um em cada cinco indivíduos não consultou médico nos últimos 12 meses; a utilização desse serviço foi menor entre os mais pobres e naqueles com pior estilo de vida” (ALMEIDA et al, 2020b, p. 1).

Nesse cenário, a própria natureza da relação médico-paciente que é tão cara à especialidade ganha contornos particulares. Afinal, se ter expertise na atenção básica significa aprender a lidar com os determinantes sociais de saúde, o que fazer diante de uma população com as condições de vida precarizadas? Que saídas o médico de família e comunidade pode encontrar? Há aqui um problema cujo impasse fala da própria razão de ser da área. Ela não é mais contraditória que o trabalho na saúde suplementar, necessariamente, mas esse foco interessa ao trabalho presente na medida em que a clínica particular individualiza a questão. Em vez de um sistema complexo, com divisão de tarefas, é o próprio médico de família e comunidade que se torna o gestor do cuidado privado e se propõe a atender quem pode pagar pelo seu trabalho. As relações que isso pode ter com o sentido do trabalho médico interessam à abordagem desta pesquisa.

Assim, algumas questões estruturantes para a Medicina de Família e Comunidade ficam em suspenso, a exemplo da territorialização do cuidado. Afinal, os médicos de família e comunidade abrem mão do pilar “comunidade” e são apenas médicos de família, na clínica particular? O próprio sentido da especialidade ganha outra dimensão e toca pontos sensíveis ao campo, a exemplo de uma polêmica ocorrida em 2019, quando o governo federal abriu uma consulta pública sobre a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde. Em resposta à proposta de documento, que esqueceu do trecho “e comunidade” do título da especialidade, Giovanella e Franco apresentaram o seguinte questionamento, cujo paralelo é interessante:

A especialidade em medicina de família e comunidade parece ter sido abolida na carteira de serviços proposta. O termo utilizado é médico de família, sem comunidade. Não se trata apenas de desconsiderar o atributo de orientação comunitária, mas também de mudar o foco desta especialidade médica que é crucial para a APS integral de qualidade, de fato robusta, que tanto tem se empenhado para se legitimar como especialidade (GIOVANELLA; FRANCO, 2019, s/p).

Do ponto de vista acadêmico, que norteia esta dissertação, não interessa prescrever qual é o modo de atribuição médica mais interessante, mas compreender as tensões que existem na prática da profissão e dar voz às contradições encontradas, conforme a literatura sinaliza e as entrevistas com os médicos de família e comunidade demonstrarão.

#### 2.3.4 Ensino e pesquisa

Por fim, entre as inúmeras atividades profissionais que um médico de família e comunidade pode ter além da assistência, vale a pena considerar o campo da educação superior. O campo de investigação não só é um pilar importante no trabalho da especialidade, como apareceu entre os sujeitos ouvidos na dissertação.

No Brasil, o ensino superior pode ocorrer em faculdades, centros universitários, universidades e institutos federais. No caso das instituições privadas, elas são inicialmente credenciadas como faculdades e podem alcançar os patamares seguintes, de acordo com critérios de qualidade; e, no setor público, o Estado pode criar universidades diretamente por meio de

projetos de lei específicos. Em ambos os casos, o que caracteriza a universidade é a indissociabilidade das atividades de ensino, pesquisa e extensão; o caráter pluridisciplinar de formação de profissionais de nível superior; e o domínio e cultivo do conhecimento e do saber humano (BRASIL, 2022).

Ao se ocupar das atividades de ensino, pesquisa e extensão na educação superior, o médico de família e comunidade pode atuar na formação de médicos generalistas, no nível de graduação, e também na residência de Medicina de Família e Comunidade, no nível de pós-graduação. A Associação Mundial de Médicos de Família e Comunidade (WONCA, tradução de *World Organization of Family Doctors*) e a Organização Mundial de Saúde entendem que os fundamentos conceituais e éticos, assim como as técnicas e práticas da especialidade, “constituem elementos importantes na formação médica geral, independentemente da especialidade que o futuro médico irá exercer, envolvendo os estudantes em uma perspectiva ampliada do cuidado em saúde” (ANDERSON; DEMARZO; RODRIGUES, 2007). Entre os principais motivos que os autores apontam, destacam-se os seguintes:

1. Os estudantes de Medicina devem vivenciar e entender o cenário e as maneiras pelas quais a grande maioria da população é cuidada pelos serviços de saúde.
2. Os estudantes de Medicina devem vivenciá-la na sua forma mais integrada e integradora, o que é mais bem evidenciado no cenário de prática do Médico de Família e Comunidade.
3. Os estudantes de Medicina devem vivência centrada na pessoa (um dos pilares da Medicina de Família e Comunidade), invertendo a tendência de enfoque na doença e na tecnologia dura. (ANDERSON; DEMARZO; RODRIGUES, 2007, p. 159).

Os autores apontam ainda que essa aproximação é efetiva, segundo relatórios europeus que abordam a inserção da Medicina de Família e Comunidade na formação dos médicos. Ocorrem mudanças de atitude nos graduandos que têm a oportunidade de resolver por si problemas da atenção primária e que “permitem ao estudante de Medicina apreender o sentido de toda a formação médica, aprendendo sobre as pessoas no contexto dos seus problemas de saúde” (2007, p. 161).

Coelho Neto, Antunes e Oliveira (2019) apontam ainda outros motivos pelos quais o médico de família e comunidade possui expertises interessantes

para a educação superior: a capacidade de ofertar uma formação interdisciplinar em saúde. Os autores apontam que

por terem um forte histórico de defesa e atuação multiprofissional, os médicos de família estão em posição privilegiada para dialogar e participar de arranjos legais e institucionais que priorizem o diálogo com outras profissões da saúde, superando uma relação conflituosa entre as corporações por reserva ou ampliação de seus mercados de trabalho (2019, p. 3)

Em relação ao ensino de novos médicos de família e comunidade, a conveniência de se ter mais médicos da especialidade na docência é evidente. Isso é necessário tanto nas residências médicas, consideradas o padrão-ouro de formação, como também nos novos espaços, como os cursos ofertados pelo programa Médicos pelo Brasil.

No primeiro caso, existe o papel do preceptor, “o principal responsável pelo residente em medicina de família e comunidade, pois estarão juntos por dois anos consecutivos e exercerá a função de modelo, na prática do trabalho” (RIBEIRO, 2019). Fernandes et al (2021) enxergam o papel do preceptor como um auxílio na manutenção do cuidado e na formação individualizada dos residentes como recursos da comunidade.

Já no caso do Programa Médicos pelo Brasil, existe o papel do tutor médico, um “especialista em medicina de família e comunidade ou em clínica médica contratado pela ADAPS - mediante processo seletivo público para exercer a função de tutor de grupos de médicos bolsistas” (BRASIL, 2021, s/p). Tal situação permite considerar a importância dos preceptores no percurso formativo:

O envolvimento do preceptor permite estreitar a distância entre a teoria e a prática, auxiliando na construção de competências a serem destacadas e/ou corrigidas, até que os residentes tenham maior confiança e segurança em suas atividades diárias. Além da supervisão da prática do residente, o preceptor é capaz de servir como modelo no desenvolvimento e crescimento pessoal e, ainda, auxilia na formação ética dos novos profissionais (FERNANDES et al, 2021, p. 3).

Esse é um campo de trabalho com bastante potencial, seja pelo número de residências abertas (SCHEFFER, 2020), seja pelo desafio qualitativo que as residências apresentam. Afinal, elas precisam responder à



necessidade de formação médica, e o melhor sistema de formação de residentes “é o que cada país necessita, sempre e quanto mantenha os quatro preceitos fundamentais de nossa especialidade médica e disciplina acadêmica: prevenção de riscos, atenção contínua, integralidade e humanismo” (ARIAS-CASTILLO, 2010).

## **2.4 O lugar das mídias sociais no trabalho dos médicos de família e comunidade**

Como será apresentado no capítulo metodológico, optou-se por dialogar com médicos de família e comunidade com trabalho em mídias sociais por conta de um recorte de pesquisa em tempo de pandemia. Mas logo essa opção revelou demonstrar aspectos bastante caros ao sentido que cada profissional emprega em seu trabalho. O que os médicos dizem e demonstram, com quem dialogam, de que modo se portam e vários outros elementos passaram a ser relevantes para além da seleção de profissionais a serem ouvidos. Um exemplo desse fator emergente é a relação médico-paciente. Diversos autores mobilizados neste trabalho apontam a centralidade dessa relação, e a internet tem o potencial de aproximá-los, criando novos espaços de diálogo.

Segundo Arias-Castillo et al. (2010), para elaborar estratégias de abordagem dos problemas e necessidades, o médico de família e comunidade pode “trabalhar com redes sociais”; “ter em conta a capacidade econômica, de recursos humanos, físicos e tecnológicos disponíveis”; e “identificar, caracterizar e analisar a existência e funcionamento das redes sociais”. (2010, s/p). Portanto, há um campo de análise muito interessante sobre a relação médicos e pacientes e até mesmo entre profissionais da saúde construídas nas mídias sociais.

No Brasil, a atuação médica no mundo digital é regulada pela Resolução CFM nº 2.126/2015, que estabelece como mídias sociais os sites, blogs, Facebook, Twitter, Instagram, YouTube, WhatsApp e outras redes sociais (CFM, 2015). A regulação surge para tentar estabelecer critérios em um movimento definitivo. Segundo Meneses (2019), corregedor do Conselho

Regional de Medicina da Bahia (Cremeb), os dados de 2019 apontavam que o número de usuários de internet duplicou no Brasil entre 2008 e 2018. O levantamento apontou ainda que 74% da população urbana e 49% da população rural estão conectadas e, considerando o campo e a cidade, 48% das pessoas das classes D e E já tinham conexão online disponível.

Mas como esses espaços têm sido usados na interação médico-paciente? Fernandes, Calado e Araújo (2018) investigaram uma experiência bem sucedida ligada à atenção primária. Por meio de uma comunidade no Facebook, foi possível melhorar a adesão de pacientes diabéticos ao tratamento proposto pela sua unidade de referência. Segundo as autoras, retomando a compreensão da Organização Mundial da Saúde (OMS) em relação ao assunto, entende-se por adesão o funcionamento do arranjo composto pelo paciente, pelo tratamento, pela doença, pelos aspectos socioeconômicos e pelo sistema de saúde.

Nesse caso, o sucesso da estratégia online se deu pelos seguintes aspectos:

(i) maior conhecimento do paciente sobre a doença, por meio do compartilhamento de experiências no gerenciamento da doença e/ou de informações pesquisadas em outros sites; (ii) melhor autogestão da condição crônica, atribuída à troca de experiências, ao aconselhamento e à semelhança de problemas e sentimentos; e (iii) maior suporte social, através do reforço positivo, de aconselhamentos e do compartilhamento de informações e experiências. (FERNANDES; CALADO; ARAUJO, 2018, p. 3359)

Mas esse cenário ainda responde pela exceção. Segundo Aeligton Filho et al. (2020), a cada três publicações de médicos brasileiros no Instagram, apenas uma resgatou a “fundamentação do movimento de reforma sanitária brasileira de superação do modelo biomédico” (2020, p. 87). O autor continua: “apesar de o modelo de determinação social ser o mais atual e preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina, os registros relativos ao modelo assistencialista se mostraram superiores em números” (idem, p. 89). Assim, 67,5% das publicações reforçam a ideia de uma atenção médica causalista e assistencial, em que o médico detém um saber e está focado em atuar sobre o corpo do indivíduo sem considerar o contexto dessa demanda.

Portanto, interessa compreender como os médicos de família e comunidade que possuem perfis profissionais no Instagram dinamizam esses espaços e relatam por meio deles sua experiência profissional. Mais que entender suas estratégias de comunicação, em si, interessa a esta pesquisa como elas repercutem e o que significam segundo o sentido que cada um dos profissionais dá a seu trabalho. Este último elemento parece ser especialmente interessante à pesquisa e corresponde ao seu ponto mais exploratório. Portanto, será desenvolvido com mais fôlego a partir da escuta dos profissionais na coleta de dados.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 Desenho da pesquisa: definições e precauções

O que dá sentido à experiência de ser médico de família e comunidade? Quais os principais desafios? O que mais causa sofrimento no trabalho? Existe espaço para criar e articular saídas diante desses problemas? Essas são algumas das questões que estão no cerne da compreensão sobre o trabalho desses profissionais.

A partir de tais inquietações, é importante considerar as possibilidades e precauções teórico-metodológicas permitidas pela abordagem qualitativa de pesquisa. Ainda, especialmente por se tratar de um estudo contextualizado no campo da saúde, importa também em compreender as escolhas metodológicas não apenas com fins operacionais, mas alinhados às escolhas epistemológicas orientadoras do presente estudo. Assim, é importante partir de alguns pressupostos que auxiliam na vigilância crítica pretendida.

O primeiro deles diz respeito à concepção de método:

numa (direção), elabora suas teorias, seus métodos, seus princípios e estabelece seus resultados; noutra, inventa, ratifica seu caminho, abandona certas vias e encaminha-se para certas direções privilegiadas. E ao fazer tal percurso, os investigadores aceitam os critérios da historicidade, da colaboração e, sobretudo, imbuem-se da humildade de quem sabe que qualquer conhecimento é aproximado, é construído (MINAYO, 1994, p. 12-13).

O segundo pressuposto diz respeito ao desenho metodológico que se pretende estabelecer na condução do estudo, guiado pela perspectiva de que se trata de um “caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (idem, p. 16). Como recomenda Minayo, teoria e metodologia caminham juntas em uma dinâmica intrincada, inseparável. “Enquanto conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática” (idem, p. 16).

Ante o exposto, considerando os objetivos do estudo e sua problemática, verifica-se que a estratégia mais coerente e com maiores possibilidades passa pela abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p. 22).

Moré (2015) colabora no mesmo sentido. Segundo a autora, que atua no Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade da Universidade Federal de Santa Catarina, deve-se buscar

o necessário “rigor científico”, neste caso entendido como a coerência entre pressupostos epistemológicos do estudo, a construção do problema de pesquisa, o protagonismo das experiências dos sujeitos da investigação e a transparência da leitura dos dados coletados, expressas por meio da organização e interpretação dos mesmos, por parte do pesquisador (...) “o fazer” da pesquisa qualitativa constitui-se num campo cotidiano de reflexões, tanto para dar conta de uma produção de conhecimento coerente com os seus princípios epistemológicos norteadores como para a produção de conhecimento, com a necessária relevância científica e social (MORE, 2015, p. 126-127).

Como dito no início da presente seção, os elementos mobilizados nos estudos relativos à Psicodinâmica do Trabalho escapam à pertinência de um questionário fortemente estruturado, como uma *survey*. Em vez disso, prefere-se optar por um método mais indutivo, com mais espaço para capturar a multiplicidade do real.

Segundo Merlo e Mendes (2009), que estão entre os principais pesquisadores da PdT no Brasil,

um questionário ou uma análise documental vão permitir a descrição dos indicadores do sofrimento, mas não a compreensão das vivências e das dinâmicas. Esse tipo de delineamento metodológico limita as possibilidades de mobilização do trabalhador, aquela possível na fala enquanto ato. (...) Nesses estudos que lançam mão das categorias teóricas da psicodinâmica do trabalho, as entrevistas aparecem como a principal ferramenta de coleta de dados. Elas podem ser tanto individuais, quanto coletivas, estruturadas ou semi-estruturadas. (MERLO; MENDES, 2009, p. 151)

Essa compreensão vai ao encontro do que Moré (2015) propõe que as entrevistas semi-estruturadas e em profundidade, comuns na abordagem qualitativa, são espaços relacionais privilegiados, onde o pesquisador busca o protagonismo daquele que se propõe a contribuir com a fala. “Será nesse espaço, criado e proposto pelo investigador, que o participante expressará livremente suas opiniões, vivências e emoções, que constituem suas experiências de vida” (MORÉ, 2015, p. 127).

Por acreditar que oportunidades de análise residem nas vivências, dinâmicas e interações, o estudo incorpora ao seu percurso metodológico a abordagem da pesquisa de campo. Como aponta Creswell (2010), é importante que a condução do estudo se pautem pelo foco na aprendizagem do significado que os participantes atribuem ao problema de pesquisa, de forma contextualizada e com postura comprometida na sua problematização. Assim, considera a natureza emergente do projeto ao percebê-lo como um plano inicial, cujas fases podem mudar após a inserção em campo. Nesse caso, o termo “campo” pode ser compreendido como um recorte espacial relativo à abrangência da pesquisa (MINAYO, 1994).

Além disso, apesar dos estudos relativos à Psicodinâmica do Trabalho constituírem um campo de investigação consistente e com ampla literatura publicada, é oportuno salientar um aspecto de caráter prospectivo do estudo em curso.

Primeiramente, cabe destacar que alguns estudos têm se debruçado sobre a atuação profissional nesse setor e os sentidos do trabalho e a saúde dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. Parte deles analisa questões subjetivas em diferentes profissionais dessa política, sem focar exclusivamente no médico, como Soratto et al. (2017) e Lancman et. al. (2009). Há outros, ainda, que focam em médicos desse campo, mas desejam quantificar alguns quadros de adoecimento determinados entre médicos, como Aragão et al. (2014) e Santos (2013).

Além disso, no caso presente, seu caráter de prospecção reside nas possibilidades de investigação a partir de espaços considerados recentes de pesquisa, com especial foco no âmbito das redes sociais e de profissionais de saúde, especialmente, de médicos.

A análise de redes sociais no campo da saúde e até mesmo no bojo da Estratégia Saúde da Família não é nova, como apontam os estudos de Cordeiro (2007), Sampaio et al. (2013) e Andrade e David (2015). Contudo, as análises de tais problemáticas nesses casos envolvem concepções distintas de redes sociais no âmbito da internet. Por isso, investigar essa questão por meio das plataformas como Instagram, Facebook, dentre outras, pode ser compreendido como elementos emergentes e contemporâneos de análise. A esse respeito, França, Rabello e Magnago (2019, p. 112) entendem que “os métodos digitais trazem, ainda, o potencial de identificar as representações sociais da saúde subjacentes ao conteúdo das postagens e aos objetos digitais, juntando análise de conteúdo visual e textual”.

Neste sentido, pode-se indicar que o caráter exploratório se caracteriza por “uma primeira etapa de uma investigação mais ampla. Quando o tema escolhido é bastante genérico, tornam-se necessários seu esclarecimento e delimitação” (GIL, 2008, p. 27). Na perspectiva do autor, este tipo de pesquisa tem como finalidade mapear conceitos, formulando problemas de pesquisa para estudos posteriores.

Assim, estudos como os elaborados por Souza et al (2017) informam que cada vez mais são estabelecidas relações entre aspectos éticos e as expectativas em torno do profissionalismo na área de medicina nos espaços on-line e que ainda carecem de aprofundamentos. Do mesmo modo, a emergência do tema, seja qual for a relação dos profissionais médicos no contexto de atuação on-line, enseja verificar aspectos recentes dos próprios contornos da prática profissional.

Estudos convergentes a esse raciocínio têm sido produzidos no sentido de mapear os limites da prática médica sob esses novos elementos. Isso ocorre em Jain (2009), que observa uma nova forma de estabelecer comportamentos nas mídias sociais:

As questões levantadas pelo acesso à mídia online é semelhante aos problemas que os médicos e as instituições médicas têm enfrentado por gerações. Afinal, os médicos são membros de comunidades na vida real e podem ser observados em público, se comportando de maneiras que são discordantes de suas personas profissionais. Durante a formação médica, a importância de manter distância profissional - por mais que se deseje ter um relacionamento íntimo e significativo com seus pacientes - é ensinado por educadores e

reforçado pelo uso de bips e serviços de pager destinados a proteger os médicos de seus pacientes. O que está diferente sobre a arena online é o tamanho que essas comunidades podem ter e as regras de etiqueta, ainda em evolução. (JAIN, 2009, p. 649-650. Tradução livre nossa.)

Por fim, é interessante identificar uma dimensão própria dos estudos de abordagem qualitativa que optam pela escuta aprofundada dos sujeitos de pesquisa: uma preocupação ética precisa estar no horizonte do pesquisador. Afinal, por meio da fala do sujeito, também comparece sua subjetividade.

Parece haver nesse caso uma preocupação comum entre a investigação acadêmica, a psicanálise (que sustenta a Psicodinâmica do Trabalho) e a Medicina de Família e Comunidade: a instalação de uma ética da palavra (MORÉ, 2015; MARIGUELA, 2009; BALINT, 1988).

A isso, se soma a ponderação de Aceole: “uma anamnese e um exame bem feitos já solucionam a grande maioria dos casos, porque respondíveis à necessidade básica humana de ser ouvido e reconhecido na condição de sujeito portador de singularidades” (2003, p. 109-110).

Esse cuidado ético não é meramente procedimental, redutível a um protocolo ou a um manual. A escuta de um outro, que passa por experiências de sofrimento (um pressuposto para a Psicodinâmica do Trabalho), precisa considerar uma disponibilidade radical diante do sujeito entrevistado. A esse respeito, Moré indica o seguinte:

Considera-se que o pesquisador deve estar preparado para “conter as consequências de trazer à tona uma narrativa de uma história vivida”. Ao citar a mobilização emocional, alude-se ao mundo psíquico do indivíduo, que, quando exposto, pode ter desdobramentos inesperados quanto à sua expressão. (MORÉ, 2015, p. 130)

Essa preocupação não diminui a necessidade de planejamento e atenção procedimental. Quer-se dizer, em vez disso, que o investigador precisa estar atento a fenômenos próprios do campo epistemológico adotado.

### **3.2 Constituindo o percurso metodológico**



Por meio das concepções orientadoras anteriormente anunciadas, é possível esclarecer as decisões tomadas na constituição do percurso metodológico. Assim, a partir dos objetivos pretendidos e a ancoragem teórica a que se filia o estudo, acreditou-se que a interação com os participantes da pesquisa seria privilegiada por meio de entrevistas.

Neste caso, optou-se por entrevistas semiestruturadas, consideradas aqui como aquelas com um único respondente e que não se confundem, portanto, nem com o grupo focal, nem com a observação continuada (GASKELL, 2002). Esse instrumento é especialmente útil quando o objetivo da pesquisa passa por “explorar em profundidade o mundo da vida do indivíduo”, quando o tópico se refere a experiências individuais detalhadas e quando os entrevistados são difíceis de recrutar (GASKELL, 2002, p.78).

Tal recurso de coleta de dados trouxe ao longo da construção do projeto a necessidade de estabelecer critérios de inclusão ou exclusão de sujeitos de pesquisa. Inicialmente, o estudo que possuía como intenção analisar as experiências de sujeitos de pesquisa (médicos vinculados à ESF) foi se mostrando possível, mas ao mesmo tempo, com condições de limitações significativas, especialmente no âmbito da pandemia de covid-19. As necessidades de isolamento social, somadas às intensificações dos trabalhos desses profissionais nas unidades de saúde, em muitos casos colapsadas pela demanda produzida pela pandemia, foi percebida como uma situação de risco significativa.

Nesse caso, a opção pelo desenvolvimento do estudo nas unidades de saúde e no período de atividade profissional foi preterida, não apenas pelas dificuldades impostas pelo cenário, mas especialmente num processo respeitoso com profissionais e pacientes que ainda enfrentam situações muito adversas.

Além disso, em vez de se mostrar um panorama menos privilegiado de análise, as mídias sociais permitem uma elaboração discursiva dos profissionais, que criam personas nas redes sociais (SPADIN; QUINCOSES, 2015). Essa observação pareceu profícua por oferecer dados interessantes, sobretudo se comparados com os relatos das entrevistas. É o que se pretende fazer de forma subsidiária à escuta dos médicos, priorizando temas que

dialoguem com o objetivo desta dissertação e com o aporte teórico da Psicodinâmica do Trabalho.

Por esse somatório de razões, optou-se por entrevistar médicos com atuação nas mídias sociais. A seleção dos entrevistados ocorreu por meio de sondagem a alguns médicos de família e comunidade com páginas no Instagram. Foram critérios de inclusão os seguintes: perfis que somavam uma boa dinâmica de postagens; que contavam com espaço para troca entre o médico e seus seguidores; que ofereciam uma proposta de apresentação e reflexão sobre o papel da Medicina de Família e Comunidade e do médico dessa especialidade; e cujos médicos fossem atuantes na Estratégia de Saúde da Família. Dentre as redes sociais, elegeu-se o Instagram por se entender que permitia encontrar o tipo de interação descrita acima.

A partir da definição de tais critérios, foram selecionados cinco profissionais que possuem a mesma especialidade, conforme será detalhado no capítulo que analisará os resultados. Entende-se que esse recorte é suficiente a partir da seguinte compreensão:

Tendo em vista a idiosincrasia dos processos de constituição dos sujeitos, a pesquisa qualitativa não se legitima pela quantidade de participantes e sim pela qualidade, profundidade, detalhamento e contextualização de seus relatos. Assim, quando se analisam em profundidade os dados em seu conjunto, buscam-se as regularidades temáticas e os significados atribuídos às mesmas. (MORE, 2015, p. 127)

Essa autora entende que o número de entrevistados em uma pesquisa qualitativa deve considerar os seguintes elementos: o referencial teórico, o recorte proposto para atingir o objetivo, a profundidade que se deseja e as características dos sujeitos participantes (MORE, 2015, p. 128)

Assim, procurou-se identificar singularidades entre eles para então fazer o convite de forma a considerar um ambiente mais plural possível, dentro do escopo proposto à dissertação. Acredita-se que isso vá ao encontro do que propõe Gaskell, quando indica que a tarefa da pesquisa qualitativa é compreender o mundo. “A finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas, mas, ao contrário, explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão” (idem, p. 68).

