

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Isaac Linhares de Oliveira

**Entre baques e atraques: a inserção da medicina de família e comunidade na
saúde suplementar**



João Pessoa/PB
2023

ISAAC LINHARES DE OLIVEIRA

**Entre baques e atraques: a inserção da medicina de família e comunidade na
saúde suplementar**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na Área de concentração Política, Gestão e Cuidado.

Orientadora: Juliana Sampaio

João Pessoa/PB
2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

048e Oliveira, Isaac Linhares de.
Entre baques e atraques : a inserção da medicina de
família e comunidade na saúde suplementar / Isaac
Linhares de Oliveira. - João Pessoa, 2023.
102 f. : il.

Orientação: Juliana Sampaio.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Medicina de família e comunidade. 2. Atenção
primária à saúde. 3. Saúde suplementar. I. Sampaio,
Juliana. II. Título.

UFPB/BC

CDU 61(043)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

MESTRANDO: Isaac Linhares de Oliveira

MATRICULA: 20201028961

TÍTULO DO TRABALHO: Entre Baques e Atraques: A inserção da medicina de Família e Comunidade na Saúde Suplementar

DATA DO EXAME: 27/ 04/ 2023

HORA: 10h

LOCAL: Auditório do NESC /UFPB e pelo meet: <https://meet.google.com/osx-eiyo-vkh>

COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA:

MEMBROS - BANCA EXAMINADORA	INSTITUIÇÃO	ASSINATURA
Juliana Sampaio	UFPB/PPGSC	Documento assinado digitalmente  JULIANA SAMPAIO Data: 27/04/2023 16:00:01-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br
Luciano Bezerra Gomes	UFPB/PPGSC	Documento assinado digitalmente  LUCIANO BEZERRA GOMES Data: 27/04/2023 18:53:36-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br
Gustavo Antonio Raimondi	UFU	Documento assinado digitalmente  GUSTAVO ANTONIO RAIMONDI Data: 05/05/2023 11:07:20-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br

A banca Examinadora, em análise dos aspectos atinentes a apresentação do Trabalho Final da pesquisa de mestrado e procedida a arguição pertinente ao trabalho, teve como PARECER O SEGUINTE:

O mestrando demonstrou maturidade acadêmica e segurança nos argumentos apresentados em seu trabalho, respondendo aos questionamentos dos membros da banca de maneira clara e objetiva. A banca fez sugestões pontuais de melhoria textual, sem haver nenhuma sugestões de mudança ou qualificação estrutural da dissertação. Sendo assim, considerou o Trabalho do Mestrando:

(X) Aprovado () Reprovado () Insuficiente

João Pessoa, 27 de abril de 2