Dessa forma, parte-se do pressuposto nesse tipo de pesquisa que o mundo social é ativamente construído por pessoas, por meio de seu “mundo vivencial”. Assim, por meio da entrevista, o cientista introduz esquemas interpretativos. Os resultados permitirão analisar a relação entre os atores sociais e sua situação, bem como crenças, atitudes, valores, motivações (GASKELL, 2002). Isso vai ao encontro da elaboração de Moré a respeito do “estudo de sensibilização, o qual visa analisar se as questões de uma entrevista em profundidade têm a potencialidade de gerar narrativas em torno de um objetivo principal”. (MORÉ, 2015, p. 128)

### **3.3 Coleta e análise de dados: instrumentos e aportes**

Moré sugere que o primeiro passo para uma entrevista bem-sucedida começa ainda na etapa de planejamento, na construção dos eixos norteadores, que devem considerar o referencial teórico e a revisão de literatura. A metodóloga comenta ainda que é interessante que se tenha nitidez sobre os objetivos gerais e específicos e que cada item seja pensado de forma a atendê-los. (MORÉ, 2015)

Em seguida, a autora pondera que deve haver cuidado em relação à redação e que as questões mais reflexivas, que propõe mais análise e reflexão, sejam inseridas em um contexto de amadurecimento crescente no roteiro-guia:

deverá ter questões que sinalizem para a descrição da experiência como também questões reflexivas ou problematizadoras, sendo que estas últimas deverão ser utilizadas na medida em que a narrativa do participante se desenvolve e para as quais o pesquisador deve estar atento. (MORÉ, 2015, p. 129)

Gaskell enumera alguns cuidados em relação à dinâmica da entrevista que auxiliam na construção de um ambiente capaz de trazer essa crescente complexidade e reflexividade. O autor sugere os seguintes passos: 1. Não aceitar respostas pacificamente, como se fossem óbvias, 2. Sondar mais detalhes do que o entrevistado pode oferecer em uma primeira resposta, 3. Acumular informações para a compreensão, 4. Observar resistências e criar um ambiente favorável para a percepção da cosmovisão do entrevistado, 5.

Organizar um roteiro, com apresentação, agradecimentos e seguir por tópicos-guia, 6. Estar atento à comunicação verbal e não-verbal, priorizando a atenção com o interlocutor (GASKELL, 2002).

Assim, a ideia orientadora buscou a construção de um roteiro que permita ao mesmo tempo provocar a narrativa, abrindo o espaço de discussão, e controlar o diálogo, conduzindo a entrevista por uma rota que interesse às questões de pesquisa. Tal precaução se torna relevante na medida em que amplia as chances de êxito da coleta dos dados, que possuem ao mesmo tempo três dimensões: “a) o processo social de interação interpessoal, b) o processo técnico de coleta de dados e c) o processo instrumental de gravar e/ou registrar a informação” (MOREÉ, 2015, p. 130)

O roteiro de entrevista, presente no apêndice A, procura sintetizar os principais conceitos da seção teórica que apresenta a Psicodinâmica do Trabalho. Os tópicos-guia se propõem a dirigir o diálogo, mas a dinâmica real pode trazer categorias emergentes, que podem ser oriundas da escuta dos outros profissionais entrevistados, da revisão teórica ou da análise do perfil do Instagram desses médicos.

Em relação à análise dos dados coletados, acredita-se que a contribuição da análise de conteúdo seja oportuna para esse caso. Em particular, pode ser interessante criar polos semânticos em torno de conceitos gerais e procurar cadeias de sentido que aglutinem e organizem as falas dos entrevistados (BARDIN, 2011). Com isso, pretende-se observar:

análise das comunicações, que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem as inferências de conhecimentos relativos de condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2004, p. 41).

Nesse sentido, assume-se que o estudo contemplará como categorização a seguinte compreensão:

classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (BARDIN, 1977, p. 117).

Alguns dos elementos verificados a partir do breve contato com os sujeitos de pesquisa, no pré-campo, indicaram a pertinência desta abordagem de análise de dados.

Em relação às categorias dejourianas, elas são indissociáveis e se articulam de modo bastante íntimo. Por isso, optou-se por agrupá-las em quatro eixos principais, que organizarão a escuta dos médicos no momento da análise dos dados:

- Grupo 1: Sentido do trabalho e conteúdo da tarefa;
- Grupo 2: Real do trabalho;
- Grupo 3: Condições de trabalho e organização do trabalho;
- Grupo 4: Coletivo de trabalho, cooperação, espaço público de discussão e reconhecimento.

Para sistematização das informações decupadas das entrevistas e da análise do Instagram, foi usado o software ATLAS.TI. Ele é comumente usado na análise de texto e também pode ser empregado na análise qualitativa de imagens (MENDONÇA; MELO; PADILHA, 2011). É bastante útil porque possui uma série de ferramentas, como a criar categorias, elencar diversos documentos, fazer marcações e orientar o trabalho a partir de marcações visuais nítidas e um manejo intuitivo.

É oportuno indicar ainda que, considerando o campo de estudo, os sujeitos de pesquisa envolvidos e abordagem pretendida para tal, uma proposta de pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética da UTFPR, via Plataforma Brasil. Ela foi devidamente aprovada antes das entrevistas com os participantes, contemplando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com as devidas informações relativas aos critérios de inclusão/exclusão, benefícios, riscos e demais requisitos necessários ao processo de autorização.

## 4. ANÁLISE DE DADOS

### 4.1 Observações preliminares

Inicialmente, esta pesquisa foi pensada para a escuta presencial dos profissionais que atendem na atenção básica. Por isso, os médicos de família e comunidade que se desejava ouvir inicialmente seriam aqueles que trabalham em unidades de saúde ligadas à Estratégia Saúde da Família. Afinal, essa especialidade forma especialistas para a atenção primária, a "base da pirâmide" do SUS.

Algumas questões preliminares se confirmaram em campo. A percepção das prioridades do SUS pode ser descrita em documentos da área e, mais que isso, em estudos que observam a dinâmica dos atores que constroem as políticas públicas de saúde no Brasil. Um exemplo disso é a análise de Borges e Baptista (2010), que se preocupou em problematizar o discurso dos gestores nacionais, como ministros da saúde, que desde 1990 declaram que a atenção básica é uma prioridade. Esse período foi marcado pela estruturação do sistema de saúde público brasileiro com as características que tem hoje - universalidade, gratuidade e integralidade -, para as quais a atenção primária e em particular a Estratégia de Saúde da Família contribuem de modo muito central.

É verdade que as próprias autoras concluem que há uma distância perceptível entre a prioridade retórica que essa construção ganha segundo os atores envolvidos e as condições práticas que as políticas de atenção básica ganham em sua implementação prática. Mas, para os objetivos desta investigação, isso não é um problema. A Psicodinâmica do Trabalho elabora justamente as relações que se estabelecem entre a prescrição e o real. Por isso, mesmo com tensionamentos no modo como essa prioridade se estabelece, a atenção primária continua sendo um objeto de estudo interessante.

A escolha desse objeto de estudo se deu em meio à emergência da Covid-19. E também isso não diminuiu a importância de olhar para os médicos de família e comunidade, especialistas no cuidado na atenção primária. Em grande medida, porque eles tiveram uma atuação central. Mesmo que os cuidados hospitalares tenham sido muito demandados, ainda em 2020 alguns pesquisadores já se atentavam ao cuidado que a atenção primária em saúde cumpriu no enfrentamento à pandemia causada pelo Sars-CoV-2. De acordo com Giovanella et al (2020, p. 2), "a Estratégia Saúde da Família (ESF), com suas equipes multiprofissionais e enfoque comunitário e territorial, tem potencial para atuar na abordagem comunitária necessária ao enfrentamento da epidemia". Isso se daria sobretudo a partir de quatro campos da atenção primária à Saúde no SUS: vigilância em saúde, cuidado individual dos casos de Covid-19, ação comunitária de apoio a grupos vulneráveis no território e continuidade dos cuidados rotineiros da atenção básica (GIOVANELLA et al, 2020).

Não se desconsiderou, portanto, os objetos e a abordagem inicialmente alinhados. Em vez disso, houve uma mudança no recorte de pesquisa: em vez de ir a uma unidade de saúde ligada à Estratégia de Saúde da Família, optou-se por procurar médicos de família e comunidade que alimentavam canais no Instagram para falar de seu trabalho. E aqui surgiu um ponto profícuo para a análise. A impressão que se tinha inicialmente é que, nesses espaços, seriam encontrados médicos do SUS e, em particular, da ESF, o que de fato mudaria apenas o caminho a ser feito para ouvir os profissionais; mas o que se percebeu na prática de campo é que os sujeitos encontrados foram diversos. O universo dos médicos de família e comunidade demonstrou uma heterogeneidade muito maior que a percepção inicial. Esse foi um aprendizado que emergiu no trajeto de pesquisa adaptado diante de circunstâncias severas: até o fim de junho de 2022, a pandemia já havia produzido mais de 670 mil vítimas fatais apenas no Brasil, segundo o Painel Controle Covid-19 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022).

Um exemplo prático dessa mudança de abordagem foi o título 2.3 desta dissertação. Se hoje ele se apresenta como "O trabalho do médico de família e comunidade" e conta com quatro subdivisões para os horizontes profissionais mais comuns a esse especialista, até o período da qualificação do

trabalho - ou seja, antes de ir a campo e visualizar a realidade tal como ela demonstrou ser -, ele se chamava "Estratégia de Saúde da Família: o lugar do Médico de Família e Comunidade na atenção primária da saúde pública brasileira".

Os dados coletados com cinco médicos de família e comunidade demonstraram trajetórias profissionais mais diversas do que se pressupunha encontrar, capazes de demonstrar a dinâmica da carreira médica nessa especialidade. Um exemplo da emergência de relações não esperadas foi a "morfologia" do trabalho médico, nos termos propostos por Ricardo Antunes. A pandemia afetou significativamente o setor e acelerou processos que já estavam em andamento, seja na constituição de novos campos de trabalho, como a telemedicina, seja na precarização que essas fronteiras podem significar. Não é proposta deste trabalho avançar na análise dessas relações de trabalho com a proposta de Antunes, mas não deixa de chamar atenção como um movimento mais geral de precarização do trabalho afeta também a categoria médica e como, portanto, é conveniente olhar para as relações desses trabalhadores com cuidado, mesmo que não estejam entre as mais precarizadas da classe trabalhadora brasileira.

A esse respeito, parece ser oportuno adiantar alguns dos elementos citados pelos entrevistados, como metas de trabalho em telemedicina de atendimento de oito pacientes por hora (7 minutos e 30 segundos por consulta) e redução salarial, possível pela pejetização, com pagamentos de R\$ 12,00, após descontos em um plano de saúde reconhecido como de qualidade. A esse respeito, o médico escutado comentou: "Quando a gente reclamou, eles falaram: ah, mas se vocês começarem a atender e forem oito pacientes por hora, vocês chegam no valor antigo que a gente estava pagando".

Assim, não se pode deixar de perceber um movimento no mundo do trabalho que responde como um projeto de longo prazo: ainda em 2008, Antunes observou que o resultado da reestruturação de setores produtivos, inclusive o da saúde passa pelos seguintes pontos:

O resultado parece evidente: intensificam-se as formas de extração de trabalho, ampliam-se as terceirizações, as noções de tempo e de espaço também foram metamorfoseadas e tudo isso muda muito o modo do capital produzir as mercadorias, sejam elas materiais ou imateriais, corpóreas ou simbólicas. Onde havia uma empresa



concentrada pode-se substituí-la por várias pequenas unidades interligadas pela rede, com número muito mais reduzido de trabalhadores e produzindo muitas vezes mais. Afloram o trabalho da telemática, o trabalho conectado em rede, o trabalho em casa, etc., com as mais distintas formas de precarização (ANTUNES, 2008, p. 21-22).

Relatos como esse, que revelam um trabalho real distante da percepção média sobre o trabalho médico, quebraram a impressão inicial que havia sobre o campo e, de algum modo, deram vida própria à pesquisa. Chegar ao fim do percurso surpreendido pelo que a realidade demonstrou é de certo modo uma sinalização importante de aprendizado, já que foi possível dar um salto de qualidade em relação ao que a teoria inicialmente pode apresentar (e ela é fundamental) para então conhecer o objeto com mais desprendimento e abertura para ser "vencido" pelo real.

Isso só foi possível graças à disposição dos cinco médicos de família e comunidade ouvidos neste trabalho, que relataram em entrevistas semiestruturadas uma série de cenários, bastante diversos entre si. Nesse sentido, o roteiro proposto no momento da qualificação, que partiu das principais categorias dejourianas, demonstrou ter condição para destrinchar e interpretar a realidade de trabalho que cada um deles vivencia.

Houve uma preocupação inicial em relação ao tamanho do questionário (apêndice A), enunciada inclusive pela banca de qualificação. Mas, por conta da lógica semiestruturada, houve uma dinâmica equilibrada no momento das entrevistas: se os médicos responderam as questões espontaneamente (e isso ocorreu com frequência, já que elas eram bastante interligadas), então esse ponto era tido como superado e não se voltava a ele, salvo em um eventual pedido de detalhamento. Também porque eram interligadas, foi comum que um mesmo trecho sirva para a mobilização de mais de uma das categorias de análise, o que é percebido um mérito do corpo teórico, já que permitiu o entrelaçamento delas.

De certo modo, os conceitos são de tal modo entrelaçados e mobilizados no real pelos sujeitos escutados que houve dificuldade em separá-los um a um, para apresentar os resultados a partir deles, como se pretendeu inicialmente. Não é possível falar em condições de trabalho, por exemplo, sem falar em inteligência astuciosa, ou coletivo de trabalho, ou outros eixos afins.

Por isso, em vez de listar os resultados conceito a conceito, optou-se por outra estratégia: fazer emergir os conteúdos que sintetizam sentidos do trabalho para os médicos de família e comunidade escutados e então, a partir desses núcleos, mobilizar o corpo teórico adotado como referência.

Analisar os dados coletados à luz da Psicodinâmica do Trabalho significa procurar sentidos que sustentem as relações de trabalho a partir do quadro de significados que cada sujeito constrói ao longo de sua trajetória profissional:

Trata-se da questão da produção da significação, do sentido do trabalho pelos indivíduos. Isso implica, para o pesquisador, a difícil tarefa de aceder ao sentido das condutas e comportamentos dos sujeitos no trabalho, compartilhar a significação que estes atribuem às suas ações. (...)

Ora, a Psicodinâmica do Trabalho, ao tentar entender a ação de um determinado sujeito em um contexto determinado de trabalho, sabe que todo comportamento é motivado, tem um sentido. Se uma certa conduta é insólita, isso se deve ao sofrimento subjetivo e às estratégias defensivas contra esse sofrimento. (Lancman; Uchida, 2003, p. 86)

Acreditam-se que isso demonstrou ser possível e que a seleção dos entrevistados auxiliou nos alcances do objetivo do trabalho, que era ouvir médicos que apresentassem sua realidade de trabalho, os sentidos que empregam a ele e permitir compreender a dinâmica do campo. Por meio da fala desses profissionais, foi possível colocar em movimento as categorias teóricas e a literatura do campo ligado à Medicina de Família e Comunidade.

Os cinco médicos de família e comunidade entrevistados serão denominados de MFC1, MFC2, MFC3, MFC4 e MFC5, de modo a preservar sua identidade.

No caso dos quatro primeiros profissionais (MFC1 a MFC4), a escuta ocorreu por meio de entrevistas online. Elas somaram aproximadamente seis horas de interação, com uma média de 90 minutos cada, feitas por Google Meet. Após isso, foi usada a versão paga inicial de um software para a transcrição das entrevistas, chamado Transkriptor. Ele se revelou bastante útil e eficiente, com bom grau de confiabilidade. Foram feitos poucos ajustes em relação material transcrito.

O médico MFC 5, por sua vez, foi escolhido por dar corpo a outro perfil de médico de família e comunidade, conforme será apresentado. Ele não

dispôs de tempo para uma entrevista por Google Meet, então foram enviadas dez questões para serem respondidas de modo assíncrono, do modo como o profissional se sentisse mais à vontade. As respostas foram enviadas por ele via áudio de Instagram. As questões constam no Apêndice B, ao fim do trabalho.

Cabe fazer agora apresentação do perfil geral dos sujeitos ouvidos na pesquisa, para situar a apresentação do conteúdo das entrevistas e compreender os diferentes pontos que emergirão.

Quadro 1 – Apresentação dos sujeitos de pesquisa

Médico	Apresentação
MFC1	Trata-se de uma médica jovem, como os demais, com a residência finalizada há alguns meses. Hoje, ela atua como preceptora de novos residentes em Medicina de Família e Comunidade em uma cidade pequena e é professora universitária, além de fazer alguns atendimentos particulares.
MFC2	É médica de família e comunidade há vários anos. Atua em uma unidade de saúde ligada à Estratégia de Saúde da Família, com foco no atendimento da população rural. Também faz atendimentos particulares.
MFC3	Atuou como médica de família e comunidade na saúde suplementar (planos de saúde tradicionais) até recentemente, quando assumiu um concurso em uma unidade de saúde básica, não ligada à Estratégia de Saúde da Família.
MFC4	Atende como médico de família e comunidade em uma startup de saúde, cujo modelo de negócio se propõe a ser uma nova proposta na saúde suplementar.
MFC5	Trabalha como médico de família e comunidade de modo particular. Em vez de receber pacientes no seu consultório, atende por meio de visitas domiciliares.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

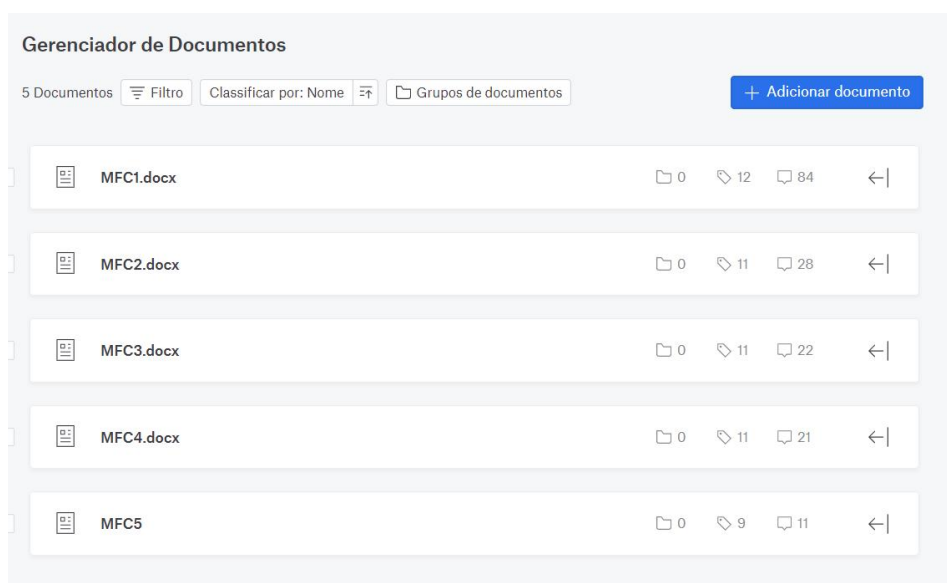
Por fim, é importante ressaltar alguns pontos do software Atlas.ti, que demonstrou ser bastante útil para a análise dos excertos. Foi usada a versão online, pelo navegador Google Chrome, por meio da licença estudantil paga por período mensal. Dentre as opções disponíveis, o uso desse recurso contou com as funcionalidades: gerenciador de documentos, gerenciador de códigos e relatórios. Nas etapas de transcrição e categorização, foram usadas principalmente as duas primeiras; e, nesta etapa de análise, serão incluídos

alguns relatórios que permitirão visualizar elementos interessantes para o trabalho.

O gerenciador de documentos, que permite a criação e a sistematização de diversos documentos a serem trabalhados. Foram incluídos cinco documentos com as transcrições, marcadas com doze categorias cadastradas após a leitura das entrevistas. Essas categorias correspondem aos principais conceitos dejourianos que davam sustentação às questões das entrevistas. Eles sofreram ajustes sutis para dialogar de modo mais dinâmico com o corpo das transcrições.

A primeira tela do gerenciador de documentos permite visualizá-los, reposicioná-los e antever o número de categorias utilizadas, bem como o número de excertos do texto que receberam classificação a partir delas:

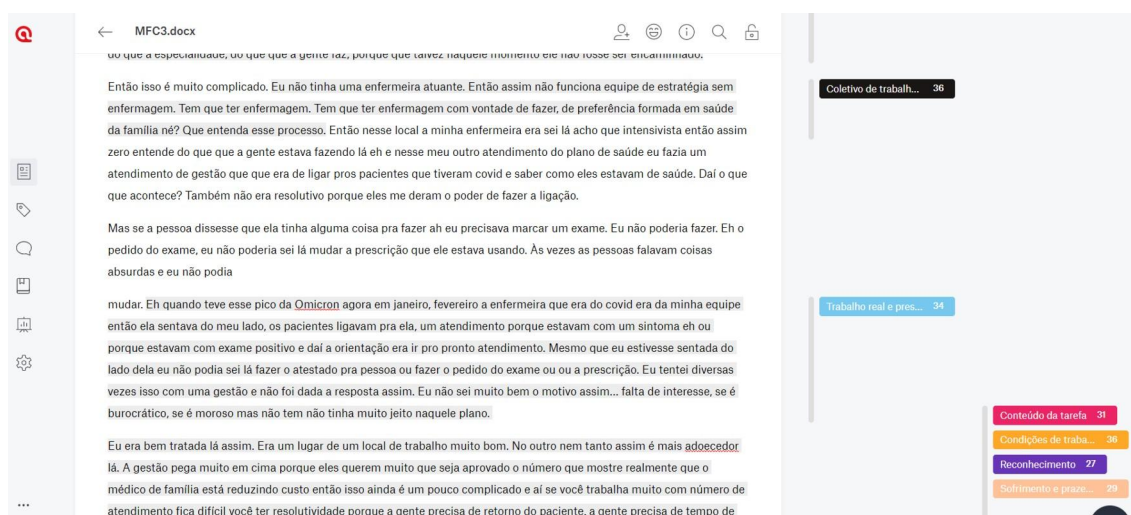
Figura 1 – Painel de documentos do Atlas.ti



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

E, ao clicar em uma das transcrições, é possível acessá-las e categorizá-las:

Figura 2 - Edição de documentos no Atlas.ti



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

O gerenciador de códigos, por sua vez, permite inserir, editar e visualizar os códigos. É possível também verificar a recorrência deles nas transcrições. Por exemplo: temas ligados à segurança e higiene foram citados apenas sete vezes, a passo que houve 51 menções para assuntos de organização de trabalho e 54 para sentidos do trabalho.

Figura 3 - Categorias para edição no Atlas.ti

Coletivo de trabalho, cooperação e espaço público de discussão	0	35	←
Condições de trabalho	0	36	←
Conteúdo da tarefa	0	31	←
Ergonomia	0	11	←
Inteligência astuciosa	0	29	←
Organização do trabalho	0	51	←
Reconhecimento	0	27	←
Segurança e higiene	0	7	←
Sentido do trabalho	0	54	←

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

É possível ainda, como uma terceira opção, visualizar alguns relatórios. Eles são interessantes para dimensionar a distribuição de citações, por exemplo, e entender o peso que cada categoria teve na escuta dos médicos de família e comunidade.

Figura 4 - Categorias mais presentes na fala dos sujeitos de pesquisa



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Feitas essas observações iniciais, iremos agora apresentar o que os médicos de família e comunidade narraram sobre seus trabalhos a partir das categorias mobilizadas nas perguntas.

## 4.2 Análise das entrevistas a partir das categorias da Psicodinâmica do Trabalho

### 4.2.1 A escolha pela Medicina de Família e Comunidade: sentido do trabalho e conteúdo da tarefa

Em termos dejourianos, uma das perguntas que mais se aproxima do sentido do trabalho é: por que optar por Medicina de Família e Comunidade? Essa pergunta é central na medida em que, sob certo aspecto, é aí que começa o processo de construção sobre o trabalho prescrito, ou aquilo que se imagina sobre esse trabalho (DEJOURS, 1992).

Ao se considerar a dinâmica do campo médico, compreender o caminho que levou os profissionais até à especialidade é importante porque “a escolha da especialidade define a carreira profissional de um médico” (CORSI et al., 2018, p. 213). As áreas clínica e cirúrgica, por exemplo, são caminhos diferentes e que impactam o real do trabalho médico. Desse modo, o conteúdo da tarefa parece ter uma relação bastante próxima com o sentido do trabalho que cada trabalhador constrói para sua atividade (DEJOURS, 1992).

Corsi et al. (2018) conduziram um estudo com mais de 400 residentes para identificar os motivos pelos quais decidiram por suas especialidades. A conclusão foi que as motivações mais frequentes na tomada de decisão dos profissionais foram qualidade de vida, retorno financeiro e influências de terceiros (CORSI et al., 2018).

No caso da Medicina de Família e Comunidade, isso é relevante por uma série de fatores: não se trata da opção mais comum, a julgar pela carência de profissionais com residência na área; não se trata de uma área privilegiada no modelo de educação biomédica, conforme apresentado em seções anteriores; a especialidade não é conhecida por remunerar especialmente bem; e também não lidera as referências no imaginário popular sobre a medicina (MEIMARIDIS, 2018). Mais que isso, por mais de uma vez os entrevistados citaram que o termo “médico de postinho” ainda é algo pejorativo para a percepção média de pacientes e também de colegas médicos. Então, por que optar pela área? E por que os médicos de família e comunidade continuam a dizer: “sim, somos médicos de postinho, com orgulho”?

Uma primeira sinalização poderia se referir a um fenômeno tipicamente dejouriano: as ideologias defensivas. Elas se aplicam quando, na ausência de elementos capazes de serem mobilizados pelo trabalhador para transformar os pontos de origem de sofrimento, são negadas. E, nessa construção, passam a ser reconstituídas de modo a ocultar o nó da questão (DEJOURS, 1992). Mas esse não parece ser o caso, já que os médicos de família e comunidade não

tergiversam sobre o assunto, nem criam uma estrutura narrativa que faça contornos em relação ao tema.

Outra abordagem aponta para o papel do idealismo: alguns dados da literatura indicam que ele é um dos componentes da escolha pela Medicina de Família e Comunidade, a exemplo do que diz Mello et al (2008). Os autores entendem que, para atender a demanda crescente de médicos especialistas em atenção básica, é preciso superar o idealismo: “parece fundamental desvelar os sentimentos, motivações e expectativas pessoais e profissionais do médico de família no Brasil, de maneira que esta especialidade consiga exercer um poder de atração que supere o ‘idealismo’ e a ‘militância’” (MELLO et al., 2008).

Isso vai ao encontro do que diz Castro (2012), pesquisador das Ilhas Canárias, que observa a dificuldade de valorizar os médicos de família e comunidade em um contexto internacional:

Desde hace años se habla del déficit de médicos en determinadas especialidades. Entre estas especialidades deficitarias siempre figura la de medicina familiar y comunitaria que, de manera paradójica, es relativamente poco demandada por los egresados de nuestras facultades. Es posible que comentarios peyorativos que escuchan nuestros estudiantes en los centros formativos en relación a esta disciplina formen parte del currículo oculto, lo que junto con el prestigio actual de la tecnología, las expectativas de realización y mejora profesional y de las condiciones laborales, así como la posibilidad de ejercicio de la medicina privada, explican parcialmente esta situación (CASTRO, 2012, p. 20).

Os elementos apresentados por Corsi et al. (2018), Mello et al. (2008) e por Castro (2012) apontam para questões importantes relativas à escolha pela especialidade, que tratam do conteúdo da tarefa e das possibilidades de construir sentidos a partir dos tensionamentos entre o trabalho ou a formação prescrita e a real.

Ao problematizar a partir dos dados coletados nas entrevistas, a entrevistada que dispôs de mais tempo foi a MFC1. Ela relatou que a Medicina de Família e Comunidade é o campo médico que faz sentido para ela (“é ser potência, sabe?”), apesar das dificuldades vividas no período de sua residência. Segundo ela, sua formação não gerou apenas uma profissional, mas também teve repercussão na vida pessoal:



“Eu sei da potência da medicina de família e comunidade, que junto a isso eu aprendi a potência que eu como indivíduo tenho também” (MFC1).

A médica exemplifica:

Tem uma coisa simbólica, e eu sou meio assim da simbolização: em dois mil e dezenove eu ganhei de presente um colar de uma da minha prima. Eu sei a data que eu ganhei isso porque foi no dia que eu fiz a prova, uma das provas de residência, um dia depois do meu aniversário, então eu comemorei meu aniversário depois. Dia dezessete de novembro de dois mil e dezenove e eu olhei e pensei: nossa, esse colar é a minha cara! Mas eu não usava ele. Eu deixei ele guardado. E ontem, especificamente, eu usei esse colar, sabe? Eu já usei ele algumas vezes, então, ontem foi um desses dias. (...) Agora eu uso o colar. Então eu acho que veio a autenticidade de ser quem eu sou hoje. Eu consegui construir muito com a residência, a partir do momento que eu entendi qual era minha função social no mundo. Então hoje eu entendo que isso faz parte da minha função. Isso tem muito a ver com, com a forma que eu existo. E o que faz sentido pra mim. Então isso mudou completamente quem eu sou, sabe? É, não me mudou, na verdade eu consegui ser eu (MFC1).

Essa perspectiva de criação simbólica aparece, por exemplo, em uma crônica chamada Boca Amarga, escrita pela MFC1 em um concurso cultural de um encontro de Medicina de Família e Comunidade. E esse espaço de escritora é uma das formas como ela se apresenta no Instagram:

Aqui, “consultório médico” é muito amplo! Mulher cis, lésbica, gorda e defensora do SUS. Nasci em XXXX e moro hoje na minha sétima cidade (todas no estado Y)! Frequentadora assídua de cursos online, mãe de planta, escritora de causos e crônicas. É essa a perspectiva que trago aqui! (MFC1).

A crônica Boca Amarga apresenta o seguinte relato sobre sua experiência em queixas difusas, cuja escuta exigiria uma atenção não dispensada pelo modelo biomédico de atendimento:

Ah, a boca amarga. Comum e inespecífica. Não passa uma semana sem alguém com essa queixa. A primeira vez que acompanhei uma consulta sobre o assunto, eu estava no quarto período da faculdade. A paciente era uma senhora e o médico era jovem e cubano. Ele explicou para ela algo que eu nunca esqueci "primeiro a gente pensa no simples - remédio, água, higiene - e depois vai para o complexo, que no caso dela estamos trabalhando agora com as questões da mente". Questões da mente. Isso me marcou. De lá para cá vi muitas senhoras com essa queixa e com um perfil de paciente muito semelhante, em busca de uma solução para a amargura do engolir. As investigações diagnósticas são amplas.

Refluxo? Saúde bucal? Cigarro? Tricíclico? Cirrose? Questões da mente? E o mais recente: Covid?

Ouso dizer que acho tudo muito simbólico, sempre achei poético. E não há motivo isolado, importante dizer. A queixa da boca amarga nunca vem sozinha. Ela traz a história do marido abusivo, vem com a preocupação com o filho que desviou do caminho, a angústia com o desemprego. As bocas amargas contam as histórias amargas.

Uma vez uma senhora me respondeu que tomou na vida muito café forte para dar conta de tudo que ela tinha que fazer e depois que o marido morreu ela sente que tem café na boca dela o dia todo - "margano". Os problemas sociais vêm acompanhando a demanda. E contam muita história! A "gastrite nervosa" da mãe solo de cinco filhos, a falta de acesso a cuidados de higiene do trabalhador, o antidepressivo da idosa que apanha do esposo, o fígado sobrecarregado da chefe de família desempregada, a funcionária que não consegue se aposentar e passa os dias com lombalgia. A pandemia.

A amargura é sintoma físico e social. Não há saúde com boca amarga. A amargura que o coração sente. A amargura que a coluna grita. A amargura que o corpo treme. A amargura que, com a boca, pede socorro (MFC1).

Chama a atenção o fato de que compreender a boca como uma estrutura dupla, que articula processos fisiológicos e outros, de significação não-biomédica, vai ao encontro do que diz o próprio Dejours (2019c): haveria em nós dois corpos, um biológico e um erótico. Assim, a MFC1 se aproxima da compreensão de que “não seriam apenas conceitos, mas corresponderiam perfeitamente a duas realidades distintas” (DEJOURS, 2019c, p. 12).

Além disso, é digno de consideração que, ao valorizar o contato com os pacientes e com os significados dos encontros, a médica parece se identificar com a variável qualidade de vida, identificada por Corsi et al. (2018) como um fator importante na escolha da especialidade:

Gente, eu não trocaria, eu não trocaria, eu vivo hoje de uma vida confortável, lógico, né? Reconheço isso, mas não é luxuosa, sabe? Eu tenho fins de semana livres, eu durmo à noite todos os dias em casa, né? Eu almoço em casa, eu tenho horário de almoço (...) e eu tenho tempo de estudar, quase todos os dias eu sento pra ler alguma coisa. Então eu pra pra eu prefiro viver assim do que viver com muito, trabalhando muito e atendendo as pessoas em três minutos. Porque pra mim não faz sentido (MFC1).

A partir do comentário pode-se perceber como o conteúdo da tarefa e o sentido do trabalho estão intimamente ligados para a MFC1. Mais à frente, ela afirma:

“Algumas pessoas acham que a forma que eu vejo a medicina de família é muito romantizada. Eu já me questionei isso, eu acho que é a forma que eu consegui pra lidar com tudo que eu tenho que lidar” (MFC1).

Em seu site pessoal, disponível na “bio” do Instagram, a MFC1 apresenta o seguinte conteúdo:

Figura 5 - Site da MFC1

## A medicina que eu acredito

Eu acredito no cuidado, no acompanhamento ao longo do tempo e na integralidade. Acredito que cada pessoa é única e que a saúde deve considerar todos os aspectos presentes na vida para a abordagem correta.

Eu acredito que todo mundo merece ter uma Médica de Família e Comunidade para chamar de sua! Que é preciso pensar em saúde de uma forma ampliada e focada na qualidade de vida.

Acredito que a prevenção de doenças e a promoção à saúde devem ser o foco do cuidado nos seus diferentes níveis: prevenção primária, secundária, terciária, quaternária e quinquenária. E que as decisões devem ser compartilhadas.

Eu acredito na educação em saúde e que a maior especialista sobre si mesma é a própria pessoa. Acredito na prática centrada na pessoa e na saúde humanizada, multiprofissional, coordenada e sem pressa!

Eu acredito no cuidado, no contato e na comunicação!

## OS PILARES DA MINHA PRÁTICA

Feminismo

Antirracismo

Anti-gordofobia

Transinclusividade

Anticapitalismo

Centralidade na pessoa

Defesa do SUS

## O que é Medicina de Família e Comunidade?

É uma Especialidade Médica, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina. Tem como principal local de atuação a Atenção Primária à Saúde, que é a principal porta de entrada da pessoa para os serviços de saúde. Atende todas as pessoas, independente da idade, do gênero, da orientação sexual, da raça e da classe social.

O principal diferencial é o acompanhamento ao longo do tempo de pessoas, famílias e territórios, somado à abordagem integral das indivíduos. Ninguém é somente uma parte do corpo, todas as pessoas são inteiras e todas as questões relativas à saúde estão relacionadas. Portanto, é uma especialidade em coordenar cuidado!

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

É possível perceber como há um esforço da MFC1 em trazer seus valores pessoais ao exercício da Medicina de Família e Comunidade e, assim, entender a fala “eu consegui ser eu”. Também por isso, é interessante entender como ela não separa os espaços público e privado, a começar pelo seu Instagram:

Figura 6 - Story do Instagram da MFC1



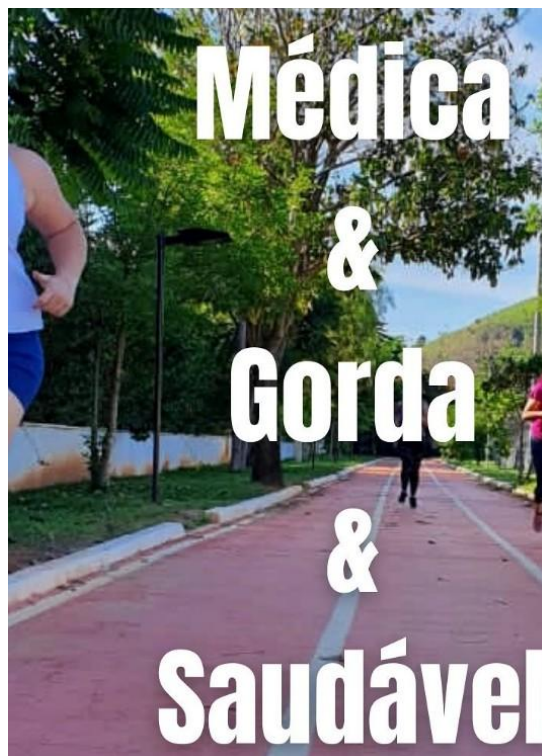
Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

A MFC2 elabora sua escolha pela Medicina de Família e Comunidade em termos semelhantes, também recuperando o conteúdo da tarefa em diálogo com o sentido do trabalho:

Se for pra falar bem num apanhado geral, acho que pra mim ser médica de família e comunidade é remar contra a maré de uma medicina que se tornou muito tecnicista e pouco centrada na pessoa, sabe? Isso eu acho que é o mais presente do dia a dia. Muito pessoalmente a minha escolha em ser médica de família foi conciliar o que eu gosto na medicina, que é gostar de me conectar com pessoas, de escutar histórias, de criar vínculo, né? E isso tudo é o que a longitudinalidade que a medicina de família proporciona. Esse vínculo, foi isso que eu busquei na medicina, me conectar com pessoas (MFC2).

Ao seu modo, a MFC2 opera um movimento semelhante ao que a MFC1, que procura trazer sua vida privada para o Instagram e discutir como ela é ressignificada por meio do trabalho. Isso ocorre, por exemplo, no seguinte post, em que ela se apresenta fazendo exercícios no primeiro plano, à esquerda da foto, e acrescenta na imagem: “médica & gorda & saudável”. Isso é interessante porque, tal como ocorre com a MFC1, que também é obesa e se diz antigordofóbica. Este é o post da MFC2:

Figura 7 - Post do Instagram da MFC2



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Mas, enquanto a profissional anterior diz que sua página profissional tem muito de pessoal, a MFC2 mescla isso com outra abordagem: ora apresenta aspectos da sua vida pessoal, ora estabelece que ela não é “médica de Instagram”, pois tem mais facetas do que o aquilo que posta. Isso transparece neste post:

Figura 8 - Post do Instagram da MFC2



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Nesse post, há a seguinte legenda que ajuda a entender o modo como a MFC2 enxerga a relação médico-paciente virtual e presencial, sobretudo quando convivem:

Eu sabia que esse dia chegaria: “você é simpática aqui mas no atendimento foi grossa comigo, que hipocrisia”.

Não é hipocrisia, é humanidade mesmo. Por traz, na verdade junto, talvez na frente, da Médica de Família existe a Fulana.

Uma pessoa que tem momentos bons e ruins, pontos fortes e pontos a serem melhorados. Não é todo atendimento que eu consigo fazer o que acho ideal, não é sempre eu controlo meus ímpetos, como qualquer outra pessoa, não é sempre que estou “em um bom dia”. E o que acontece é que a maioria das pessoas que chega até mim não está num bom dia, está com alguma fragilidade de saúde, em qualquer aspecto que seja, meu papel é acolher e direcionar mas às vezes eu falho.

Eu tenho ser muito verdadeira nas redes, falar dos meus sentimentos, dos desafios e incertezas da profissão, mas não se iluda. Eu não trago pra cá todas as minhas fragilidades. Eu apareço aqui na grande maioria das vezes quando tenho uma inspiração positiva, quando estou animada para falar sobre algum assunto. No mais, nos momentos desafiadores, eu me recolho, brigo com minha auto estima e inevitavelmente fico menos receptiva. Sou uma pessoa, em constate evolução.

Não se iluda com o cabelo bonito da foto, a luz boa, os textos centrados e bem escritos. Tem dias que não é essa Fulana, Médica, que se apresenta para o mundo. E tá tudo bem. Eu erro e você também (MFC2).

Para ela, portanto, a humanização da sua vida profissional é ir ao encontro do real do trabalho, em sua dimensão eminentemente humana. E isso não é oposto, para ela, a ter proximidade com o paciente. A esse respeito, ela indica no Instagram que hoje trabalha na cidade onde cresceu.

“Aqui todo mundo me chama pelo nome”; “eu me encontrei como médica e como pessoa” (MFC2).

E, em sua apresentação no Instagram, ela afirma:

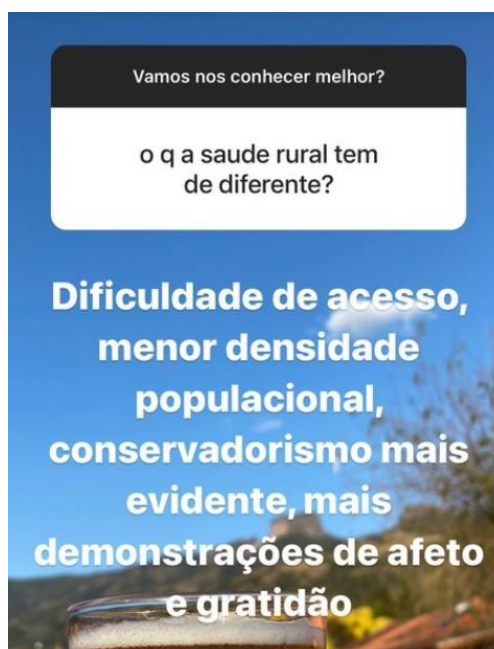
“Médica de família e comunidade vivendo no interior, trabalhando na roça, atendendo também no consultório particular e defendendo o SUS” (MFC2).

Também aparece no relato dela a qualidade de vida como motivação para esse perfil de trabalho.

“A gente consegue escolher bem o nosso horário: segunda a sexta, de oito a cinco, ou de nove às dezenove, enfim. E eu sempre pensei muito em construir família, em me dedicar muito pra minha família, em ter filhos” (MFC2).

Essa soma de vínculo com pacientes da região rural e um ritmo menos acelerado foi abordada em alguns momentos, como aqui:

Figura 9 - Story do instagram da MFC2



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

No seu Instagram, em um destaque chamado “Rotina”, ela comenta que não trabalha no fim de semana, salvo como referência para eventuais deslocamentos de ambulância para outras cidades em casos de urgência e emergência. E que esse é um dos motivos pelo qual escolheu a Medicina de Família e Comunidade.

“Eu tenho meu final de semana livre, e eu acho isso muito bom”.

A MFC3 e o MFC4 foram mais sucintos sobre o tema. A primeira aborda duas questões interessantes para o sentido do seu trabalho: a relação médico-paciente, e o público a que o trabalho se destina.

Eu gosto muito de conversar com as pessoas. Eu até gostaria de movimentar mais o Instagram, principalmente com coisas que envolvessem medicina de família ou que envolvessem mais do que eu faço assim pras pessoas entenderem porque vai muito disso. Assim, as pessoas não vão ao médico de família também por falta de informação, falta de conhecimento, então eu gostaria de explicar mais sobre isso, de que as pessoas realmente entendessem os benefícios de você ter um bom médico de família te acompanhando, de talvez, sei lá, você não usar antibiótico toda vez que está com uma dor de garganta. Aqui no Brasil a gente tem um peso muito forte pro médico, né? Então vejo que as pessoas levam muito em consideração. Você vai nesses grupos aí de Facebook, um grupo qualquer, alguém tira



uma dúvida de saúde e sempre tem um comentário assim: ah, mas se o médico falou eu tenho que fazer, né? Tipo, não, né? Não! (MFC3)

Sobre o público que seu trabalho atinge, a MFC3 relata gostar mais de atender comunidades pobres:

“comunidade mesmo, assim nesse sentido, o que a gente chamava de favela e agora é comunidade. Eu me sinto mais realizada quando eu estou mais próxima dessas pessoas que não têm condições financeiras favoráveis” (MFC3).

Diferente das duas profissionais anteriores, a MFC3 relata que não escolheu a especialidade, mas “foi escolhida”. Ela pensava em trabalhar como reumatologista e começou a clinicar como médica generalista na atenção básica de modo provisório após finalizar a graduação. Foi então, trabalhando na Estratégia de Saúde da Família, que optou pelo campo médico, mesmo que sua impressão sobre a área fosse marcada por preconceitos próprios da formação médica padrão sobre uma especialidade dedicada à atenção primária.

“Por conta desse preconceito, da imagem que é passado pra gente assim, eu tive que ficar trabalhando, entender como que funciona a medicina de família, para que então eu fosse escolhida pela especialidade”.

Hoje, ela apresenta seu trabalho de modo bastante próximo ao que os demais médicos de família e comunidade ouvidos no processo desta dissertação: em termos não-biomédicos.

Cada um de nós tem uma história para contar e ela diz muito, infinitamente mais do que um check up. Os exames não são inimigos, mas recursos que dever ser utilizados com cautela - são onerosos para o sistema de saúde e não fazem sentido para todas as pessoas. O que você come e por quê? Como dorme e com quem? Do quem você sente saudade? Aonde você mora? Você trabalha, tem fé, tem quais medos?

Tudo isso é sobre saúde. Tudo isso é da minha conta. Somos seres sociais e não podemos ignorar - adoecemos, muitas vezes, por causa de onde estamos inseridos. Adoecemos, independente de onde estamos inseridos.

Alguém irá cuidar de nós - nós iremos cuidar de alguém.

Eu cuidarei - e te ajudarei a cuidar (MFC3).

Esse trecho ajuda a entender o sentido que a medicina ganha para a MFC3 e o motivo pelo qual ela se reconheceu como médica de família e comunidade, ao começar a clinicar na atenção básica.

Sobre ser médico de família e comunidade, o MFC4 relata a seguinte compreensão:

Ser médico de família é entender a inserção de pessoas tanto na sociedade quanto na família. É entender ela de uma maneira inteira né? E com suas complexidade individuais, e que variam desde saúde física mesmo, genética, até questões emocionais, mentais, socioambientais. E conseguir de fato encaixar tudo isso num modelo de cuidado que enxerga tudo isso e que valoriza a pessoa pelo indivíduo que ela é. Eu acho que isso é a medicina de família pra mim (MFC4).

Filho de médicos, ele pensou ao longo da graduação em ser cirurgião cardíaco e neurocirurgião. Mas ele relata que isso mudou quando fez um intercâmbio no Canadá, em que ele não tinha contato com pacientes (que estavam em estado muito grave) e que consumia mais de doze horas diárias de trabalho. Após passar por um processo de estafa mental significativa, e por gostar de diversos campos de trabalho clínico, optou pela Medicina de Família e Comunidade. Em um story, ele diz: “foi na MFC que aprendi que me desenvolvi como pessoa e como médico. E aquele médico que eu realmente queria ser”:

Figura 10 - Story do Instagram do MFC4

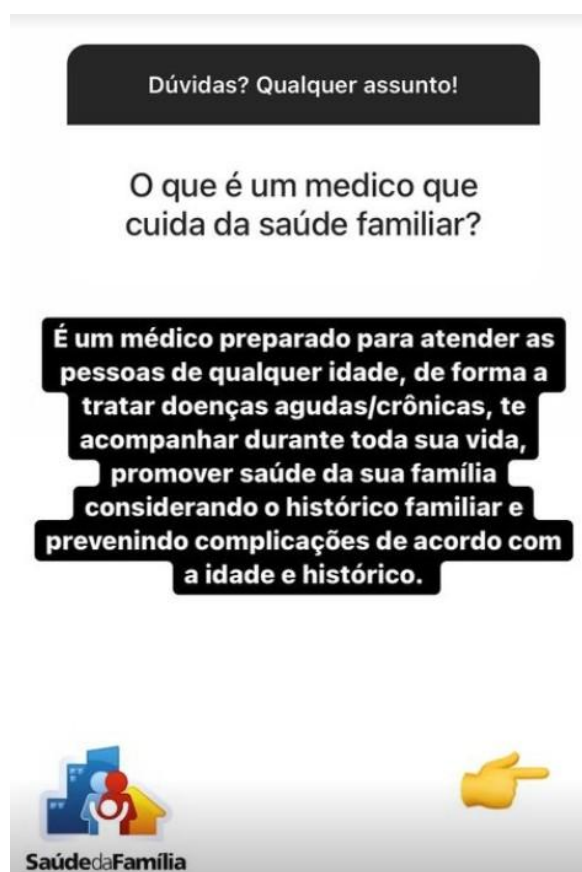


Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

O MFC5 relatou que escolheu a profissão porque se encantou com ela, apontando para uma escolha afetiva e ligada ao conteúdo da tarefa. “O que eu mais gosto é que posso tratar diferentes pessoas, diferentes doenças, diferentes procedimentos, e não algo superespecífico”.

Ao ser questionado sobre o que significa ser médico de família e comunidade, ele aponta que esse profissional é aquele que “integra os conceitos da família em que ela vive e cuida de todos, considerando o histórico familiar, de saúde e social, e integrando todos para que sigam sua saúde de acordo com sua história, sua genética e seus valores”. Uma resposta semelhante foi publicada em seu Instagram há mais de um ano:

Figura 11 - Story do Instagram do MFC5



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Entre as respostas, essa foi a mais próxima do que diria um “manual” de Medicina de Família e Comunidade; e esse foi o entrevistado menos disponível para relatar seu histórico pessoal e profissional. Ainda assim, acredita-se que ele é um sujeito interessante a ser ouvido, mesmo que isso signifique questionar a razão pela qual suas respostas foram mais próximas do trabalho prescrito. Uma pista interessante pode estar relacionada ao sentido que ele dá ao seu fazer e à dificuldade em estar disponível para a entrevista. Antes de iniciar as respostas, ele apresentou:

“Queria muito te ajudar, mas de fato a agenda está bem comprometida e como não atendo mais pelo SUS, não consigo dispor de tempo para cancelar a agenda”.

Existe uma tensão interessante nessa resposta. Ao mesmo tempo em que ela é idealista, por replicar alguns enunciados caros à especialidade, é

profundamente pragmática. Há, portanto, uma ambivalência, sobretudo ao se considerar que o médico escolheu o ícone “Saúde da Família” para ilustrar sua resposta à pergunta feita na mídia social. Assim, ao evocar a logo de uma política pública mas indicar que o SUS seria o lugar possível para dispor de tempo para ser entrevistado, o MFC5 oferece uma nuance interessante sobre o trabalho do médico de família e comunidade em diferentes contextos. Parece haver um manejo entre o trabalho prescrito e a experiência prática.

O perfil possui também uma diferença em relação aos anteriores. O feed do Instagram é mais marcado por casos clínicos do dia a dia, a ponto de ser quase um diário de trabalho, com apresentação de casos e resoluções. E, mais que discutir os prós e contras dos dispositivos da Medicina de Família e Comunidade, o perfil é mais abertamente direcionado a uma apresentação do portfolio profissional:

Figura 12 - Post do Instagram do MFC5



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Como se pode perceber no relato dos profissionais ouvidos, embora haja uma relativa confluência semântica no trato dado ao conteúdo da tarefa, as trajetórias de cada profissional são bastante diferentes. Isso é relevante a ponto de transformar a dinâmica de trabalho e como cada profissional cria sua

própria narrativa (nas entrevistas e nas páginas do Instagram), mudando, portanto, o sentido do trabalho em cada um desses casos.

Retomando o argumento dejouriano,

É precisamente sobre a especificidade da vivência operária que queremos chamar a atenção. E não de uma vivência operária que seria um denominador comum a todas as situações de trabalho. Ao contrário, desejamos fazer com que apareçam vivências diferenciadas e irreduzíveis umas às outras. (DEJOURS, 1992, p. 12)

Nesse sentido, apreende-se a pluralidade de sentidos do campo pesquisado. Não é possível extrair um sentido único e inequívoco, capaz de responder a uma experiência universal do trabalho médico na Medicina de Família e Comunidade, mas é possível compreender na soma desses processos como o singular e o coletivo se articulam na produção de sentidos profissionais.

#### 4.2.2 A formação em Medicina de Família e Comunidade: primeiras aproximações com o real do trabalho

As duas primeiras perguntas direcionadas aos entrevistados se referiam a como se deu a opção pela especialidade de Medicina de Família e Comunidade, e o que significava ser médico de família e comunidade para ele. A ideia era que se tratasse de uma fala mais livre, menos “pesada” teoricamente, e que abrisse o diálogo com liberdade para que o médico pudesse desenvolver sua história. As respostas demonstraram estar relacionadas às categorias inteligência astuciosa, conteúdo da tarefa e sentido do trabalho, e houve bastante conteúdo sobre a formação médica, sobretudo em relação à residência na área.

De modo geral, é na aproximação com o trabalho real que o sofrimento passa a ser um fator a ser administrado no trabalho. Mas a Psicodinâmica do Trabalho não enxerga nisso um problema, necessariamente. Recuperando a exposição de Dejours (2012),

(...) o sofrimento será ao mesmo tempo impressão subjetiva do mundo e origem do movimento de conquista do mundo. O sofrimento, enquanto é afetividade absoluta, está na origem desta inteligência

que parte em busca do mundo para experimentar-se a si próprio, para transformar-se, para ampliar-se. (...) Neste movimento, portanto, a subjetividade transforma-se, amplia-se e revela-se a si mesma (DEJOURS, 2012, p.26).

Portanto, o que interessa efetivamente é o conjunto de saídas que os trabalhadores serão ou não capazes de articular na lida com essas questões práticas. E é importante ter em mente que se trata de trabalhadores. Ainda que seja uma etapa de formação, a residência médica não é um espaço exclusivamente de ensino, mas também de trabalho. Os médicos já possuem liberdade para exercer a medicina como generalistas e passam por uma formação teórico-prática com uma vivência próxima do que os médicos de família e comunidade de fato vivem, com agenda, visitas domiciliares e territórios sob sua responsabilidade. É uma experiência formativa imersa em um ambiente de trabalho.

A entrevista mais longa ocorreu com a MFC1, que também foi a médica que mais falou sobre o processo formativo na especialidade. Ela tece críticas ao processo de ensino da residência e às condições de trabalho do período e hoje fala de um lugar bastante interessante: mais que uma egressa da residência, é preceptora de residentes em Medicina de Família e Comunidade e também professora universitária.

Quando se fala sobre a distância entre o real e o prescrito no caso do ensino médico, há estudos que abordam isso do ponto de vista do currículo oculto, “normas, valores y reglas latentes en el proceso formativo, que los estudiantes han de asumir y adoptar para desempeñar convincentemente un papel social” (CASTRO, 2012, p. 13).

La educación médica es algo más que la mera transmisión de conocimientos y habilidades. De una forma consciente o inconsciente, los educadores también trasladan a los futuros médicos normas y valores que a menudo socavan los mensajes formales contemplados en los programas de formación o en el ideario de los centros sanitarios. (...)

Es evidente que no todo lo que se enseña en la facultad o durante la residencia está contemplado en los programas. En realidad, una gran parte de lo que se enseña – y desde luego mucho de lo que se aprende – tiene lugar fuera de los cursos o explicaciones formales (CASTRO, 2012, p. 13).

Portanto, interessa é também compreender como se formam médicos de família e comunidade a partir de uma questão profundamente dejouriana: o que é feito, dito, lido, praticado; e o que é ignorado, oculto, silenciado, mas que ainda assim está presente e compõe a experiência de formação desses profissionais. Isso chama a atenção, sobretudo, porque a especialidade dá centralidade ao foco no interlocutor, às habilidades de comunicação, às práticas relacionais criadoras de vínculo, e algumas experiências relatadas contrastam com isso.

Existe por parte da MFC1 um processo de ressignificação, de emprego da inteligência astuciosa para a transformação dos pontos da realidade que não a satisfizeram como aluna.

“Tento colaborar para que a experiência do residente que eu estou acompanhando seja muito mais leve do que a minha foi. Não quero que ninguém passe pelo que eu passei”.

Em relação à sua experiência como residente, ela relata ter tido problemas bastante sérios na residência médica, a ponto de judicializar questões que não foram resolvidas administrativamente:

O programa de residência foi muito difícil pra mim por várias razões. Eu cheguei a entrar na justiça no meu primeiro ano de residência. Fui escalada pra cidade X eu já não gostei quando eu fui escalada pra lá porque na entrevista eles perguntaram qual que era minha área meu local de interesse eu falei que eu queria ficar aqui perto da cidade Y. Por quê? Porque eu não queria ficar perto de uma cidade onde eu morei e não gostava. (...) Era o oposto do que eu queria. E mesmo eu tendo uma nota maior, então deveria ter preferência, não sei com que critério eles me colocaram na cidade X, eu e mais outro residente. Esse outro residente saiu depois de um tempo, ele estava longe da família dele, era pai já de duas crianças, então ele não quis continuar. (MFC1, adaptado).

Ao que tudo indica, a residência foi um período que apresentou uma distância muito grande entre o trabalho real e o trabalho prescrito. Uma questão que exemplifica isso é a solidão, um significante que marca de muito particular a fala da MFC1 sobre o período da residência.



Durante a residência no interior eu descobri que existe um isolamento científico grande, assim, dos profissionais. Eu abordei um pouco isso no meu TCC que é sobre a solidão (...).

Eu vi por exemplo um dos colegas que se formaram comigo ontem. Ele me viu, a gente se abraçou, mas não é aquela coisa, sabe? Por isso que eu sinto tanto, por isso que eu quis tanto falar sobre solidão no TCC da residência. Porque é o que realmente pra mim me trazia muito (MFC1).

Ao ser perguntada se isso tem conexão com a opção por criar um Instagram e falar da profissão, a MFC1 diz que sim. “Sim. É por isso. É a minha motivação maior”. Diz ainda:

Então, agora de médicos de família, quando eu consigo ter contato, geralmente é mais pelo Instagram. Conversando com o pessoal pelo Instagram. A residência, infelizmente, não era um ponto tão grande de apoio pra mim. A gente não tinha tanta intimidade com os colegas. Quando a residência terminou, eu sugeri da gente se encontrar, de fazer alguma coisa, mas o pessoal não, não quis muito não (MFC1).

Esse é um fato muito interessante, porque o coletivo de trabalho no ambiente profissional, segundo a experiência da MFC1, não ocorre necessariamente com outros colegas médicos. E, nesse sentido, parece haver um desencaixe: outros médicos de família e comunidade não partilham do mesmo universo de trabalho, com as mesmas regras coletivas de convivência (MAGNUS; MERLO, 2015); e as pessoas que o fazem em sua maioria não são médicas. Isso se dá por conta do caráter multidisciplinar que é próprio da Estratégia de Saúde da Família, na qual a unidade de saúde relatada pela MFC1 se inscreve.

A MFC1 relata ter suportado essas dificuldades no período da residência pensando no futuro e considera que o trajeto valeu a pena, pois hoje é “médica de família e comunidade, com muito orgulho”. De certo modo, a capacidade de mobilização subjetiva e a criação de artifícios criativos (como um processo legal) foram fundamentais para sua construção de sentido, ainda que se trate de recursos desgastantes emocionalmente.

Em relação às condições de trabalho, a profissional também relata problemas com o pagamento da bolsa complementar da residência:

No primeiro mês de residência fiquei lá morando no hotel, morei três meses no hotel, numa cidade que eu não queria. E eu não recebi minha bolsa complementar. Eu fiquei então de março de dois mil e

vinte até março também de dois mil e vinte e um sem receber minha bolsa, a universidade falando que faltava só uma assinatura, depois eu fui descobrir que não era bem assim, entrei na justiça (MFC1).

Em relação à bolsa complementar, a médica se refere ao seguinte: as residências médicas são cursos de especialização gratuitos e que pagam uma bolsa ao médico que ingressa. O valor da bolsa pago pelo governo para um vínculo de 60 horas semanais é de R\$ 4.106,09 desde janeiro de 2022; antes disso, era R\$ R\$ 3.330,43 (BRASIL, 2021). É verdade que o número é maior que outras bolsas educacionais, como as de doutorado, doutorado sanduíche e doutorado sanduíche empresarial, que pagam R\$ 2.200,00, segundo o portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq (BRASIL, 2020). Mas deve-se considerar que tais fomentos estão desatualizados. Em maio de 2022, a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e cerca de 60 entidades afiliadas assinaram um documento que afirma: “caso fossem corrigidas pelo valor médio de 1995 a 2022, elas deveriam ser reajustadas para R\$ 2.500,00 e R\$ 3.600,00, respectivamente” (SBPC, 2022).

Além disso, o valor das bolsas de residência precisa dialogar com a realidade da categoria médica, já que a formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (a exemplo da Medicina de Família e Comunidade) é uma demanda do país. E, nesse sentido, não se pode desconsiderar a realidade da categoria médica brasileira. Cidades interioranas do Sul e do Sudeste pagam mais de R\$ 1.000,00 por um plantão de 12 horas (BERGAMO, 2021; SANTA CATARINA, 2016). Então, como motivar médicos a trabalhar 60 horas semanais por uma bolsa próxima a R\$ 4.000, sobretudo em um cenário de gastos extras?

A MFC1 aponta essa realidade na sua trajetória. “Minha família não é rica, eu formei no FIES (...). Então, ou eu fazia residência na minha cidade de origem, com a bolsa tradicional do MEC, (...) ou eu ia pro interior com uma bolsa complementar pra pagar minhas despesas de casa”. No site da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, há uma lista de estabelecimentos que oferecem residência na área e nela constam o pagamento ou não de bolsa complementar. Grande parte dos programas

oferecem pagamentos complementares, que variam de R\$ 1.000,00 a R\$ 11.000,00, somando um valor total de R\$ 5.000 a R\$ 15.000, aproximadamente (SBMFC, 2022).

Ser alocada em uma cidade não desejada e não receber a bolsa complementar estão entre as principais queixas da MFC1. Mas, em termos de dejourianos, interessa reconhecer o modo como ela lida com essas frustrações no trabalho. Em sua entrevista, ela diz:

Meu problema não era com a rotina, não era com essa equipe, com essa cidade, apesar de ter sim problemas igual em todo lugar. O meu problema foi com um bom programa de residência. Sim. Que teve um peso muito grande. Então eu já olhava com ele tipo assim, poxa, olha o que que eles fazem. E eu ainda hoje olhando pra trás vejo que eu aguentei muita coisa porque eu queria muito ser médica de família. Porque realmente é muito o que eu acredito. Então apesar de tudo que eu passei na residência eu sabia que eu queria ser médica de família. Teve momentos que eu achei que eu não estava disposta, né? Em janeiro de dois mil e vinte e um eu troquei de psicóloga justamente pra trazer uma abordagem existencialista, porque eu estava assim literalmente com a crise existencial, porque eu ficava assim: gente, pra eu ser médica, é ser médica de família e comunidade. Se não for isso, vai ser o quê? Sabe? Então aí eu consegui. Graças a Deus. Terminei a residência, então assim, agora pra mim tem outro peso, outro peso, só de saber que eu não sou mais residente. Eu não passaria por isso de novo. Eu não passaria por esse esses dois anos, mas eu fico muito grata ao que eu passei por eles, já passei, já foi (MFC1).

Como se pode perceber, há muita nitidez por parte da profissional em relação ao sentido de sua prática. Foi o conteúdo da tarefa que a mobilizou no período difícil de formação e permitiu que ela se mantivesse na residência médica. Como também será possível verificar em outros pontos a serem detalhados, a MFC1 possui uma densa elaboração simbólica sobre o conteúdo das tarefas relacionadas ao trabalho.

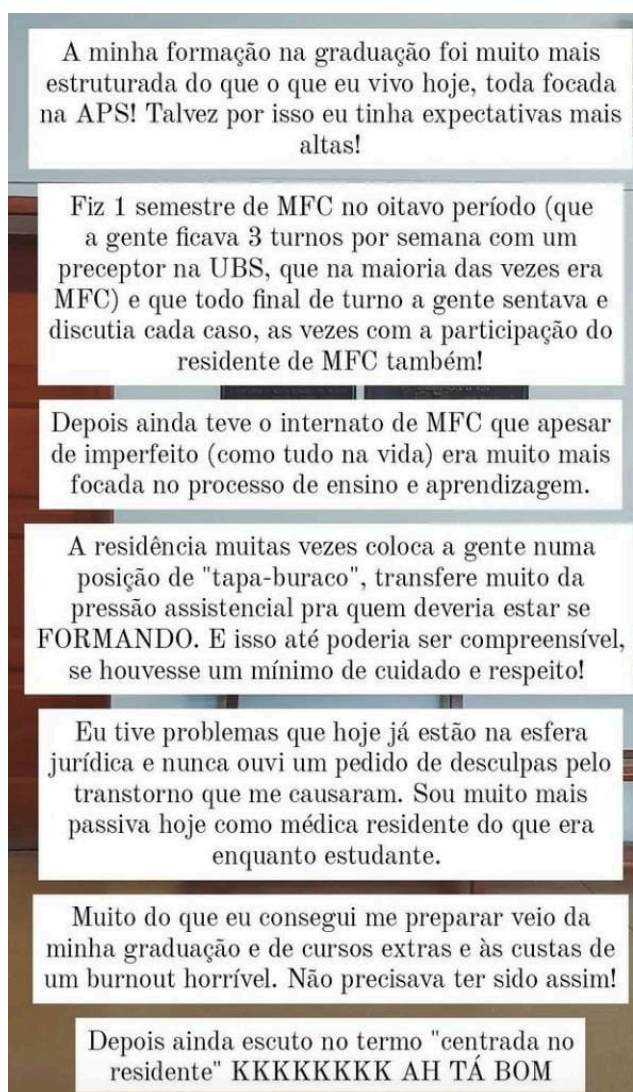
Aqui, interessa falar mais sobre a elaboração que ela apresenta em seu Instagram a esse respeito. Há mais de um destaque no Instagram, que reúne stories de um mesmo assunto, especificamente sobre a residência. E o primeiro story diz: “Partes boas da residência por ordem de preferência: 1. O fim (...)”.

Ao longo dos demais stories, aparecem críticas relacionadas à dinâmica pedagógica da residência, como a carga horária, que é de 40 horas semanais, mas não conta o estudo pessoal, que para ela é fundamental ser

computado, já que se trata de uma pós-graduação. “A forma de ensino na residência precisa mudar, ela não faz sentido e é baseada na cultura da exaustão e exploração (...). A curva de aprendizagem é acelerada, mas o preço é muito alto”.

Seguem exemplos de como o discurso é elaborado e como, de algum modo, o Instagram ocupa o papel de coletivo de trabalho e de espaço público de discussão.

Figura 13 - Story do Instagram da MFC1



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Figura 14 - Story do Instagram da MFC1

O que você quer saber sobre residência de MFC?

**O que está mais difícil de lidar em sua residência? Onde você está, você se sente adequada-mente preceptorais?**

O que é mais difícil lidar: a pressão assistencial, a desorganização e a frieza das instituições envolvidas diante das questões humanas. Além do desgaste causado pela pandemia e pelo desmonte do SUS. É muito difícil manter a resiliência!

Sobre a questão de preceptorias: não acho que está adequada não. Mas a culpa é dos preceptores? Não vejo dessa forma não. Eles também sofrem com muitas das dificuldades que eu tenho, consigo entender isso e me simpatizo muito. Mas podia ser diferente!

Sinto que falta uma definição melhor de papéis e um alinhamento melhor nesse processo de trabalho e ensino. Podia haver maior organização, diálogo e preparação - e eu sei que isso é possível, porque já vivenciei preceptorias de MFC bem diferentes na graduação e que (pra mim) faziam mais sentido.

Eu sinto que a minha formação na faculdade foi de uma qualidade muito alta, então minhas expectativas também foram. Muito da MFC que eu aplico hoje sofri pra desenvolver sozinha, me custou um Burnout, mas aprendi!

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Esse compromisso com o processo de ensino é algo que, segundo ela, antecede a própria carreira médica.

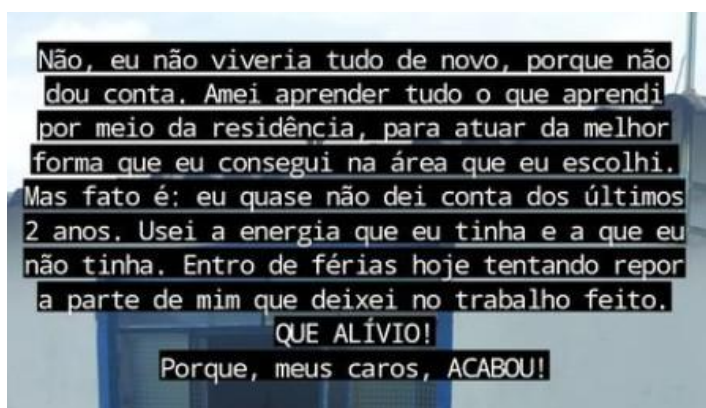
Antes da Medicina eu já sabia que queria ser professora. Tenho dificuldade em me imaginar médica na assistência daqui dez anos, eu me imagino professora. Ser médica somente eu não sentia que eu estava realizando um sonho. Ser médica de família eu senti, sabe? Que eu estava realmente me sentindo realizada. Foi algo importante pra mim. Agora, quando eu passei no concurso como professora,

gente, foi uma das melhores sensações, foi o que mais me trouxe realização (MFC1).

De fato, nos stories, ela aponta que entre as experiências de prazer ligadas à residência estão a possibilidade de dar aula. “Está sendo uma experiência bem legal de aprender com os colegas e dessa vez, pela primeira vez, de ensinar”.

Em seu Instagram, também houve relatos sobre a experiência de finalizar a residência:

Figura 15 - Story do Instagram da MFC1



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

A MFC2 apresenta uma outra relação com a residência em Medicina de Família e Comunidade. Esse processo de formação aparece pouco no seu Instagram e também não apresentou na entrevista a mesma centralidade que para a colega anterior. Seus comentários são no sentido de dizer que a experiência clínica ao longo dos anos foi capaz de formá-la como a profissional

que é hoje, para além da residência, que é fundamental. “Na residência ainda a gente ainda tem uma certa proteção, né? Porque tem preceptoría e tudo mais”.

A questão, segundo ela, é que a residência é um espaço privilegiado para aprender com orientação qualificada. Ao ser questionada sobre a formação na área, ela não apontou experiências pessoais, mas preocupações do ponto de vista de políticas públicas. “Eu sou médica do Mais Médicos. O material que eu tenho pra estudar é digno de dó, coisa desatualizada, que eu sei que está errada. Isso dá raiva, é de se revoltar. A ideia é que no Médicos pelo Brasil seja feita uma parceria com a SBMFC” (MFC2).

Questionada sobre o fato de isso não representar uma formação com a mesma qualidade com uma residência, ela diz que se trata da mesma discussão de qualquer outra especialidade: a residência sempre será o padrão-ouro de formação, porque permite acompanhamento prático por um preceptor.

A medicina é um uma profissão de comunicação, de lidar com o público. Ela não é uma profissão que você senta em frente ao computador, em frente ao papel e vai projetar e fazer conta ou escrever alguma coisa. Ela é uma profissão prática. Então, você aprende na prática, vendo alguém como exemplo e sendo tutorado por alguém pra você tirar suas dúvidas, pra você explicar suas angústias. Na residência, a gente tem espaço pra por pra fora dúvidas e angústias que a gente acha que são bobas e que a gente acha que são só nossas, mas que são de todos os médicos

A nossa paciente lá que é que é desafiadora, que tá na menopausa, tem sobrepeso, é sedentária e tem diabetes, como que a gente lida com essa paciente? Como que a gente motiva ela, né? A gente acha que é algo fácil, ah, é só prescrever o remédio, é só controlar com a insulina e não, é muito mais do que isso. Então fazer isso, discutir esses casos com a preceptoría é diferente de você fazer uma especialização. Porque as nuances desse caso não são de livro. Não é o que você vai fazer tecnicamente. É o que você vai fazer individualmente, como você vai acessar essa paciente, qual vai ser sua comunicação, como é que vai ser sua consulta, como é que vai ser a frequência que vai vê-la. Então nada substitui uma residência na minha opinião, isso pra medicina de família e para outras especialidades (MFC2).

Para ela, a experiência de formação em espaços como o Médicos pelo Brasil tem sua validade, mas que o ideal seria criar condições de trabalho mais atrativas para que os médicos cursem residências.

“A minha bolsa no Rio era de dez mil reais. Eu acho isso uma estratégia muito melhor, ou que talvez pelo menos que deveria andar junto com a especialização conduzida pelo Médicos pelo Brasil”.

A MFC3 não aborda isso em seu Instagram, mas, tal como a primeira médica, também teve problemas durante sua formação na residência, em grande medida pela falta de organização do trabalho de modo a criar fluxos que criem sentido para o trabalhador. Ainda durante a graduação, teve contato com residentes em Medicina de Família e Comunidade, mas não os via com bons olhos. Achava que eram médicos preguiçosos. Ela se aproximou da especialidade já no mercado de trabalho, por ter saído da graduação e passado a atender na atenção básica.

Na cidade onde estudei, as clínicas de família, que são como as unidades de saúde, funcionam em regime de CLT, então não precisa de concurso. Então eu não tinha nem um mês de formada, eu já estava trabalhando numa unidade, e com aquela demanda toda de medicina de família, atendendo todo mundo. Criança, gestante, adolescente, adulto, idoso, pessoas fazendo uso de substância, tudo. E minha equipe me acolheu muito. Eu estava chegando pro lugar de uma médica que tinha saído, que eles gostavam demais, e mesmo assim eles me acolheram muito e a minha enfermeira era muito forte no sentido da Medicina de Família. Ela era uma enfermeira formada em Saúde da Família e ela fazia tudo. E ela foi me ensinando tudo (MFC3).

Aqui também se aplica o que a MFC1 relatou: na Medicina de Família e Comunidade, a relação com os pares médicos não parece ser tão fortalecida, seja porque os médicos possuem na graduação outras prioridades para a carreira, seja porque na prática profissional da especialidade há muita centralidade de um trabalho multidisciplinar. O lugar que essa enfermeira formada em Saúde da Família teve na formação da MFC3 dificilmente seria ocupado por um profissional não-médico em uma especialidade que não partilha espaços de poder, como costuma ocorrer na Estratégia de Saúde da Família.

Mas há aqui uma diferença bastante sensível entre a percepção da MFC3 e da médica MFC1. Há manifestações sobre a clareza desde a graduação que seria médica de família e comunidade, e buscou isso *apesar do campo*; já a MFC3 foi primeiro para o campo e então foi tocada, ao ponto de



dizer que a especialidade a escolheu, em vez do contrário. Esse aprendizado fundou outra imagem do que significa ser médico, para que então ela se reconhecesse como uma médica de família e comunidade e buscasse essa formação.

Na Saúde da Família, o enfermeiro tem um papel muito forte, não o médico. Então pela primeira vez eu estava num local em que eu não era protagonista, e a gente não é ensinado isso na faculdade, né? Porque o médico é quem decide tudo, o médico é o Deus. Então isso foi muito bom pra mim (MFC3).

Curiosamente, para a MFC3, o fato de o campo não tratar os médicos de família e comunidade como aqueles que sabem tudo, em detrimento dos demais profissionais da equipe, parece ter tido um fator protetivo em relação ao sofrimento. Em vez de isso a deslocar, ela foi acolhida quando recém-formada por uma equipe que não esperava dela um suposto saber médico. Nesse sentido, as categorias dejourianas de cooperação e de coletivo de trabalho operaram de modo muito significativo no sentido de proporcionar uma saída inventiva para o sofrimento relatado por ela quanto a ser deslocada de um lugar quase divino.

Ao mesmo tempo, a percepção sobre o trabalho de outros médicos de família e comunidade cumpriria um papel importante. A MFC3 relata que, algum tempo depois da sua incorporação à equipe, outras médicas chegariam para trabalhar, e então elas também contribuíram para a escolha pela residência. “Vieram três médicas que tinham acabado de sair da residência, e o que elas sabiam fazer e o que eu sabia fazer era um abismo. Então pensei: bom, é esse caminho, aí eu já estava completamente envolvida”.

A profissional relata que entraria na residência de Medicina de Família e Comunidade um ano depois, no próximo processo seletivo da cidade onde trabalhava:

Fiquei numa classificação boa e escolhi uma clínica que tinha uma importância muito forte, e ainda tem, é uma clínica de formação de muitas pessoas importantes na medicina de família. O médico que escreveu o Tratado de Medicina de Manual de Medicina de Família que a gente usa trabalhava nessa clínica que eu estava, então assim, pessoas que são muito importantes pra Medicina de Família estavam lá. Eu fiquei lá durante um ano e não foi um período bom em vários aspectos. Eu tive uma formação bem ruim, apesar de ter esses médicos lá, nós tínhamos várias equipes, era muito grande lá, muito

grande, eu acho que tinham catorze equipes na unidade e eu tinha dois preceptores. É o preceptor, um deles tinha acabado de sair da residência e o outro era um preceptor mais antigo e é uma pessoa importante na medicina de família, e ele nunca estava lá. E eu tinha uma outra residente comigo na equipe, uma R1, que também nunca estava lá. De repente do nada ela mandava mensagem assim: fui embora. E aí pronto, era um caos. Aí ela tinha agenda de paciente, um monte de coisa (MFC3).

Como se pode perceber, a experiência prática trouxe uma série de frustrações, a partir de problemas na organização do trabalho e de diferenças entre o trabalho prescrito e o real. Mas isso não fez a MFC3 abandonar a profissão, e sim especificar qual era a Medicina de Família e Comunidade que desejava praticar. Como afirma Brito (2009), no Dicionário de Educação Profissional da Saúde, “há um nível de intermediação entre a tarefa e a atividade (o que reforça a ideia de que não são faces opostas do trabalho) que corresponde aos objetivos que os trabalhadores, individualmente ou coletivamente, definem para si” (2008, s/p).

A falta de atenção no âmbito da residência por parte de pares médicos contrasta com o relato de gratidão em relação ao amparo fornecido pela enfermeira do serviço de saúde onde a MFC3 iniciou sua carreira. Afinal, ainda que a residência seja um espaço de aprendizagem, existe uma linha tênue entre a formação teórico-prática e a falta de amparo da preceptoria. A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade recomenda o “uso de metodologias ativas de ensino-aprendizado, um forte componente em habilidades de comunicação e permanente contextualização e integração entre prática e teoria” (SBMFC, 2020, p. 14). E, segundo a entrevista da MFC3, esses pontos não foram devidamente atendidos em razão do lugar dado ao residente: “apagar incêndio” na assistência, tal como a MFC1 já havia abordado.

De certo modo, as relações de poder desiguais entre residentes e preceptores é algo que compõem o metabolismo desses espaços. Um estudo feito com preceptores, tutores e gestores de residências médicas ouviu o seguinte de um gestor: “se eles [residentes] não incomodam, a gente se acomoda; na hora tem aquele ‘desgastezinho’, mas o que fica é importante” (AGUIAR, 2017, p. 147).

Essa condição parece ser a ponta de um iceberg, que se avoluma nas diversas realidades ao longo do país. Ao que tudo indica, há um sombreamento potencialmente produtor de conflito, na medida em que o médico é ensinado na graduação “que é Deus”, nos termos da MFC3, e na residência, já formado, volta a ser aluno, perdendo status e retrocedendo na relação de poder. Deixa de ser um colega médico para ser alguém em posição de inferioridade, segundo essas relações de poder.

Conflitos entre um preceptor e o grupo de residentes vinham sendo reportados pelos residentes, e as conversas da coordenação com o preceptor não ensejavam mudança de atitude. Apesar de atuar no programa há dois anos, naquele ano o preceptor agendava atividades e não comparecia, se omitia em diversas situações, e as queixas foram se avolumando. Fracassando em mediar a relação preceptor/residentes, as coordenadoras promoveram uma “acareação”, situação de confronto presencial das versões das partes envolvidas. Na sequência, tiveram que promover o desligamento do preceptor, recrutar outra pessoa, e prepará-la para a preceptoría em outra unidade básica de saúde. Apesar de adultos e graduados, os residentes podem assumir atitudes consideradas infantis: “o residente também estava nesse modelo: ‘vou para a coordenação, que a coordenação é a mamãe e a mamãe vai resolver se eu chorar as pitangas’, mas não encarava a conversa com o preceptor”. O senso de responsabilidade dessas gestoras fazia com que elas, apesar do “sofrimento”, buscassem aproveitar o conflito como oportunidade de aprendizagem: “a gente também queria que isso fosse um processo formativo para o residente, porque o residente vai ter que lidar com essas situações dentro do trabalho em equipe”. Dar voz a esse desgaste foi explicitamente mencionado na ocasião da entrevista, e aponta para a necessidade de criação de fóruns para troca de experiências e produção de conhecimento sobre a gestão (AGUIAR, 2017, p. 151-152).

Para a MFC3, cuja experiência se manifestava como menos conflituosa (não menos geradora de sofrimento, necessariamente), algumas situações-limite a levaram a romper com o programa de residência. A principal delas foi o fato de que a unidade de saúde onde trabalhava ficava em um território em disputa pelo tráfico de drogas, algo que Coelho Neto, Antunes e Oliveira (2019) abordaram: com a “guerra às drogas” (aspas dos autores), “é frequente profissionais de saúde serem impedidos de realizar atividades externas ao serviço por causa do risco de tiroteios” (2019, p. 3).

Ficou muito perigoso, as visitas domiciliares foram suspensas, a gente não podia mais sair pra ir na casa dos pacientes, até que um dia teve um tiroteio muito grande. Então a gente ficou lá deitado

várias horas no chão, que nem esquema de tiroteio mesmo assim da TV. Todo mundo deitado no chão. As pessoas que eram mais antigas na unidade tinham feito um treinamento com a Cruz Vermelha pra saber se poderiam sair ou não, é tudo assim bem minuciosos. Avalia depois de meia hora, depois meia hora, até que eles resolveram fechar a unidade, liberar os pacientes e aí depois a gente foi. Não podia descer a pé, alguém me levou de carro pra descer, porque eu não tinha carro. Foi caótico, fiquei super amedrontada de voltar depois. E pra chegar lá da minha casa tinha que passar por outro território que também começou a ficar em guerra, e eu não conseguia chegar na unidade, eles fechavam as vias. Aí eu eu conversei com o meu marido, a gente falou, bom, né? A gente meio que sempre quis ir embora da cidade, assim, a gente não se adaptava muito lá. É, vamos tentar ir pra um lugar mais tranquilo, falei tudo bem, só quero continuar minha residência (MFC3).

A MFC3 relata que preferiu interromper a residência e fazer o segundo ano em outro programa, fora da cidade de origem. Ela teve dificuldade em fazer essa transferência, por problemas burocráticos, então recomeçou a residência.

Nessa segunda experiência, as condições de trabalho eram melhores, segundo ela.

“Eu tenho dois filhos. Na minha primeira gravidez, eu estava no início da minha segunda residência. Logo engravidei e isso foi bom né? A residência dá apoio, eu tive os meus meses de licença”.

Mas a relação com a gestão, por outro lado, é mais conflituosa porque a organização do trabalho não é direcionada para os pilares da Medicina de Família e Comunidade.

“A residência é muito boa, tem qualidade, os médicos de família que foram meus professores são realmente muito bons, mas eles mudaram várias unidades de estratégia de saúde da família pra unidade básica”.

Segundo ela, isso significa ficar apagando incêndio, ou enxugando gelo.

O que se torna mais nítido no relato da MFC3 é a potência das relações de trabalho que se conformam na prática de trabalho em contraste com os limites das políticas pensadas para a organização do trabalho. Para Brito (2009),

Já foi evidenciado pela ergonomia da atividade e pela psicodinâmica do trabalho que a organização real do trabalho se baseia na cooperação espontânea entre os trabalhadores, ao contrário da organização prescrita do trabalho que busca definir separadamente

os papéis, os domínios de competência e as responsabilidades de cada um. A cooperação não pode ser prescrita: é uma construção fundada em regras produzidas pelos coletivos de trabalho, a partir de critérios de eficácia e de valores. Esta cooperação depende de condições favoráveis à mobilização subjetiva – que por sua vez está relacionada à dinâmica do reconhecimento das contribuições dos trabalhadores (invenções e ajustes feitos) para que não haja uma paralisação da produção. Trata-se de uma dinâmica que passa necessariamente pela visibilidade do que se faz (das transgressões), exige a possibilidade de confiança, compreende a existência de um espaço público interno no meio de trabalho, passa por um julgamento – por parte dos pares, da hierarquia e dos clientes – sobre o ato profissional e o seu produto, enfim, pelo reconhecimento da contribuição. Logo, o ‘trabalho real’ apresenta também uma dimensão subjetiva e intersubjetiva (BRITO, 2009, s/p).

O MFC4, por sua vez, tem uma relação com a sua formação muito próximo com a MFC2. Ele apresenta a residência e a temática da sua formação com uma preocupação macro, ligado às políticas de saúde, mas não dá muita centralidade ao assunto. Isso aparece sobretudo quando ele se refere à falta de especialistas em Medicina de Família e Comunidade e defende que haja regulação pública na oferta de vagas, priorizando esse campo.

Eu acho que o Médicos pelo Brasil foi um movimento importante. A mudança do Mais Médicos pro Médicos pelo Brasil cria algum movimento de progressão de carreira para médicos dentro do SUS. Ele tem várias falhas, ele aceita o médico generalista na posição de tutor, então do ponto de vista de especialidade o ideal é que fossem médicos de família. Mas não existem médicos de família suficientes pra ocupar essas posições, então você tem um problema ainda mais profundo, que precisaria formar mais médicos de família. E você tem um problema ainda mais profundo, que os médicos não querem fazer medicina de família, então o jeito mais simples que eu vejo de fazer isso é regular a vaga de residência. Você tem três mil vagas de residência? Mil e setecentas de medicina de família e o problema é teu, cara. Você quer fazer neurocirurgia? Você vai ficar estudando dez anos ou você vai ser o melhor cara pra rachar na prova e entrar no programa que você quiser. É o que o Canadá faz. Não tem choro nem vela, é política pública, entendeu? A gente acha que é melhor assim pra nossa saúde e não tem o que fazer. Então você regula a vaga de residência, você forma mais médicos de família, esses médicos ocupam boas vagas que pagam bem, né, é que tem plano de progressão, que tem facilidades. Então eu acho que o ideal seria o que o Canadá faz (MFC4).

No seu Instagram, ele também não aborda com muitos detalhes o processo de formação na residência. Esse tema só aparece quando ele fala por que optou pela área, mas sem especificar como se deu esse processo.

O MFC5 não aprofundou temas ligados à sua formação. Ele comentou ter feito especialização, e não residência, e foi motivado a procurar formação

na área por ter ido trabalhar em uma unidade básica de saúde. Trata-se de um movimento semelhante ao que ocorreu com a MFC3, embora ela tenha iniciado seu trabalho em uma unidade ligada à Estratégia de Saúde da Família e ele, em uma Unidade Básica que não seguia a política. Entre os sujeitos ouvidos pela pesquisa, ele é o único profissional com mestrado, em um Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, mas essa experiência também não apareceu em sua fala.

#### 4.2.3 Os espaços de trabalho da Medicina de Família e Comunidade: condições de trabalho e organização do trabalho

Um ponto importante para entender como os trabalhadores médicos ouvidos nesta dissertação enfrentaram e enfrentam seu cotidiano de trabalho é a relação que constroem com o espaço físico de trabalho. Isso vale para aspectos referentes às condições de trabalho, à ergonomia e às relações que se criam a partir deles. Assim, os espaços não apenas são relevantes, como também são responsáveis por dar concretude a alguns dos elementos do trabalho. As próprias atividades de trabalho estão vinculadas ao espaço, ou seja, ao espaço-tempo em que ocorre o processo de trabalho (BRITO, 2009). Também por isso, são um dos elementos que mais se destacaram imagetivamente na procura de elementos no Instagram.

Novamente recuperando o que aponta Dejours (1992), interessa compreender aspectos como:

o ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude etc), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças etc), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança, e as características antropométricas do posto de trabalho (DEJOURS, 1992).

De modo geral, esse foi um tema pouco explorado pelos médicos escutados, em relação a outros, o que leva a crer que os problemas centrais relacionados ao trabalho não são relativos ao espaço de trabalho. Mas há alguns elementos que apareceram e se relacionam com condições gerais de trabalho. Um exemplo disso é que a MFC1 relata o seguinte:

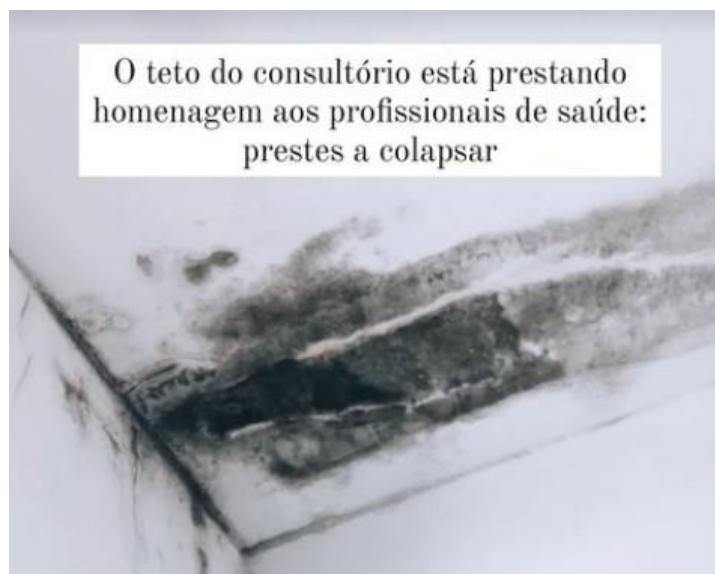
“Eles me colocaram pra atender no expurgo, sem sala, me mudaram e aí quando eu fui abrir a porta da sala não tinha tréplica, tinha desabado. Então assim, eu como que eu ia fazer esse atendimento?”.

Outra fala interessante dessa profissional aponta para um problema resolvido pela gestão e que ela lidou com bom humor, apesar de se tratar de um ponto até mesmo potencialmente adoecedor.

“A minha sala estava pingando água e deu um mofo gigantesco. Eu fiquei íntima. Um dia eu cheguei lá [*havia limpo o bolor*] e ninguém me avisou. Eu nem me despedi!”, brincou a MFC1.

No Instagram, havia um story que ilustrava esse problema do local de trabalho e também lidava com a questão de forma bem humorada:

Figura 16 - Story do Instagram da MFC1



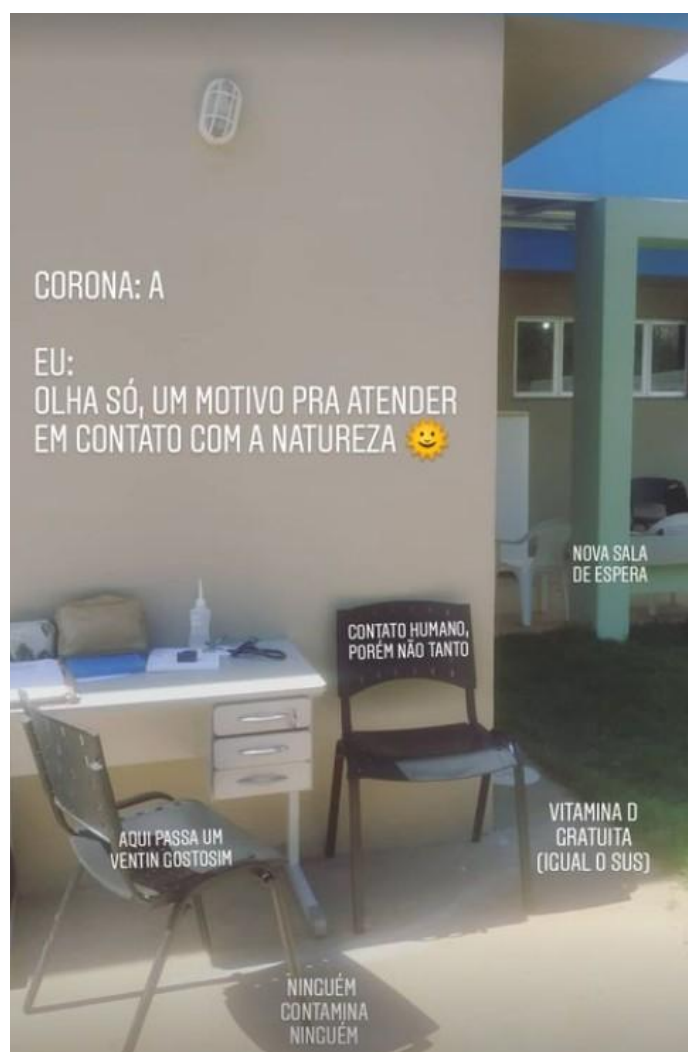
Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Se tópicos como esse não apareceram com frequência ou intensidade nas entrevistas, o Instagram foi um espaço em que houve produção nesse sentido. Afinal, além de problemas estruturais como o ilustrado acima, o setor da saúde não passou incólume às transformações da pandemia, e isso se

reflete no espaço físico de trabalho. A covid-19 atravessou as relações de do período e marcou uma parte importante da experiência do trabalho médico nesse período.

A MFC1 postou a seguinte foto do seu local de trabalho na primeira fase da pandemia, em que os consultórios foram trazidos para o ambiente externo:

Figura 17 - Story do Instagram da MFC1

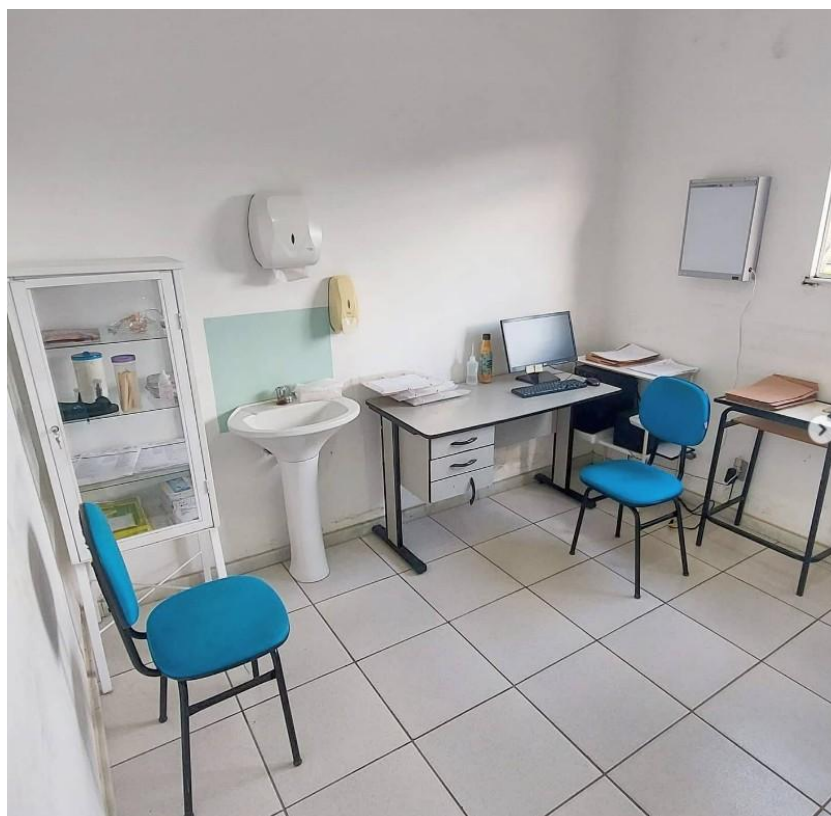


Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Em outro story, ela apresentou o retorno ao consultório (cadeiras bastante distantes entre si) e alguns cuidados que ela toma por acreditar que o mobiliário interfere na relação médico-paciente:



Figura 18 - Story do Instagram da MFC1



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Em entrevista, a MFC1 relatou:

Eu uso a mesa no cantinho da parede, né? Que não é a parte mais ergonômica, a verdade é essa, porque a gente tá aqui e o paciente ele tá aqui do lado. Então, eu eu tô sempre virando. Então, se eu não tenho uma cadeira de girar, eu tô fazendo o quê? Eu tô girando a minha coluna. No início eu cheguei linda e plena e usava uma cadeira reta. E aí eu realmente tive dor na coluna. Aí eu falei assim: não gente, estou com uma dor na coluna. Naquele momento do café que eu te falei que eu desabafo, né? Aí um agente de saúde disse: mas a sua sala tem uma cadeira que gira. Aí eu: hã? Não é não! É sim, tem uma cadeira que gira lá que é sua, da médica da da nossa equipe. Então ela é pra você. Aí isso já melhorou bastante, sabe? (MFC1).

Como se pode perceber, a questão do mobiliário cumpre um papel importante na ergonomia e, no excerto acima, mostra como essas queixas compõem o cotidiano de trabalho. E, também, como a cooperação entre os colegas foi capaz de solucionar um problema que poderia trazer sofrimento físico e mental a longo prazo. Mas, em sendo possível solucioná-lo por meio da articulação da inteligência astuciosa, a questão é vista com bom humor. Foi possível mobilizar o sofrimento de forma produtiva.

Como diz Brito (2009),

Os trabalhadores precisam – nas situações reais de trabalho – mobilizar-se, fazer uso de suas próprias capacidades, de seus próprios recursos e de suas próprias escolhas, além de fazer uso de si para mobilizar redes de parceiros, para equacionar e gerir os problemas emergentes, as variabilidades, as diferentes lógicas e as diferentes normas então presentes (BRITO, 2009, s/p).

Por isso, ainda que muitos fatores físicos e estruturais se relacionem às condições de trabalho, eles estão intimamente ligados à organização do trabalho: o modo como o conteúdo da tarefa se concretiza, o modo como o trabalho é prescrito e como o trabalho real se articula, o sistema de relações profissionais, as tomadas de decisão cotidianas, entre outros aspectos (DEJOURS, 1992).

A título de exemplo, é interessante observar também como, na mobilização do mobiliário, também aparecem questões bastante caras às relações com os pacientes. Algo que poderia ser lido como um problema técnico ou físico ganha sentidos na leitura da MFC1:

Então, [questões ligadas à ergonomia] não são algo que me incomodam muito, mas é algo que eu já pensei que assim que eu de fato for usar o computador, eu vou comprar a mesma coisa que eu tenho no meu, que eu tinha lá em Belo Horizonte e ficou com os meus pais, que é uma um negocinho de gaveta que aí coloca o monitor mais alto. E um apoio pros pés, é algo que eu já estou pensando porque de fato a coluna já está cobrando. Eu já cogitei mudar minha sala pra posição tradicional por causa disso. Já cogitei, apesar de achar o máximo o paciente estar chegando e ele já te mostra, e já faz assim [sinalizou a extensão do corpo], vê como é que está a perna dele e já vai por na mão do paciente porque às vezes é muito disso. Às vezes tem demandas que você não precisa por a mão. O exame físico nem sempre é de encostar. O exame físico às vezes é de observar. Eu ponho a mão porque eu sei que isso aqui é importante pra eles. Então faz parte do vínculo também (MFC1).

A importância da ergonomia na relação médico-paciente também se expressa no seguinte story:

Figura 19 - Story do Instagram da MFC1



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Como se pode perceber, há um esforço deliberado por parte da MFC1 de tornar o espaço de trabalho (o consultório) um fator de criação de relações e de impressão de sentidos. E os recursos disponíveis parecem ser suficientes para um atendimento de qualidade. A MFC1 relata:

“Aqui é uma cidade de cinco mil habitantes que tem dinheiro por causa do agronegócio. Então, lógico que não são muito ricos, mas eles têm sim uma boa condição considerando o tamanho da cidade”.

E isso, segundo ela, colabora para que haja boas condições de trabalho, mesmo em uma prefeitura de uma cidade bastante pequena do interior.

Em relação aos pequenos problemas que aparecem no dia a dia de trabalho, a profissional procura pesar caso a caso a resolução. Em alguns, ela comenta com os gestores; em outros, ela resolve individualmente:

Minha mãe é farmacêutica, ela trabalha com água hoje em dia, mas ela trabalhou um tempo em farmácia, teve laboratório e um dia eu tirei foto da minha sala e ela viu que tinha um detergente na pia. Você não pode usar produtos de supermercado em locais de saúde, tem que ser produtos de saúde, tem que ter a data que foi aberto, tem a data de validade que é o mês, então tem várias normas. (...)

Em questão de materiais, a gente tem um problema sério. O álcool nem sempre é repostado, eu mesma reponho o meu próprio álcool aqui na minha casa. Eu já tenho aqui mesmo, né? Eu já substituo ele, tem mais ou menos uma noção, se eu uso mais do que um vidro em menos de um mês, mas eu sei que ele não pode ficar mais de um mês. Lá não tem muito esse cuidado com com data. É algo que se eu fosse a que manda nisso, eu com certeza pontuaria essa questão, mas eu fico calada na minha porque eu não quero... eu estou escolhendo as batalhas, vamos dizer assim, né? Não chegou nessa batalha ainda (MFC1).

Existe, portanto, uma gestão subjetiva das tensões entre o trabalho real e o trabalho prescrito que cabe a cada trabalhador e para o qual não há um receituário pronto. O devir das relações de trabalho estão sempre em aberto, assim como as práticas que cada profissional terá no espaço de trabalho. Como diz Brito (2009), “a inteligência da prática está relacionada com ajustes feitos às normas prescritas, visando solucionar as dificuldades experimentadas no confronto com o real (e não previstas nos manuais, protocolos etc)” (BRITO, 2009, s/p). Por isso, a autora observa que o trabalho sempre envolve de modo integral o trabalhador e possui sempre um caráter inventivo, quase enigmático, posto que escapa constantemente à prescrição (BRITO, 2009).

A MFC2 relata um cenário semelhante: há boas condições de trabalho relacionadas ao ambiente físico, bem como alguns limites; alguns são encaminhados pelos canais institucionais e outros são resolvidos individualmente. Ela relata:

Olha, eu acho que assim: hoje em dia eu eu até trabalho com condições bem próximas assim do que seriam ideais assim. De uma forma geral, assim, do que me falta, primeiro eu tento ver com a gestão se é possível conseguir isso. Se não, eu vejo se é possível por meios próprios. Então assim, já teve coisa que eu adquiri por meios próprios. Agora se não é possível, por exemplo, eu não posso fazer pequenas cirurgias na minha UBS hoje em dia, como eu fazia em outra cidade, porque eu não tenho o eletrocautério, né? Não tem o kit

de sutura. Por exemplo, eu não posso tirar uma pinta, não posso tirar um calo, não posso fazer uma cirurgia de unha encravada, que é uma competência básica do médico de família (MFC2).

Também de modo semelhante ao que relata a MFC1, em entrevista e no Instagram, a MFC2 aborda a dinâmica do espaço físico. Em um post, ela filma a si própria entrando no consultório e arrumando a disposição dos móveis de modo a não ficar “contra” o paciente, com a mesa entre ambos; mas com a mesa contra a parede, tal como ocorre no consultório da MFC1, permitindo acessar o paciente com mais liberdade e fortalecer o vínculo. A legenda do post é a seguinte:

Era pra ser um vídeo somente sobre a mesa lateralizada, pra dizer que esse jeito diferente de posicionar a mesa é uma das ferramentas que a Medicina de Família gosta de usar para fortalecer o vínculo. Diminuir os espaços entre nós e os pacientes, estar mais perto e mais exposta também.

Aqui cabe muitas reflexões do quanto esse envolvimento é necessário, terapêutico, gratificante e também muito desafiador.

Mas vendo esse vídeo que tive a ideia de gravar quando me percebi pela milésima vez ajustando a sala, vi muito mais sobre mim e meu dia a dia.

Todo dia carrego essa mochila - de escalada, para aguentar o peso. Nela vai 1,5l de água para passar o dia nas unidades onde não temos água potável; nas unidade em que temos água, foi a equipe que comprou o filtro de barro. Não posso esquecer da marmitta também, senão a saída é pedir almoço na casa do paciente já que não temos restaurante perto das unidades.

Na mochila também vai o básico: esteto, esfigmo, bolsa de canetas etc.

Na bolsa colorida da campanha Fique Sabendo que é o meu xodó, vai o note e a pasta de impressos. Uma grande vitória termos internet e prontuário eletrônico nas unidades desde Junho. Mas ainda sem impressora, os receituários, encaminhamentos, continuam sendo a mão.

A caixa itinerante é meu grande orgulho do caminho que venho trilhando na saúde rural. Medicamentos que necessitam ser entregues no mesmo dia: antibiótico, analgésico, medicamentos para primeiro atendimento em caso de infarto e de crise de asma. Sempre tem um kit para coleta de preventivo e um para inserção de DIU, é o backup para nunca deixar de atender essas demandas.

Eu acho pesado. Geralmente em dias como hoje, quinta, minha escápula está dolorida de ficar carregando. E talvez isso seja para me lembrar de não minimizar meu trabalho e meu esforço.

Não é só a mesa lateralizada. Não é só o esforço físico, não é só o material que pesa. Que eu me lembre disso, mantenha os pés aterrados e o espírito leve. Que a saúde pública tenha alcance, seja valorizada e que a saúde rural seja minimamente reconhecida e estruturada (MFC2).

Há uma série de elementos presentes nesse trecho que falam sobre condições de trabalho, ergonomia, estrutura física disponível e vários outros elementos oportunos. Mas há um eixo que os amarra: o fato de ser uma medicina rural. Aqui há um ponto de diferença entre a MFC1: embora ambas trabalhem em cidades de porte semelhante, a MFC2 não atende em apenas um local, mas em diversos postos avançados, que recebe a equipe de modo itinerante.

Na entrevista, isso também apareceu. A MFC2 relatou o seguinte:

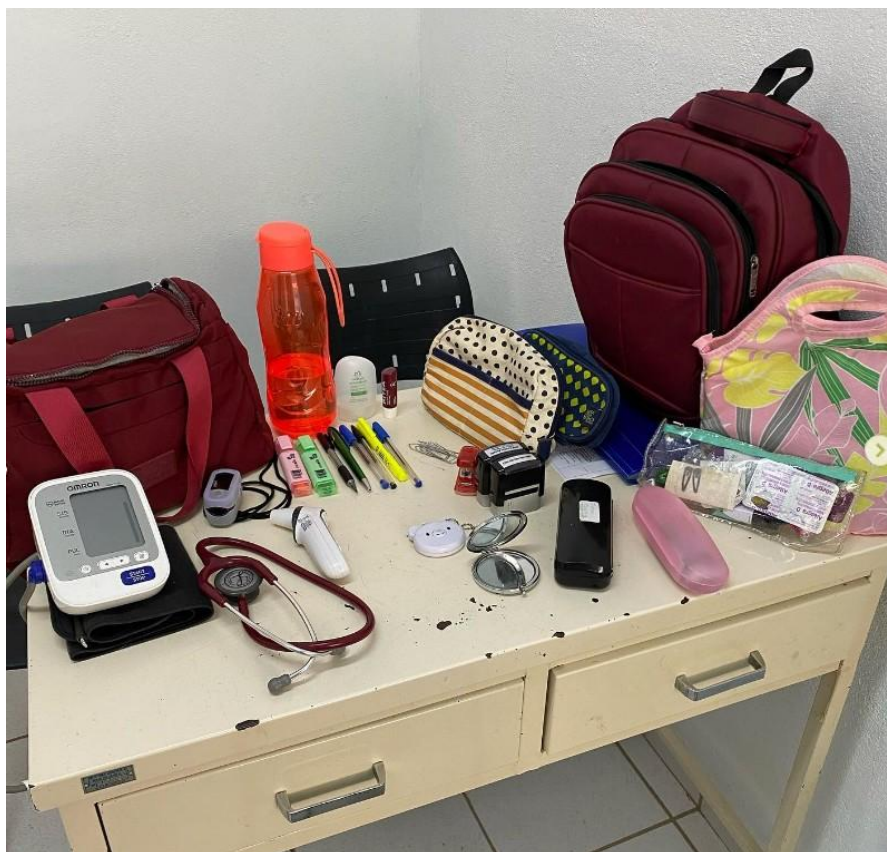
Eu faço parte de uma unidade de atendimento rural. Então, a gente atende cinco bairros diferentes, entendeu? Porque são comunidades rurais. Então, cada comunidade rural minha tem cerca de duzentos e trezentos pacientes. Então, só que são longe uma da outra. Então, por isso que os nossos locais de atendimento são mais perto de cada comunidade, entendeu? Eu tenho cinco consultórios diferentes.

Eu acho que pros pacientes é ótimo, né? Porque eu tô perto da casa deles, eles vem no postinho ali bem perto do do bairro deles, pertinho da igreja, pertinho do centro, pros pacientes é ótimo. Eu acho que tem que ter, é essencial. Agora, pra mim é um pouco sofrível, porque eu não tenho o meu espaço, né? Assim, quando você trabalha num local todo dia, onde você tem sua mesa, né? Seu computador, aí você tem seu porta lápis, tem a sua gaveta da sua escrivaninha, você coloca lá, ah, tem um chocolatinho, tem o meu absorvente, tem blusa de frio se eu precisar e tal, e eu não tenho isso. Então isso é um pouco sofrido assim.

Ao longo do tempo o que eu fui fazendo foi construindo o que era mais importante pra mim em cada um desses locais. Então em cada um desses locais eu coloquei um calendário, em cada um desses locais eu coloquei um porta caneta e fui e por mim fazendo isso, né? Mas é meio angustiante mesmo assim, não é fácil, pra mim é uma das coisas mais difíceis de trabalhar em cinco lugares diferentes é não ter essa minha sala, não ter esse meu lugar, né? Quando eu trabalhava em outras UBSs eu tinha os desenhos dos meus pacientes pendurados na parede, eu às vezes tinha porta-retrato, tinha vasinho de planta, hoje em dia fica difícil de eu ter porque tem cinco lugares, né? Acaba que o peso da minha mochila é muito maior hoje (MFC2).

Em outro post, ela apresenta o que leva na mochila:

Figura 20 - Post do Instagram da MFC2



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Pode-se ponderar em que medida o peso que a médica carrega vai além da ergonomia, e de que modo essa falta de lugar transcende a questão do consultório. Afinal, como já foi dito, o espaço físico de trabalho dá concretude a diversas questões próprias das relações de trabalho que se articulam espacialmente. Em um post que fala sobre atuar na região rural de sua cidade natal, a MFC2 apresenta o seguinte:

“Ser médica no interior, no ‘meu interior’, cobra de mim uma postura que eu nem imaginava que exigiria tanto e ao mesmo tempo me permite tanta recompensa. (...) É realmente lidar com o meu interior todos os dias” (MFC2).

A esse respeito, Gondim e Monken (2009) oferecem uma observação interessante. Ao refletir sobre a categoria território, entendem que se configura no espaço a partir da ação de um ator sintagmático (aquele que realiza algo na realidade), que territorializa o espaço e materializa nele as relações estruturais

e conjunturais, produzindo sentidos de modo articulado no âmbito individual e coletivo (GONDIN; MONKEN, 2009, s/p).

A definição de Dejours sobre a organização do trabalho também oferece subsídios para entender o papel que a estrutura cumpre e que o regramento da tarefa é constitutiva para o sujeito. Retomando o que já foi adiantado na seção teórica, o autor define o conceito como “a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele idela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade etc” (DEJOURS, 1992)

A relação entre o posto de trabalho, as regras do ambiente profissional e a própria identidade do trabalhador são algo muito interessante de se verificar. Em um post, a MFC2 apresenta uma foto de um dos espaços onde trabalha no interior e conta que foi elogiada por um especialista a quem encaminhou uma paciente.

“Diz a paciente que quando o especialista leu meu encaminhamento falou: ‘Ela é médica do interior? Isso tá tão completo, bem escrito!’ Tenho sim, querido! Do interior, na roça, com essa vista aí no almoço. Muito obrigada pelo ‘elogio’” (MFC2).

E a imagem do espaço externo da unidade de saúde, que ilustra o post, é a seguinte:



Figura 21 - Post do Instagram da MFC2



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Em contraste com o cenário bucólico apresentado pela MFC2, a MFC3 sempre residiu em capitais. Assim, se as médicas MFC1 e MFC2 comentam que a qualidade de vida é um dos aspectos que sustentam a decisão de trabalhar em cidades pequenas, a MFC3 já foi obrigada a permanecer deitada no chão por horas em meio a tiroteios na cidade onde trabalhava.

No seu Instagram, não há relatos sobre seus locais de trabalho, mas isso apareceu de modo interessante na entrevista. A MFC3 trabalhou na saúde suplementar em condições de trabalho bastante precárias, com atendimento de telemedicina. E, nesse caso, foi justamente a falta de um ambiente de trabalho mais tradicional que trouxe sofrimento para a médica. Diferente das duas colegas anteriores, não havia vínculo com os pacientes, de modo que o ambiente se tornava insustentável para ela.

Estava gestante e não podia trabalhar na pandemia. Então eu passei a minha gravidez inteira em casa, sem poder trabalhar, ao menos presencialmente. Daí foi quando eu comecei a trabalhar com telemedicina na saúde suplementar. Foi a minha primeira experiência em em saúde suplementar, até então eu trabalhava só no SUS e pra mim foi bom nesse sentido de ter renda, né? Meu marido tinha ficado desempregado.

Mas é um modelo de atendimento que me incomodava muito porque a gente não tinha vínculo com os pacientes, então atendia numa coisa que chama pronto atendimento virtual. Era por demanda, ficava uma fila de pacientes e você ia chamando chamando, chamando... no início que a gente começou não tinha uma cobrança, você meio que podia atender e estava tudo bem. Depois eles começaram a cobrar um número absurdo de pacientes, que aí era incompatível, tipo oito pacientes por hora. E reduziram muito o valor do pagamento. A gente reclamou e daí eles falaram: ah, mas se vocês começarem a atender e forem oito pacientes por hora, vocês chegam no valor antigo que a gente estava pagando. Mas quem atende oito pacientes por hora? Mesmo que seja de telemedicina. E você ainda conta com esses entraves que a gente tem de, sei lá, o computador travou, a pessoa que está do outro lado não sabe usar a tecnologia... (MFC3).

Além da sobrecarga de trabalho e má remuneração, não havia espaço para a mobilização subjetiva, que é fundamental em termos dejourianos para transformar o trabalho prescrito e criar novos fluxos no ambiente de trabalho a partir dos problemas cotidianos:

Quando teve esse pico da Omicron, em janeiro e fevereiro, a enfermeira que era do covid era da minha equipe, então ela sentava do meu lado. Os pacientes ligavam pra ela, um atendimento porque estavam com um sintoma, ou porque estavam com exame positivo, e daí a orientação era ir pro pronto atendimento. Mesmo que eu estivesse sentada do lado dela, eu não podia, sei lá, fazer o atestado pra pessoa ou fazer o pedido do exame, ou a prescrição. Eu tentei diversas vezes isso com uma gestão e não foi dada uma resposta assim. Eu não sei muito bem o motivo assim... falta de interesse, se é burocrático, se é moroso, mas não tem não tinha muito jeito naquele plano.

A gestão pega muito em cima porque eles querem muito que seja aprovado o número que mostre realmente que o médico de família está reduzindo custo, então isso ainda é um pouco complicado, e aí se você trabalha muito com número de atendimento fica difícil você ter resolutividade porque a gente precisa de retorno do paciente, a gente precisa de tempo de consulta, várias coisas (MFC3).

Um ponto que se destaca é a prescrição de um trabalho muito fragmentado entre os diferentes atores. Ocorre, nesse caso, uma paralisia que é própria da divisão técnica do trabalho em saúde, entendida como uma forma de organização do trabalho em saúde em que ocorre uma fragmentação do processo de cuidado, uma separação entre concepção e execução e uma padronização excessiva das tarefas, sem margem para criação e autonomia (PIRES, 2009).

Além disso, o relato da MFC3 articula o lugar do médico de família e comunidade e as condições de trabalho em termos próximos ao que Machado,

Melo e Paula (2019) apresentam: “a Medicina de Família e Comunidade passa a figurar como força de trabalho útil para o setor privado. De fato, a menor taxa de encaminhamentos e a racionalização do uso de exames complementares são habilidades que convêm a empresas e seguradoras do mercado” (2019, p. 2). Mas, como os próprios autores relatam, trata-se de uma clivagem na conformação do sentido da profissão, pois “sua atuação é descolada de uma realidade socioterritorial e conduzida a uma outra lógica, mercantil e acessada por quem pode pagar” (MACHADO; MELO; PAULA, 2019, p. 3), com o agravante de se remunerar mal o profissional médico e não haver uma rede de apoio que é própria dos ambientes presenciais. Sobre isso, a MFC3 acrescenta: “quando terminou o contrato e a outra empresa assumiu a licitação, eles estavam pagando dezesseis reais por atendimento. Isso no PJ, que a gente ainda tem 15,5% de imposto pra poder pagar, então dá sei lá, uns doze reais por consulta” (MFC3).

Esse cenário vai ao encontro da precarização do trabalho médico, que ocorre, ainda que se trate de uma das categorias mais bem remuneradas do mercado. Como relata Pires (2009), em relação à precarização do trabalho na saúde,

Refere-se a um conjunto amplo e variado de mudanças em relação ao mercado de trabalho, condições de trabalho, qualificação dos trabalhadores e direitos trabalhistas, no contexto do processo de ruptura do modelo de desenvolvimento fordista e de emergência de um novo padrão produtivo. (...)

Como nos demais setores da produção, a terceirização também cresce na saúde e tem sido utilizada pelos empregadores tanto do setor público quanto do privado, para diminuir os custos com a remuneração da força de trabalho e para fugir das conquistas salariais e direitos trabalhistas dos trabalhadores efetivos da empresa-mãe (PIRES, 2009, s/p).

A falta de condições de trabalho adequadas e a rigidez nos fluxos institucionais, sem que haja margem para a transformação do sofrimento em prazer por meio da mobilização subjetiva, foi um dos pontos que levaram a MFC3 a sair da saúde suplementar. Hoje, ela trabalha em uma unidade básica de saúde, que não se orienta pela Estratégia de Saúde da Família. E isso também traz problemas, segundo a profissional:

“você fica apagando incêndio. A gente não consegue fazer um atendimento contínuo do paciente e não tem nenhuma vontade do setor público, mesmo com a importância que isso traz para as pessoas e a redução de custos” (MFC3).

Aqui, faz sentido retomar o que Dejours apresenta em relação à mobilização subjetiva: quando é possível operá-la, mesmo condições adversas podem trazer prazer; já quando não se consegue mobilizar a angústia, o sofrimento se acumula em termos que podem chegar ao patológico e ao insuportável. Assim, ao ouvir a MFC3 tratar da pouca efetividade do trabalho a despeito dos seus esforços cotidianos, é compreensível que o ambiente de trabalho não seja capaz de proporcionar a mobilização subjetiva. Diz o psicanalista francês:

O sofrimento no trabalho começa quando, apesar de seu zelo, o trabalhador não consegue dar conta da tarefa. O prazer, ao contrário, começa quando, graças a seu zelo, o trabalhador consegue inventar soluções convenientes. Prazer e sofrimento no trabalho não são um suplemento de alma, eles são estritamente indissociáveis do trabalho. E o zelo no trabalho é irredutivelmente associado ao engajamento afetivo da subjetividade em conflito com o real. (DEJOURS, 2012b, p. 364)

O MFC4 trabalha em uma startup de saúde voltada para a atenção primária. Ele atende por telemedicina, mas é uma experiência bastante diferente do que a MFC3 relatou. A começar, porque a própria empresa propõe um outro enquadramento das suas atividades, mudando o trabalho a começar pela dimensão prescrita:

A empresa é uma gestora, na verdade, né? Eles se chamam de gestora de saúde, eles querem se posicionar fora desse tradicional plano de saúde. Porque a grande verdade é que muitos planos de saúde você paga pra não usar. Você paga pro momento que você precisa fazer um exame, paga por um momento que você precisa ser internado, por exemplo. E a proposta dessa gestora é engajar com o paciente diretamente, né? Constantemente, pra entregar saúde pra ele, a forma de que ele tenha menos consequências negativas na saúde dele. então é uma gestora de saúde que entende a atenção primária e entrega atenção primária mesmo no celular. E aí a gente tem a equipe de nutri, de psicólogo, de educador físico. Bastante acesso, a gente consegue ter uma equipe multidisciplinar (MFC4).

Segundo o MFC4, todo o atendimento é feito pela equipe de atenção básica do paciente. Ela recebe as demandas, filtra, acolhe, atende e só encaminha o paciente a especialistas focais quando estritamente necessário. E, nesse caso, o paciente vai para os melhores hospitais do país e não tem custos adicionais, porque só são encaminhados aos especialistas focais os casos clínicos em que a atenção primária não é capaz de ser plenamente resolutive.

Por ser um espaço de trabalho virtual, o modo de organização do trabalho é significativamente alterado.

A gente procura protocolos, por exemplo da Mayo Clinic, que é um grande centro médico dos Estados Unidos. Lá eles têm, por exemplo, a equipe de ortopedia, eles fizeram todo um artigo, né? De exame físico, osteomuscular a distância. Então, por exemplo, você consegue examinar hoje um paciente a distância sem nem entre aspas tocar nele. Claro que tem as limitações em alguns exames, mas a ideia é o máximo possível e enquanto for possível... Tem exceções, né? O que eles chamam de pessoas que não são digitalmente nativas, um pouquinho mais velhas. Então podem ter algumas limitações, mas sempre que possível a gente tem pra conseguir desenvolver isso da melhor forma possível a distância (MFC4).

Ao ser questionado sobre outros aspectos da organização do trabalho e como funciona trabalhar por telemedicina, o MFC4 relata que o prontuário eletrônico e os instrumentos digitais são capazes de criar fluxos de trabalho eficientes e mediar as interações entre os profissionais, criando um ambiente virtual:

É muito, muito bacana. Eu falei da tecnologia do prontuário eletrônico, mas eu nem consigo ir tão a fundo nas na quantidade de coisas que tem lá. Sobre a covid, por exemplo, todo grupo tem uma planilha que registra ali os atendimentos, se colheu o exame ou não, se tem o resultado positivo ou não. Então tem uma vigilância epidemiológica igual tem no SUS, né? Mas tem outras coisas bastante interessantes. Uma das primeiras da atenção primária chamava Wanda, da Inglaterra. E aí tem uma ferramenta dentro do prontuário eletrônico que chama Wanda que é uma ferramenta de coordenação do cuidado. Então assim, o médico hoje do time renovou a receita e é pra daqui a sessenta dias. Ele sabe que esgota. Então ele coloca uma Wanda pra ele mesmo daqui a cinquenta e nove dias escrito: renovar a receita do Fulano

Ou assim, eu atendo um paciente na demanda espontânea, vem um paciente com uma tosse crônica, digamos. E eu sei que eu não tenho nada pra fazer ali agudamente, mas que ele precisa de uma investigação que não vai ser feita comigo, vai ser feita na equipe dele. Então eu mando uma Wanda pro médico da equipe falando: olha, o Fulano está com tosse há tanto tempo, precisa de uma investigação

maior, aí aparece na primeira página de quando a gente acessa o prontuário eletrônico. Então tem uma ferramenta bastante importante e interessante nesse sentido (MFC4).

O MFC4 relata experiências de prazer no trabalho mesmo não trabalhando com nenhum colega e nenhum paciente presencialmente. Ao que tudo indica, portanto, o trabalho remoto pode ser mais capaz de mobilizar subjetivamente o trabalhador e até mesmo de vinculá-lo a um trabalho coletivo do que outras experiências de trabalho presencial, como o relatado pela MFC3, que dividia um ambiente físico com outros profissionais da saúde.

Questionado quanto a questões de estrutura e ergonomia, já que trabalha em frente ao computador durante toda sua jornada, o MFC4 relatou que isso também está bem direcionado.

“É simplesmente servidor e computador. Eles dão um modenzinho, então eles são bonzinhos, né? Tem outras outras empresas que não dão. E me dão uma puta cadeira, uma baita cadeira com suporte pra lombar” (MFC4).

O MFC5, por sua vez, relata que trocou a unidade básica de saúde pelos atendimentos particulares por conta da remuneração e das condições de trabalho. Hoje, ele atende em visitas domiciliares junto com sua esposa, que é enfermeira.

Fui deixando o SUS por questão de gosto, porque no SUS a gente fica só na unidade de saúde, com uma visita semanal apenas. No particular, atendo várias casas, o trabalho é bem menos monótono, bem mais completo, e pela remuneração que tem muita diferença do particular para o SUS.

Existe uma grande diferença de limitação entre os atendimentos que consigo fazer no particular e os que eu fazia no SUS, até por uma falta de estrutura. Embora tenha uma estrutura muito boa, há demora de exames, ou demora de liberar um procedimento ou até de recurso para o paciente comprar a medicação. Isso não existe no particular, então a gente consegue fazer as coisas com mais agilidade, mais completo e com menos tempo (MFC5).

Desse modo, o médico não possui um consultório. Ele faz atendimentos domiciliares nos bairros mais centrais da cidade onde atua, conforme registros dos stories. Assim, ele leva consigo uma série de instrumentos de intervenção, tal como a MFC2, como material para inserir

dispositivos intrauterinos e métodos rápidos de exames de sangue e de urina, coletados no momento da consulta. Isso se verifica nos stories abaixo:

Figura 22 - Story do Instagram do MFC5



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Figura 23 - Story do Instagram do MFC5



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Figura 24 - Story do Instagram do MFC5



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

As imagens ajudam a ilustrar a percepção do MFC5 em ter à sua disposição no atendimento particular alguns instrumentos que no atendimento da saúde pública ou suplementar possivelmente não estivessem disponíveis.

#### 4.2.4 As relações de trabalho na Medicina de Família e Comunidade: coletivo de trabalho, cooperação, espaço público de discussão e reconhecimento

As relações de trabalho são outro elemento fundamental ao trabalho. Retomando o que diz Dejours (1992) a esse respeito, considera-se nesse âmbito todas as relações que se dão no ambiente profissional por conta da organização do trabalho, seja com colegas, clientes, chefes e outros atores, de modo formal (prescrito) ou não.

Essas relações são sempre centrais para o reconhecimento, a validação, o senso de pertencimento. Recuperando o que diz o teórico francês, “é graças ao reconhecimento que uma parte essencial do sofrimento é transformada em prazer no trabalho” (DEJOURS, 2012b, p. 367); e, quando não há espaço para que a subjetividade trabalhe, ocorre o inverso: o sofrimento



não é capaz de ser transformado em medidas criativas que superem os problemas.

Nesse sentido, é interessante observar que a inteligência astuciosa - ou seja, a capacidade inventiva de o trabalhador superar questões individuais de modo a se compreender como útil e ajustar no real do trabalho a prescrição de modo subjetivo - não é um processo individual. É também, ou sobretudo coletivo, porque depende do reconhecimento de um outro para que faça sentido, na percepção plena do termo. Não é possível abrir mão do outro na construção da sua identidade profissional e da realidade do trabalho. Como diz o próprio Dejours, o modo como cada pessoa opera esses mecanismos de significação é subjetivo e sob certo aspecto insondável, já que atravessa meandros não-conscientes (DEJOURS, 1992). Porém, é certo que há no outro não só uma outra subjetividade com a qual conviver, mas um polo externo que é constitutivo para a própria constituição psíquica (KAES, 1991). E, na falta deste outro, falta também a capacidade de se efetivarem os processos pessoais de significação.

A MFC1 talvez seja o caso mais emblemático, a começar pelo fato de que seu trabalho de conclusão de curso na residência trabalhou justamente o tema da solidão. Ou seja, sua angústia está diretamente ligada à falta de reconhecimento, de um coletivo de trabalho, de processos de cooperação e de espaços públicos de discussão.

Agora eu estou com residente, mas quando você está numa unidade de saúde, às vezes você é o único médico ali. Então apenas um médico que entende as responsabilidades, a carga e as decisões que o médico tem que tomar. E isso é muito solitário, isso pode ser muito solitário. A gente não tem às vezes eventos científicos, não tem discussão de caso, você não pode trocar ideia com colega, é muito diferente por exemplo de um trabalho em hospital. Então, em questão médica, talvez uma das especialidades mais isoladas nesse sentido, sabe? (MFC1)

Isso ocorreu para a MFC1 ainda na residência:

“Meu preceptor me deixou assumindo a equipe, então eu assumi a equipe. Ele ia na, na, no posto três vezes na semana e parte desse tempo era no horário que eu não estava mais lá” (MFC1).

A manifestação parece encontrar diálogo com os seus anseios atuais, como preceptora, estabelecer novas relações no ambiente de trabalho.

“Agora eu entrei como preceptora, continuei na mesma equipe e eu estou com um residente. Mas eu mantive o meu vínculo com a equipe, eu não entreguei a equipe na mão do residente porque eu sofri muito sozinha” (MFC1).

Aparentemente, no entanto, seus problemas eram ligados ao modo como ocorria a organização do trabalho, e não especificamente com as relações com os colegas, ainda que esses temas se sobreponham em dados momentos. A médica disse, em entrevista, que “meu problema não era com a rotina, não era com essa equipe. (...) O meu problema foi com o programa de residência” (MFC1).

Isso também fica demonstrado no seguinte trecho:

A prefeitura é muito tranquila no diálogo. Você tem que fazer seu trabalho. Eu tenho uma boa relação com a secretária de saúde, com a coordenadora da atenção básica (agora mudou, ela era agente de saúde da minha equipe, eu sempre gostei muito dela, no âmbito pessoal mesmo, então foi uma surpresa muito agradável quando descobri que ela ia assumir essa posição). Então o diálogo é muito tranquilo, hoje mesmo a gente teve uma reunião e ela falou: olha só, você tem carta branca, o que você precisar fazer tem apoio, porque a gente já conhece o trabalho da medicina de família (MFC1).

Ainda explica: “eu vou muito na sala da coordenadora e da secretária de saúde. Essas conversas especificamente geralmente são mais informais, é mais pra pedir o aval pra fazer alguma coisa, o que que eles acham, tirar alguma dúvida de algum problema que tá tendo”.

As relações com os pacientes também são boas. Em mais de uma ocasião, a MFC1 relatou aspectos como:

“Já teve paciente no SUS que eu fiquei duas horas com ela no consultório. Eu fico cansada, mas feliz. Antes eu confundia o cansaço com tristeza, eu me sentia assim... não tô pra baixo, tô cansada” (MFC1).

Portanto, não há problemas relacionais significativos, há espaço para um trabalho com reconhecimento e há boas condições de mobilização subjetiva. O que não há são pares disponíveis para além do residente, cuja passagem é mais curta. E aqui há um elemento interessante a ser analisado.

Em sua fala, a MFC1 relatou que dialogar com outros médicos foi um dos objetivos de criar um Instagram profissional. Ao ser questionada sobre o papel do Instagram, se o objetivo da página seria criar links com médicos do restante do país, ela respondeu afirmativamente: “sim, é por isso, é a minha motivação maior” (MFC1). A seguir, contou que começou a página querendo divulgar a especialidade de Medicina de Família e Comunidade, com alguns vídeos de teor mais político. “Eu falava, por exemplo, da questão do setembro amarelo. Aí eu falei: e ninguém fala do capitalismo, as coisas, né? Eu sempre tive esse tom” (MFC1).

Segundo ela, esse processo ganhou mais concretude com a movimentação de elementos da organização do trabalho. Ela relata que em 2020 foi criado um projeto para a gestão privada da atenção primária, o que gerou dúvidas e trouxe polêmicas entre os profissionais da saúde. Foi então que ela começou a produzir conteúdo mais pormenorizado sobre políticas setoriais e isso aproximou os médicos de família e comunidade presentes no Instagram, formando um coletivo de trabalho virtual.

Foi superlegal. Depois, eu comentei muito do desmonte do SUS e então expliquei sobre o SUS. (...) Eu fiz um e-book depois explicando o desmonte do SUS também pra desenhar mesmo, aí eu resolvi fazer o café com o SUS que era pra explicar o SUS pras pessoas leigas, só que nesse movimento do Café com SUS muitos médicos de família e pessoas que trabalham atenção primária começaram a chegar. Depois eu fiz o Café da Atenção Primária, Saúde pelo Mundo, um em cada mês, depois eu fiz Café com Medicina de Família e Comunidade, Café com Saúde Mental, falava os principais tópicos. Tinha MFC do Brasil inteiro que vinha e conversava, falava assim: “gente, você também tem essa dificuldade? Eu também”. Sabe? Então era uma coisa que tão reconfortante, de entender que o que eu tô passando, outra pessoa tá passando, ela fez isso, por que que eu não posso fazer isso também? (MFC1)

Um exemplo de como o Instagram cumpre essa função é a interação entre os próprios médicos de família e comunidade, inclusive os ouvidos nesta pesquisa. No texto já apresentado da MFC2 sobre a organização da sala como um dispositivo para aproximar o médico do paciente (“Era pra ser um vídeo somente sobre a mesa lateralizada...”), a MFC1 comentou: “Que texto! É isso!!!! 😊👉👉”. E a MFC2, por sua vez, comentou: “Obrigada 🙏 por aí a rotina e os desafios se repetem né?”. Outros comentários de médicos de família e comunidade colaboram no mesmo sentido, fortalecendo laços entre

os profissionais e retomando pontos já apresentados sobre os possíveis sentidos que os médicos de família e comunidade dão ao seu trabalho: “MFCs que me inspiram 😊”; “Guerreira do SUS”; “Que mantenhamos a força! Obrigada por nos inspirar! 😊”; “Muito bem!! Um pouco de nossa rotina neste vídeo! 🙌🙌🙌🙌”; “Entenda. Você é perfeita ❤️”

Há, portanto, um enriquecimento da realidade por meio da dimensão virtual e o Instagram acaba por cumprir o papel de, ainda que de modo não-presencial, criar um novo espaço coletivo de discussão e oferecer novas relações de reconhecimento e cooperação entre médicos de família e comunidade. E, tal como ocorre com a MFC1, a MFC2 não conta com pares especialistas para compartilhar impressões sobre processos de trabalho e trocar informações. “Eu sou a única médica de família e comunidade num raio de cinquenta quilômetros aqui. No meu município eu sou a única, nos municípios em volta eu sou a única” (MFC2).

Em relação aos paciente, a MFC2 também relata possuir uma boa relação com os pacientes. E ela relata que a qualidade do vínculo no consultório particular acaba sendo maior por conta do tempo disponível:

Eu não posso escolher atender um a cada trinta minutos na UBS. Isso não está na minha escolha. Eu preciso produzir três pacientes por hora, até quatro. Agora, no meu consultório particular eu posso mudar isso. E aí o que que eu acho que é diferente é o tempo que você dá pro paciente falar, o nível de informação que você dá e com quais recursos você dá. A quantidade de informação que eu consigo dar pra um paciente diabético, por exemplo, no SUS, é menor do que se eu tivesse um uma hora de consulta com ele no consultório (MFC2).

O tempo de experiência clínica também é fundamental para a elaboração de um vínculo com mais qualidade. A MFC2 relata que era mais reativa e incisiva logo após a conclusão da residência, e que isso não ajudava.

“Eu não conseguia trazer os pacientes pro meu lado. A experiência me deu capacidade de comunicação, só através do vínculo e da longitudinalidade consegui mostrar como que é a visão da medicina de família”.

Mais à frente, ela apresenta como organiza o real do trabalho ao lidar com pacientes que desafiam o prescrito:

“hoje em dia o meu bom relacionamento vai da minha maleabilidade, de às vezes não fazer o que eu acho que é o mais correto tecnicamente, mas que é o melhor naquele momento pra eu construir o vínculo, pra um dia eu chegar nesse nesse perfeito tecnicamente” (MFC2).

Ainda assim, ela sente que é menos reconhecida do que gostaria pelos pacientes e faz uma comparação ao que via na relação médico-paciente do seu pai, obstetra na cidade em que ela atua hoje, sua cidade natal.

“As pessoas perderam a capacidade de presentear, de agradecer. Quando era criança, via meu pai ganhar vários presentinhos, um bombonzinho, uma toalha. Eu acho que as pessoas foram perdendo isso” (MFC2).

Sob certo aspecto, ser mais reconhecida é um dos elementos que a fazem alimentar seu Instagram. Porque, diferente da MFC1, que não apresenta o objetivo nítido de abrir diálogo com seus próprios pacientes, a MFC2 deseja fazer isso. Ela comentou:

Então, ali no Instagram o paciente consegue me ouvir, acho que às vezes me humanizar, né? Sim. Por uma rede virtual, mas ele consegue me humanizar. Ele consegue me ver por que é que eu estava cansada naquele dia. Ele consegue ver por que naquele dia eu demorei pra atender. Ele consegue ver o que eu senti. Tem essa dificuldade da gente falar na rede social sem identificar os pacientes, né? Acontece muitas vezes de eu viver alguma coisa, escrever um texto e publicar só semanas depois pra não identificar aquele paciente. Ou escrever às vezes de uma maneira geral, pegar um caso e tomar pelo todo sem dar detalhes. E tem a questão do marketing pessoal também. Quando as pessoas te conhecem, quando você é visto, você é querido. E uma parte também da minha vida também é o meu consultório particular. É a minoria dos meus pacientes que me conhecem pelo Instagram que vai pro meu consultório particular, mas algumas me conhecem por ali e acaba sendo um um marketing pessoal também. E tem a questão da da orientação em saúde né? As pessoas acabam aprendendo muita coisa ali e atualmente até é algo que tá muito forte pra mim, porque eu acho que as angústias foram diminuindo um pouco com a experiência, e hoje em dia é algo que eu tô muito focada ali, de fazendo educação e saúde. É uma maneira cada vez mais adequada de linguagem, de ética mesmo, né? Porque eu não posso prescrever por Instagram, mas ensinar sobre educação e saúde sim (MFC2).

O tom da resposta dado pela MFC2 parece apresentar uma dupla dimensão: autopromoção e educação em saúde. Isso dialoga com as próprias normativas da área, como a Resolução CFM nº 2.126/2015, e com os possíveis ganhos que a inserção da comunidade médica nas mídias sociais pode apresentar: mais conhecimento por parte do paciente sobre o processo saúde-doença do seu quadro pessoal, melhor autogestão das condições crônicas e maior suporte social por meio do reforço positivo a práticas saudáveis (FERNANDES et al., 2018).

Agora, se o Instagram parece permitir que a MFC2 mobilize seu repertório no sentido de criar links de aproximação com os pacientes, as críticas mais severas relacionadas ao reconhecimento são destinadas à gestão. E não parece haver uma expectativa de mudança, a julgar pelo tensionamento das relações:

Da gestão eu me sinto zero reconhecida. Eu sou boa no que eu faço, eu fiz medicina de família, eu tô onde eu quero estar, eu sou a única aqui e eu não sou lembrada disso hora nenhuma. Eu não sou consultada, não sou chamada pra ajudar em uma capacitação, nada. Isso me chateia. Acaba que às vezes sou muito mais rude, muito mais contestadora e tentando levar as coisas muito mais no braço porque eu não tenho espaço de chamada. Então não tem assim: “olha, vem cá, a gente precisa melhorar o nosso pré-natal, você que é médica de família e que tem uma experiência em saúde pública, como você acha que a gente pode fazer isso?” Ou por exemplo: tem um ano que eu tô na minha equipe e os indicadores de saúde todos aumentaram, todos melhoraram e eu acho que não foi uma coincidência de ser justamente no período que eu estou na equipe. (...)

Eu estou na cidade em que eu nasci, na cidade em que eu pensei em fazer carreira mesmo, então isso tudo só me faz pensar de como cada vez saber lidar mais com isso. Ou até do do contrário, assim, como cada vez mais me preparar pra um dia estar no local da gestão pra que eu possa realmente por em prática o que eu sei pra poder reconhecer as pessoas. (MFC2).

A MFC3 falou pouco de experiências relacionais, e mais sobre a organização do trabalho. Mas os principais aspectos se relacionam a quatro experiências: duas públicas e duas na saúde suplementar. Ela iniciou sua trajetória de trabalho em uma unidade com uma boa relação com a equipe. “Estava trabalhando numa comunidade no Rio com seis agentes comunitários, uma enfermeira e dois técnicos de enfermagem e eu de médica. A minha equipe me acolheu muito”. Na sequência, passou a trabalhar na saúde suplementar e a qualidade do vínculo com a equipe diminuiu.

“A gente não tinha reunião de equipe no primeiro plano que trabalhei. Eu tinha um espaço pro café, mas não encontrava muitas pessoas lá” (MFC3).

Já na sua segunda experiência da saúde suplementar, essa relação melhorou:

“Aí a gente levava questões pro nosso coordenador e tem uma copa lá que as pessoas frequentam muito, sempre estão levando coisas pras pessoas comerem. É um ambiente muito mais amistoso, isso ainda faz muita falta” (MFC3).

Atualmente, ela trabalha em uma unidade de saúde pública. Há prós e contras na organização do trabalho, mas a qualidade das relações novamente não se destaca.

Na minha primeira experiência no SUS, a gente tinha um horário na agenda que era de planejamento. Agora a gente não tem, então quando eu comecei nesse concurso da prefeitura, além de ser médica de família, eu tenho um aluno comigo, um residente. A gente teve uma reunião com os preceptores que entraram e um dos preceptores veio da mesma experiência que eu tinha, e ele também comentou que gostaria de ter esse tempo pra planejar. E daí falaram que não não tem. E realmente não tem mesmo assim, nunca teve. (...) E esses espaços de confraternização também ajudam. No meu caso serve mais pra desabafo (MFC3).

Encontrar um campo de elaboração para temáticas de saúde, algo que não ocorre nas reuniões de trabalho, foi possível no Instagram. A MFC3 relata que gosta de conversar e gostaria de se relacionar ainda mais com elas pelo Instagram, principalmente com coisas que envolvessem medicina de família.

“Eu gostaria de explicar mais sobre os benefícios de você ter um bom médico de família te acompanhando. (...) Gostaria que as pessoas pudessem pensar mais sobre a saúde delas, serem mais agentes da própria saúde. A gente é levado a crer que quem cuida da sua saúde é o seu médico, mas não é” (MFC3).

O MFC4 trabalha na saúde suplementar, mas em um modelo diferente: uma startup focada na atenção primária, que se pretende diferente dos planos de saúde tradicionais. E ele acredita que a cultura da empresa é capaz de dar um senso de pertencimento e fomentar relações de modo mais prazeroso que em outros ambientes:

“O funcionário se sente parte de algo maior, de um propósito, e isso faz com que seja tudo menos penoso né? Por você estar ali em condições boas, tem pessoas pra te dar suporte, tecnologia de ponta” (MFC4). Mais à frente, o médico compara essa realidade com a experiência do SUS, onde fez sua residência: “Você não tem limitações burocráticas que às vezes o SUS acaba deixando então tem sido uma experiência bem gratificante nesse sentido”.

Questionado sobre como se sentia em relação ao reconhecimento por seu trabalho, ele diz que se sente reconhecido, mesmo que se trate de um vínculo diferente do que viveu na residência: é um vínculo pago diretamente pelo paciente e estabelecido por teleconsultas.

“Mais pleno, sabe? Acho que isso sim, isso muda completamente. A sensação eu acho que muda um pouco, por ser digitalmente, mas as pessoas elas são gratas assim igualmente ao meu ver” (MFC4).

Em relação ao reconhecimento pela gestão, ele acredita que isso é ainda melhor.

Eu me sinto muito mais reconhecido nesse modelo que eu trabalho hoje. porque eu tenho muito mais autonomia, eu não me sinto simplesmente uma engrenagem, né? Você tem autonomia, você consegue criar times, você consegue entrar em projetos. E isso facilita essa essa questão de pertencimento, eu acho. Deu total match. Casou muito com o momento que eu tava no final da residência, que eu tava precisando de grana, me reconheceram dentro de uma start-up grande, entendeu? (...) Então, tudo isso me fez entender muito como parte do projeto. Então, eu tenho muita muita gratidão mesmo por estar nesse projeto (MFC4).

Além desse vínculo, o médico é preceptor da residência em Medicina de Família e Comunidade em um hospital e oferece uma mentoria para



médicos que desejam trabalhar com Medicina de Família e Comunidade junto a uma colega especialista. No seu Instagram, o processo é apresentado do seguinte modo: “ensinamos você a ter segurança nos atendimentos na UBS”. E essa virada na sua vida profissional, que ele aborda como um encontro com novos objetivos, também mudou o modo como ele se apresenta e gere seu Instagram. Desde então, ele procura estabelecer novas relações na mídia social:

Quando eu comecei a usar o Instagram, foi com a ideia de trazer pacientes particulares. E eu ainda tenho esses pacientes particulares. Mas hoje, como surgiu a mentoria, e como foi uma coisa que aconteceu muito rápido (...) não é mais meu foco principal, realmente, eu mudei minha comunicação. Hoje, minha comunicação é com o pessoal da saúde, é com o acadêmico, é com o médico recém-formado (MFC4).

O MFC5, que atende de modo particular, concentra a maior parte de suas relações de trabalho cotidianas com sua esposa, que é enfermeira e atende junto a ele nas visitas domiciliares.

“Tem os cuidados de enfermagem, a gente discute os casos, e se necessário encaminhamento para fisioterapia, psicólogo, nutricionista. São profissionais parceiros e trabalhamos em equipe, discutimos os casos de cada paciente” (MFC5).

Questionado sobre o fato de ser ou não solitário atender de modo particular, sem uma equipe grande no seu entorno como ocorreria nos espaços público e de saúde suplementar, o MFC5 entende que isso não ocorre:

Não acredito que seja solitário, até me sinto bem acolhido porque normalmente as consultas domiciliares têm familiares juntos. É bem tranquilo, bem gostoso, tem bastante conversa. A gente consegue abordar outros temas durante a consulta, é uma consulta mais demorada, mais tranquila, com tempo livre para o paciente contar tudo o que precisa.

Então, me relaciono com todas as pessoas: com pacientes, familiares de pacientes, amigos, outros profissionais. Tem reuniões entre profissionais parceiros para discutir casos e até questões pessoais, então eu me sinto reconhecido pelos pacientes, pelos familiares. Sempre que vou a algum lugar público, alguém me reconhece e lembra de algum atendimento, algum amigo que indicou. Tenho uma vida social bastante intensa. Pelo termo, o médico particular acaba sendo mais de família do que

de comunidade, mas há várias famílias em que atendo muitas pessoas, até mais de 20 pessoas, o que acaba formando uma pequena comunidade (MFC5).

Como se pode perceber, o modo como as relações de trabalho se constituem no cotidiano são bastante diversas. Ora elas indicam proximidade, importante para o senso de pertencimento, para o reconhecimento e para a mobilização subjetiva; ora elas são mais distantes, trazendo mais apatia e sofrimento ao trabalhador. Além disso, relações saudáveis podem vir de diferentes atores: alguns profissionais têm conflitos com a gestão, mas se relacionam bem com colegas; outros se relacionam bem com colegas, mas apresentam queixas dos pacientes; e assim sucessivamente.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação pretendeu compreender de que modo os médicos de família e comunidade que possuem perfis profissionais no Instagram dão sentido ao seu trabalho. Para isso, se partiu do corpo teórico da Psicodinâmica do Trabalho, em particular das contribuições do psicanalista francês Christophe Dejours. Além disso, foi necessário conhecer parte da literatura preocupada com a formação e com a subjetividade dos trabalhadores médicos, para então articular as construções de sentido por parte dos médicos de família e comunidade.

Nesse percurso, foram ouvidos cinco profissionais, com trajetórias bastante diversas. Essa pluralidade se demonstrou oportuna para dar conta dos diferentes locais físicos e simbólicos que os médicos da especialidade ocupam atualmente. Assim, foi possível verificar a um só tempo o processo de significação que os representantes da categoria dão a seu trabalho, bem como o movimento da Medicina e do campo da saúde *lato sensu* no Brasil em um sentido mais geral. Exemplos disso são a abertura de startups de saúde baseadas na atenção primária, com primazia para a prevenção e para o atendimento das demandas na esfera básica do cuidado, e a percepção de que também o trabalho médico pode ser afetado pelo movimento de precarização do trabalho que é conhecido de outros grupos de trabalhadores.

Além disso, chama atenção o fato de que, dos cinco médicos escutados, apenas um seja uma mulher negra. E é justamente ela que apresenta o trabalho mais precarizado: até há poucos meses, seu vínculo de trabalho se concentrava em um modo precarizado de telemedicina (com uma dinâmica de trabalho diferente desse novo modelo de startup, portanto), que remunerava aproximadamente R\$ 12 por consulta médica, em valores líquidos, com forte cobrança para atender pacientes de modo ininterrupto e sem autonomia de resolução das demandas clínicas que surgissem para além do fixamente prescrito. As possíveis aproximações desse tipo de trabalho com outros empregos reconhecidos pela precarização do seu vínculo, como de telemarketing, podem vir a ser estudadas de modo mais cuidadoso em trabalhos futuros ao longo dos próximos anos, sobretudo sob a hipótese de que

plataformas de “uberização” do trabalho médico se consolidem no pós-pandemia.

Outro ponto que apareceu de modo sutil, mas que pode ser investigado com centralidade em outros momentos, são as relações de gênero. Interessa observar a relação entre as formas de opressão e exploração que ocorrem no ambiente de trabalho e o corpo das teorias críticas ligadas às clínicas do trabalho, como é o caso da Psicodinâmica do Trabalho. Se o sofrimento no trabalho é um fator estrutural e estruturante, e se são suas formas de ocorrência concretas que interessam aos pesquisadores desse campo, é interessante observar como tais temáticas compõem nos ambientes de trabalho. Dos cinco médicos ouvidos, as três mulheres comentaram ocorrências que de um modo ou outro podem servir de porta de entrada à compreensão dos efeitos do machismo e do patriarcado nas organizações.

Ainda ao falar em território, esse foi um dos pontos emergentes mais significativos no percurso do mestrado. A transformação na morfologia do trabalho contemporâneo atinge a área da saúde e também o fazer médico. Assim, alguns terrenos estão em movimento, com fraturas, e outros se consolidando. A relação entre o público e o privado estão entre os pontos mais sensíveis dessa estrutura sísmica, sobretudo ao se considerar os desafios na implementação das políticas do SUS e a inevitável abertura de espaços de mercados que isso traz.

O Instagram apareceu na dissertação como um ponto importante quando se fala da emergência de novos territórios. Pensado inicialmente como um critério de inclusão de sujeitos de pesquisa, diante da pandemia da covid-19, ele logo se tornou mais produtivo que isso. Em primeiro lugar, porque foi possível triangular as entrevistas com a literatura acadêmica e também a produção de conteúdo para essa mídia. E, mais que isso, as páginas de Instagram e os modos de sociabilidade que ela abriga são fenômenos que fazem parte do mundo do trabalho e podem ter a mesma centralidade que os espaços institucionais formais: reuniões, chats, grupos e outros dispositivos tradicionalmente credenciados, capazes de mobilizar os trabalhadores subjetivamente e formar coletivos de trabalho. Também nesse caso há um

campo de análise em aberto, seja em relação ao trabalho médico, seja em relação a outras categorias.

Mas, no caso dos médicos de família e comunidade, há um elemento ainda mais concreto ao se questionar o significado de considerar experiências digitais e elevá-los ao status de novos territórios fronteiriços: afinal, que comunidade é essa? Segundo nossa impressão, a Medicina de Família e Comunidade é uma sigla com letras assimétricas. Quanto mais as crises institucionais da Nova República impõem desafios ao modelo de sociedade desenhado pela Constituição de 1988, mais as políticas públicas vão perdendo força, inclusive o SUS, e, desse modo, mais a especialidade se torna “mais de família do que de comunidade”, no sentido de que escapa à lógica da Estratégia de Saúde da Família e os conceitos de território e de comunidade deixam de ser mobilizados. O efeito prático disso seria uma clivagem entre os médicos de família e comunidade: alguns deles se sub-especializariam em atender como médicos de família, de modo que a pessoa ou o núcleo familiar a ser atendido é desenraizado, desterritorializado; outros como médicos de comunidade, no SUS, mas com dificuldades práticas de fazer visitas domiciliares e sem tempo de escutar os pacientes do seu território com qualidade para apreender seu contexto; e, no meio do caminho, a saúde suplementar, que não é territorializada, nem goza do tempo de consulta e demais instrumentos da clínica particular.

Finalizando os apontamentos relacionados ao percurso de pesquisa, convém mencionar um outro aspecto de território: o significado de campo no período de pandemia. O aprendizado do período do mestrado no Programa de Pós-Graduação em Administração foi muito rico, parte dele em relação à dimensão prescrita, e parte dele em relação à dimensão de um real que não cabe nos manuais. Fazer um mestrado à distância e ter que ir ao encontro da realidade sem sair de casa foi um desafio grande, e provavelmente mais solitário do que seria em outro momento. Escutar sobre solidão em um período também solitário foi um processo de identificação e de reconhecimento, em termos metateóricos. Todo esse arranjo exigiu inventividade, paciência e generosidade.

E, por fim, agora em termos pessoais, é interessante apontar que a categoria território também é um marcador importante para o meu processo de

significação como pesquisador. Esta pesquisa ocorre em um momento de preparação do desligamento do meu lugar. A razão pela qual optei por fazer o recorte da dissertação entre a categoria médica é, além dos já mencionados na introdução, porque desejo iniciar uma graduação em Medicina. Assim, trilhar um percurso nesse campo foi uma oportunidade ímpar de estabelecer uma ponte com esse plano e com uma perspectiva de saúde que me interessa pessoalmente, seja pela vinculação com políticas públicas, seja pela adoção de uma perspectiva de saúde que procura alternativas aos limites do modelo biomédico.

## REFERÊNCIAS

ACIOLE, Giovanni Gurgel. **O lugar, a teoria e a prática profissional do médico**: elementos para uma abordagem crítica da relação médico-paciente no consultório. Artigos • Interface (Botucatu) 8 (14) • Fev 2004 • <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100006>.

AELIGTON FILHO; LEMOS, N. R.; SANTOS, J. DA S.; TAJRA, F. S. **A imagem do profissional médico nas redes sociais**. Revista Brasileira de Educação e Saúde, v. 10, n. 3, p. 85-91, 4 jul. 2020.

AGUIAR, Adriana Cavalcanti. **Gestão de programas de residência: desafios atuais no trabalho de coordenadores brasileiros**. In: AGUIAR, Adriana Cavalcanti (coord). Preceptoría em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão. Rio de Janeiro : CEPESC/IMS/UERJ, 2017.

ALMEIDA, Wanessa da Silva de et al. **Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de COVID-19**. Rev. bras. epidemiol. 23 • 2020 • <https://doi.org/10.1590/1980-549720200105>.

AMMG, 2020. **5/12, Dia Nacional do Médico de Família e Comunidade**. Publicado em: 5 dez 2018 Disponível em: <https://ammg.org.br/noticia/o-que-e-o-medico-da-familia-e-comunidade/> Acesso em: 17 ago 2021.

ANDERSON, Maria Inez Padula; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva; RODRIGUES, Ricardo Donato. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. Rev Bras Med Fam e Com, Rio de Janeiro, v.3, n° 11, out /dez 2007.

ANDRADE, Deyvyd C.; DAVID, Helena M. S. L. **Análise de redes sociais**: uma proposta metodológica para a pesquisa em saúde e na enfermagem. Revista Enfermagem UERJ, [S.l.], v. 23, n. 6, p. 852-855, fev. 2016. ISSN 0104-3552.

ANDRADE, Edson de Oliveira. **Como vejo os médicos e a medicina**. Editorial • Arq. Bras. Oftalmol. 67 (3) • Jun 2004 <https://doi.org/10.1590/S0004-27492004000300002>

ANTUNES, Ricardo. **Desenhando a nova morfologia do trabalho: As múltiplas formas de degradação do trabalho**. Revista Crítica de Ciências Sociais, 83 | 2008, 19-34.

AREOSA, João. **O Mundo Do Trabalho Em (Re)Análise**: Um Olhar a Partir Da Psicodinâmica Do Trabalho. Laboreal, 2019.

\_\_\_\_\_. **Ensaio sobre psicodinâmica do trabalho**. R. Katál., Florianópolis, v.24, n. 2, p. 321-330, maio/ago. 2021.

ARIAS-CASTILLO, Liliana; TORO, Cesar Brandt; FREIFER, Sandra; FERNANDEZ, Miguel Angel. **PERFIL DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: DEFINIÇÃO IBEROAMERICANA**. Publicado em: mai 2010. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/documentos/perfil\\_mfc.pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/documentos/perfil_mfc.pdf) Acesso em: 17 ago 2021.

BALINT, Michael. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu, 1988.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011

BARROS DE MELO, Marilene; BRANT, Luiz Carlos. **Ato Médico: Perda da Autoridade, Poder e Resistência**. PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2005, 25 (1), 14-29.

BBC. **Mais Médicos: O que disseram Cuba e Bolsonaro sobre a saída dos cubanos do programa**, 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-46210587> Acesso em: 20 jun 2022.

BERGAMO, Monica. **Explosão de internações por Covid-19 multiplica valor pago por médicos em UTIs**, Folha de São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/columnas/monicabergamo/2021/03/explosao-de-internacoes-por-covid-19-multiplica-valor-pago-por-medicos-em-utis.shtml> Acesso em: 21 jun 2022.

BORGES, Renata; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC**. The medical home visit as a space for interaction and communication in Florianópolis - Santa Catarina. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.15, n.37, p.461-72, abr./jun. 2011.

BORGO, Ana Silvia Alves. **Os efeitos da interação com a organização-cliente na subjetividade do consultor organizacional**. Dissertação: Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba: 2018.

BRASIL, 2017. **Portaria 2436 de 21 de setembro de 2017**: Ministério da saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) Acesso em: 30 jun 2021.

\_\_\_\_\_. 2019. **Sobre: Programa de Pós-Graduação em Administração**. Disponível em: <http://www.utfpr.edu.br/cursos/coordenacoes/stricto-sensu/ppga-ct/sobre>. Acesso em: 30 jun 2021. Última modificação em: 24 jan 2019.

\_\_\_\_\_. **Qual a diferença entre faculdades, centros universitários e universidades?** Ministério da Educação, 2022. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/127-perguntas-frequentes-911936531/educacao-superior-399764090/116-qual-e-a-diferenca-entre-faculdades-centros-universitarios-e-universidades> Acesso em: 20 jun 2022.



\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial Nº 9, de 13 de outubro de 2021**. Publicado em: 15/10/2021 | Edição: 195 | Seção: 1 | Página: 42. Órgão: Ministério da Educação/Gabinete do Ministro.

\_\_\_\_\_. **Tabela de Valores de Bolsas no País**, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/cnpq/pt-br/aceso-a-informacao/bolsas-e-auxilios/copy\\_of\\_modalidades/tabela-de-valores-no-pais](https://www.gov.br/cnpq/pt-br/aceso-a-informacao/bolsas-e-auxilios/copy_of_modalidades/tabela-de-valores-no-pais) Acesso em: 24 jun 2022.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília : CONASS, 2007. 234 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 11).

\_\_\_\_\_. **Médicos pelo Brasil x Mais Médicos: o que muda?**, 2021. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/noticias/342-medicos-pelo-brasil-x-mais-medicos-o-que-muda> Acesso em: 22 jun 2022.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3353/2021**, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.353-de-2-de-dezembro-de-2021-364682475> Acesso em: 20 jun 2022.

\_\_\_\_\_. **Mais Médicos, Perguntas Frequentes**. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/perguntas-frequentes> Acesso em: 22 jun 2022.

BRITO, Jussara Cruz de. **Trabalho prescrito**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Publicado em: 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trapre.html> Acesso em: 8 ago 2022.

\_\_\_\_\_. **Trabalho real**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Publicado em: 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trarea.html> Acesso em: 8 ago 2022.

CAMPOS, Carlos Frederico Confort; FIGARO, Roseli. **A Relação Médico-Paciente vista sob o Olhar da Comunicação e Trabalho**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. V. 16 N. 43 (2021).

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividad y Administración del personal: consideraciones sobre el trabajo en los equipos de salud. Em: **Agir em Saúde/Práxis en salud**. Buenos Aires e São Paulo: Hucitec e Lugar, 1997.

CAMPOS, Rosana T Onocko; CAMPOS, Gastão Wagner de S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. Em: **Tratado de Saúde Coletiva**; Editora Hucitec/Fiocruz; organização Campos, GWS; Minayo, MCS; Akerman, M; Drumond Júnior, M; Carvalho, YM. – 2006.

CARDOSO, M. H. C.de A. **História e medicina**: a herança arcaica de um paradigma. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, VI(3): 551-575, nov. 1999-fev. 2000.

CASSIAS, André. **SBMFC entrevista André Cassias: vamos falar sobre o MFC na Saúde Suplementar?** Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/sbmfc-entrevista-andre-cassias-vamos-falar-sobre-o-mfc-na-saude-suplementar/> Acesso em: 20 jun 2022.

CASTRO, Felipe Rodríguez de. **Proceso de Bolonia (V): el currículo oculto**. Educ. méd., v. 15, n. 1, p. 13-22, 2012.

CEARÁ. **Saúde Suplementar**, Ministério Público do Estado do Ceará, 2022. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/caosaude/saude-suplementar/> Acesso em: 24 jun 2022.

CFM, 2018. **Resolução CFM nº 2.126/2015**. Publicado em: 1 out 2015. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2015/2126> Acesso em: 16 ago 2021.

\_\_\_\_\_. **Ato médico**: Lei completa 4 anos com conquistas. Publicado em: 5 jan 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/ato-medico-lei-completa-4-anos-com-conquistas> Acesso em: 16 ago 2021.

\_\_\_\_\_. **CFM publica novo Código de Ética Médica**; confira novidades. Publicado em: 5 nov 2018. Disponível em: <https://pebmed.com.br/cfm-publica-novo-codigo-de-etica-medica-confira-novidades/> Acesso em: 16 ago 2021.

CFP, 2005. **Não ao projeto de lei do Ato Médico**. Saiba o porquê. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/04/cartilha\\_ato\\_medico.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/04/cartilha_ato_medico.pdf) Acesso em: 16 ago 2021.

COELHO NETO, Giliate Cardoso; ANTUNES, Valeska Holtz; OLIVEIRA, Aristides. **A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil**: contexto e perspectivas. Cad. Saúde Pública 2019; 35(1):e00170917.

CORDEIRO, Joselma C. **Redes Sociais e Saúde**. REDES - Revista hispana para el análisis de redes sociales. Vol. 12, #10, Jun 2007.

CORSI, Paulo Roberto. **Fatores que Influenciam o Aluno na Escolha da Especialidade Médica**. Revista Brasileira de Educação Médica, 38 (2): 213-220; 2014.

COSTA, Simone da Silva. **Pandemia e desemprego no Brasil**. Rev. Adm. Pública 54 (4) • Jul-Aug 2020 • <https://doi.org/10.1590/0034-761220200170>.

COSTA, Virginia Helena Ferreira da. **Questionamentos sobre filogênese e história em Freud**. Ipseitas, [S.l.], v. 2, n. 1, set. 2015. ISSN 2359-5140. Disponível em: <http://www.revistaipseitas.ufscar.br/index.php/ipseitas/article/view/75>>. Acesso em: 01 Jul. 2021.

DEJOURS, Christophe. **A Loucura do Trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez Editora/Oboré, 1992.

\_\_\_\_\_. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

\_\_\_\_\_. **Trabalho Vivo, Sexualidade e Trabalho**: Trabalho e Emancipação. Brasília: Paralelo 15, 2012.

\_\_\_\_\_. **Psicodinâmica do Trabalho e Teoria da Sedução**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 17, n. 3, p. 363-371, jul./set. 2012

\_\_\_\_\_. **Organização do trabalho e saúde mental:** quais são as responsabilidades do Manager? In: Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar. Goiânia: Editora PUC Goiás, 2016.

\_\_\_\_\_. **Psicodinâmica do trabalho:** casos clínicos. Porto Alegre: Editora Dublinense, 2016.

\_\_\_\_\_. **Primeiro, o corpo:** corpo biológico, corpo erótico e senso moral. Ebook. Porto Alegre: Dublinense, 2019.

\_\_\_\_\_. **Entrevista: Reconhecimento & Trabalho.** Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=xJuFwwHJbs4&ab\\_channel=AlexanderBuarque](https://www.youtube.com/watch?v=xJuFwwHJbs4&ab_channel=AlexanderBuarque) Acesso em: 20 jun 2022.

\_\_\_\_\_. **Entrevista: Suicídio entre médicos.** Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=4JboCy341QU&list=WL&index=1&ab\\_channel=AlexanderBuarque](https://www.youtube.com/watch?v=4JboCy341QU&list=WL&index=1&ab_channel=AlexanderBuarque) Acesso em: 20 jun 2022.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. **5/12, Dia Nacional do Médico de Família e Comunidade.** Publicado em: 4 dez 2020 Disponível em: <https://sp.unifesp.br/epm/ultimas-noticias/medico-familia-comunidade-2020> Acesso em: 17 ago 2021.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva; OLIVEIRA, Cristina Alves de; GONÇALVES, Daniel Almeida. **Prática clínica na Estratégia Saúde da Família:** organização e registro. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/3/unidades\\_conteudos/unidade24m/unidade24m.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/3/unidades_conteudos/unidade24m/unidade24m.pdf) Acesso em: 1 jul 2021.

EBC, 2013. **CFM diz que vetos são agressão e traição aos médicos.** Publicado em: 11 ju 2013. Disponível em: <https://memoria.ebc.com.br/noticias/saude/2013/07/cfm-diz-que-vetos-sao-agressao-e-traicao-aos-medicos> Acesso em: 16 jan 2021.

\_\_\_\_\_, 2013. **Dilma sanciona Ato Médico com vetos.** Publicado em: 11 jul 2021. Disponível em: <https://memoria.ebc.com.br/noticias/saude/2013/07/dilma-sanciona-ato-medico-com-vetos> Acesso em: 16 ago 2021.

\_\_\_\_\_, 2013. **Entenda o que é o ato médico.** Publicado em: 19 jun 2013. Publicado em: <https://memoria.ebc.com.br/noticias/saude/2013/06/entenda-o-que-e-o-ato-medico> Acesso em: 16 ago 2021.

\_\_\_\_\_, **Desemprego mantém recorde de 14,7%, diz IBGE, 2021.** Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2021-06/desemprego-mantem-recorde-de-147-diz-ibge> Acesso em: 20 jun 2022.

FAPESP, 2020. **Semelhanças entre a gripe espanhola e a Covid-19:** pandemia do início do século XX e a atual levaram à valorização do sistema público de saúde. Publicado em: 26 mar 2020. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/semelhancas-entre-a-gripe-espanhola-e-a-covid-19/> 16 ago 2021.

FENASAÚDE. **FenaSaúde destaca desafios e oportunidades da Saúde Suplementar durante participação na Hospitalar 2022.** Publicado em: 20 de Maio de 2022. Disponível em: <https://fenasaude.org.br/noticias/fenasaude-destaca-desafios-e-oportunidades-da-saude-suplementar-durante-participacao-na-hospitalar-2022.html> Acesso em: 24 jun 2022.

FERNANDES, Denise Mota Araripe Pereira. **A preceptoria em medicina de família e comunidade e as estratégias de organização da atenção primária frente à COVID-19**. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2021 Jan-Dez; 16(43):2832.

FERNANDES, Florestan. **A Revolução burguesa**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

FERNANDES, Larissa de Siqueira; CALADO, Camila; ARAUJO, Claudia Affonso Silva. **Redes sociais e práticas em saúde: influência de uma comunidade online de diabetes na adesão ao tratamento**. Ciência & Saúde Coletiva, 23(10):3357-3368, 2018.

FERRI, S.M.N. ET AL. **Soft technologies as generating satisfaction in users of a family health unit**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., Comunic., Saúde, Educ. v.11, n.23, p.515-29, set/dez 2007.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/169> Acesso em: 30 jun 2021.

FRANÇA, Tania; RABELLO, Elaine Teixeira; MAGNAGO, Carinne. **As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas**. ENSAIO: Saúde debate 43 (spe1) 16 Set 2019Ago 2019 • <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S109>.

FRANKL, Viktor. **Em Busca de Sentido: Um Psicólogo no Campo de Construção**. 1984. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/58/o/Em\\_Busca\\_de\\_Sentido\\_-\\_Viktor\\_Frankl.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/58/o/Em_Busca_de_Sentido_-_Viktor_Frankl.pdf) Acesso em: 16 ago 2021.

GASKELL, George. **Pesquisas individuais e grupais**. In: Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. BAUER, Martin W; GASKELL, George. Petrópolis: Vozes, 2002.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano. **Posicionamentos sobre a Carteira de Serviços da APS**, 2019. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2019/09/09/posicionamentos-sobre-a-carteira-de-servicos-da-aps/> Acesso em: 20 jun 2022.

GIOVANELLA, L., Martufi, V., Carolina Ruiz Mendoza, D., Helena Magalhães de Mendonça, M. ., Emilia Moraes Bousquat, A., Aquino Guimarães Pereira, R. ., & Guadalupe Medina, M. . (2020). **The contribution of primary health care in the SUS network to face Covid-19**. In SciELO Preprints. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1286>

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. **Territorialização em saúde**. Publicado em: 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html> Acesso em: 8 ago 2022.

GUIMARAES, Juca. **Por que médicos brasileiros se recusam a trabalhar no interior**, Brasil de Fato, 2018. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2018/11/23/por-que-medicos-brasileiros-se-recusam-a-trabalhar-no-interior>  
Acesso em: 18 jun 2022.

GUSMÃO, Sebastião. **História da Medicina**: evolução e importância. Jornal Brasileiro de Neurocirurgia. 15(1), 5-10, 2004.

IZECKSOHN, Mellina Marques Vieira et al. **Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade**: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. Ciênc. saúde colet. 22 (3), Mar 2017, <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.332372016>.

JAIN, Sachin H. **Practicing Medicine in the Age of Facebook**. N Engl J Med 2009; 361:649-651 DOI: 10.1056/NEJMp0901277.

KATSURAYAMA, Marilise; PEREIRA, Rosana Cristina Parente; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. **Construção de um modelo teórico dejouriano destinado à avaliação da saúde do trabalhador**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 25, núm. 3, julho-setiembre, 2012, pp. 374-380

KRUGER, Ana. **Entenda como é o pagamento de cubanos no programa Mais Médicos**, Congresso em Foco, 2018. Disponível em: <https://congressoemfoco.uol.com.br/area/governo/entenda-como-e-o-pagamento-de-cubanos-no-programa-mais-medicos/> Acesso em: 20 jun 2022.

LANCMAN, Silvia; UCHIDA, Seiji. **Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho**. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2003, vol. 6, pp. 79-90.

LEVI-STRAUSS, Claude. **O Feiticeiro e sua magia**. Traduzido de: Le Sorcier et sa magie, in Les Temps Modernes, 4ºano, nº41, 1949, pp. 3-24.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. **A Psicopatologia do trabalho**. Psicol. cienc. prof. 18 (2) • 1998 • <https://doi.org/10.1590/S1414-98931998000200003>.

MACHADO, Humberto Sauro Victorino; MELO, Eduardo Alves; PAULA, Luciana Guimarães Nunes de. **Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos**. PERSPECTIVAS, Cad. Saúde Pública 35 (11), 2019, <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068419>.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados**. Saúde debate 42 (spe1). Set 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>. Acesso em: 24 jun 2022.

MAGNUS, Cláudia de Negreiros; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. **Clínica Psicodinâmica do Trabalho: a construção de um coletivo no real da**

**pesquisa.** Rev. Polis Psique [online]. 2015, vol.5, n.3, pp. 179-197. ISSN 2238-152X.

MARIGUELA, Marcio. **O retorno à formação:** por uma ética da palavra. Em: Um retorno a Freud. Campinas: Mercado de Letras, 2009.

MEIMARIDIS, Melina. **‘Herói ou humano?’:** a construção do imaginário médico nas séries americanas. Reciiis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2018 jan.-mar.;12(1):101-114.

MELLO, Guilherme Arantes. **Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira.** Rev Brasileira de Educação Médica, 33 (3) : 475 – 482 ; 2009.

MENESES, José Abelardo Garcia de. **O Médico e as Mídias Sociais no contexto da ética profissional.** Disponível em: [https://www.cremeb.org.br/wp-content/uploads/2019/12/lsp\\_85b6424df43fb5942732ee58dc5c9271\\_031219-053313.pdf](https://www.cremeb.org.br/wp-content/uploads/2019/12/lsp_85b6424df43fb5942732ee58dc5c9271_031219-053313.pdf) Acesso em: 16 jan 2021.

MERLO, Alvaro Roberto Crespo; MENDES, Ana Magnólia Bezerra. **Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil:** teoria, pesquisa e ação. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2009, vol. 12, n. 2, pp. 141-156.

MONTALVAO, Luciano Alvarenga. **Marxismo e Psicodinâmica do Trabalho:** aproximações possíveis. Trabalho (En)Cena 3, no. 2 (n.d.): 65–79. doi:10.20873/2526-1487V3N2P65.

MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. **A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde:** dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. Investigação Qualitativa em Ciências Sociais//Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales//Volume 3, 2015.

MOURA, Francisco Rodrigues Alves de. **Mal Estar no Trabalho da Hipermmodernidade:** Seis Dimensões Observadas na Clínica e Suas Consequências. Disserta o: Programa de Pós-Gradua o em Psicologia Social e do Trabalho da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2019.

NASCIMENTO, Bruno Marcello Ferreira do. **Mobiliza o Subjetiva:** do sofrimento ao viver criativo no trabalho. Disserta o: Programa de Pós-Gradua o em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2015.

OLIVEIRA, Vinicius Gomes de et al. **Medicina de Família e Comunidade:** breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de gradua o. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(30):85-8. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)850](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)850).

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. **Do Programa   Estratégia Saúde da Família:** expansão do acesso e redu o das internac es por condi es

sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1903-1913, 2018.

PIRES, Denise Elvira. *Divisão Técnica no Trabalho em Saúde*. Publicado em: 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/divtectrasau.html> Acesso em: 9 ago 2022.

\_\_\_\_\_. **Precarização do trabalho em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Publicado em: 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pretrasau.html> Acesso em: 9 ago 2022.

RADIS. *Brasil volta ao Mapa da Fome*, 2020. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/brasil-de-volta-ao-mapa-da-fome> Acesso em: 27 jun 2022.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A., LIMA, M. C. **The establishment of the physician's identity**: implications for undergraduate medical teaching, *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.6, n.11, p.107-16, 2002.

REPÓRTER BRASIL. **Guia rápido para jornalismo sobre trabalho escravo**. Disponível em: <https://reporterbrasil.org.br/guia/> Acesso em: 16 ago 2021.

RIBEIRO, Carlos Dimas Martins. **Problemas éticos e justiça social na Estratégia Saúde da Família**. *Revista Bioética*, vol. 25, núm. 2, pp. 348-357, 2017.

RIBEIRO, Lucas Gaspar. **Demografia Médica 2020 e a Medicina de Família e Comunidade**. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/demografia-medica-2020-e-a-medicina-de-familia-e-comunidade/>

\_\_\_\_\_. **Os preceptores da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo**: Quem são? Onde estão? O que fazem? - Dissertação de Mestrado, Mestrado Profissional em Saúde da Família, 2019. Disponível em: <https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/tcm/os-preceptores-residencia-medica-medicina-familia-comunidade-estado-sao-paulo-quem-sao-onde> Acesso em: 21 jun 2022.

SAMPAIO, Ricardo Barros; SILVA, Luana P.; ESTEVES, Elmo Fagner Sampaio. **Proposta de metodologia para análise de redes sociais aplicadas a sites de saúde**. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. souza8, n. 1 (2014).

SANTA CATARINA. **Lei Nº 4.484/2016**, Prefeitura Municipal de Dionísio Cerqueira, 2016. Disponível em: <https://www.diariomunicipal.sc.gov.br/site/?r=site/acervoView&id=960351> Acesso em: 24 jun 2022.

SBMFC. **A sociedade**. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/a-sociedade/> Acessado em: 17 ago 2021.

\_\_\_\_\_, **Estabelecimentos**, 2022. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/estabelecimentos/> Acesso em: 20 jun 2022.

\_\_\_\_\_, **Nota da Diretoria da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade sobre o Programa Médicos pelo Brasil/ADAPS**, 2022. Disponível: <https://www.sbmfc.org.br/site-antigo/noticias/nota-da-diretoria-da-sociedade-brasileira-de-medicina-de-familia-e-comunidade-sobre-o-programa-medicos-pelo-brasil-adaps/> Acesso em: 18 jun 2022.

\_\_\_\_\_, **Recomendações para a qualidade dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade**, 2020. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomendac%CC%A7o-%CC%83es-para-a-qualidade-dos-Programas-de-Reside%CC%82ncia-em-Medicina-de-Fami%CC%81lia-e-Comunidade.pdf> Acesso em: 18 jun 2022.

**SBPC. Mais de 50 entidades endossam manifesto da SBPC em defesa das bolsas pagas aos pós-graduandos**, 2022. Disponível em: <http://portal.sbpcnet.org.br/noticias/mais-de-50-entidades-endossam-manifesto-da-sbpc-em-defesa-das-bolsas-pagas-aos-pos-graduandos/> Acesso em: 24 jun 2022.

SCHEFFER, M. et al., **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8

SILVA, Guilherme Augusto Felix da; et al. **Teoria Balintiana e a relação médico-paciente**. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 2, n. 4, p. 3657-3666 jul./aug. 2019.

SPADIN, Ana Carolina Rodrigues; QUINCOSES, Cândice. **A Criação de Personas da Marca Como Estratégia de Relacionamento com os Consumidores Nas Redes Sociais Digitais**. São Paulo: Anais Comunicon, 2015. Disponível em: [http://anais-comunicon2015.espm.br/GTs/GT4/1\\_GT4-SPADIN\\_QUINCOSES.pdf](http://anais-comunicon2015.espm.br/GTs/GT4/1_GT4-SPADIN_QUINCOSES.pdf) Acesso em: 16 ago 2021.

SOUZA, Edvaldo da Silva et al. **Ética e Profissionalismo nas Redes Sociais: Comportamentos On-Line de Estudantes de Medicina**. Rev. bras. educ. med. 41 (3) • Jul-Sep 2017 • <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n3RB20160096>



## APÊNDICE A

Etapa	Eixo teórico	Categoria	Pergunta/questão
I <sup>3</sup>			Apresentação da pesquisa, agradecimento, pedido para gravar o encontro
II	Organização do trabalho	Conteúdo da tarefa	Escuta “livre” sobre o que significa ser médico de família e comunidade e por que optou por esse caminho
			Como é seu dia a dia? O que você faz?
			Como é sua relação com os pacientes?
		Trabalho prescrito e real	Era assim que você imaginava seu trabalho? O que é igual e o que é diferente?
			Essas atividades funcionam como as normas formais estabelecem? O que é igual e o que é diferente?
		Inteligência astuciosa	Quando surgem problemas desse descompasso, você consegue resolver? Em geral, faz isso sozinho ou em grupo?
			Você sente que tem autonomia para lidar com questões cotidianas que exigem tomada de decisão?
		Sofrimento criativo, ético e patogênico	Os principais problemas do ambiente de trabalho costumam mobilizar você por uma saída ou costumam ser uma fonte de sofrimento intenso?
			Você percebe como essas questões impactam sua saúde física e mental?
			Você percebe experiências de prazer e sofrimento no trabalho? Quais delas são mais comuns?
		Coletivo de trabalho, cooperação e espaço público de discussão	É possível contar com colegas de trabalho para resolver problemas do cotidiano do trabalho?
			Em que espaços há diálogo e discussão para encontrar saídas? (Reuniões, café, confraternizações...)
			Como é sua relação com outros médicos?
			Como é sua relação com os demais

3 Caso seja necessário conduzir a entrevista em mais de um momento, o pedido para gravar o encontro será feito em cada etapa..

			profissionais? Como é sua relação com os gestores?		
		Reconhecimento	Você se sente reconhecido? Quem reconhece seu trabalho e quem não reconhece? Você já sofreu algum tipo de constrangimento no ambiente de trabalho? Como foi essa situação?		
III	Condições de trabalho	Ergonomia no posto de trabalho	Como é o ambiente em que você trabalha? Pode descrevê-lo?		
			Há boas condições de ergonomia física (como móveis) e cognitiva (como barulhos)?		
		Segurança e higiene	O ambiente é higiênico?		
			Há riscos físicos, químicos ou biológicos envolvidos no seu trabalho cotidiano?		
			Você tem acesso a EPIs adequadamente?		
		Carreira e remuneração	Há segurança no local de trabalho?		
			Você tem metas pessoais em relação a seu trabalho (ascensão, novas tarefas etc)?		
			Como você avalia sua questão salarial?		
					É possível planejar um projeto de carreira em seu trabalho atual?
		IV <sup>4</sup>			Por que abrir um perfil no Instagram e falar sobre sua profissão?
Quem é a persona da sua rede social? Quem é o médico que o seguidor encontra no seu perfil?					
Você publica mais questões pessoais ou mais conteúdos profissionais?					
Você tem um planejamento para esse perfil ou ele é alimentado de forma espontânea?					
Quem é seu público nesse perfil? Ele coincide com quem você deseja que leia, veja e ouça suas publicações?					
Quais as diferenças entre o contato face a face e o mediado pelas mídias sociais?					
Você precisou criar novas habilidades a partir da exposição no Instagram?					
Você percebeu melhora no vínculo com pacientes ou na adesão deles ao tratamento por					

4 Não estabelecemos um aporte teórico prévio em relação a esses tópicos porque eles se referem ao aspecto mais exploratório desta investigação.

			conta do Instagram?
			Que aspectos técnicos, éticos, teóricos e práticos podem surgir dessa nova modalidade de vínculo entre médicos e pacientes?
V			Há algo mais que você deseja acrescentar antes de encerrarmos a entrevista?
			Finalização, agradecimentos.

**APÊNDICE B**

1. Em relação a seus valores pessoais, o que significa ser médico de família e comunidade? (Não se preocupe em caracterizar isso formalmente, a ideia é entender sua subjetividade)
2. Como você chegou até a especialidade? Por que optou por ela?
3. Como é seu dia a dia? Pode falar da sua rotina?
4. O que você gosta e o que não gosta nesse perfil de atendimento? Quais suas experiências de prazer e de sofrimento no cotidiano de trabalho?
5. Você conta com o trabalho da enfermagem junto ao seu atendimento. Como é a divisão das tarefas e de que modo isso compete ou complementa a atuação como MFC?
6. Existem diferentes modos de atuar como MFC. Por que você optou por atendimento particular em vez do SUS, da saúde suplementar e outros vínculos possíveis? Como esse processo aconteceu? Como isso afeta aspectos da carreira (remuneração, vínculo, formações etc)?
7. No SUS e na saúde suplementar, é comum que os colegas relatem que há uma diferença grande entre o que a MFC poderia fazer na teoria e o que limitações e o que de fato ocorre em razão de limites de tempo, na equipe, em recursos etc. Como isso se dá no atendimento particular?
8. Pelo perfil de atendimento que você escolheu, como fica a categoria "comunidade"? Seria correto dizer que um profissional que não trabalha em um único território é mais "de família" do que "comunidade"?
9. Os espaços coletivos são importantes no dia a dia de trabalho, seja em reuniões para conversar sobre problemas profissionais, seja em momentos informais, como a pausa para o café. É solitário atender sem estar em um ambiente que conta uma equipe de vários profissionais?
10. Com que públicos você se relaciona (pacientes, familiares de pacientes, sua companheira que é da enfermagem, outros colegas médicos etc)? Como são essas relações? Você se sente reconhecido?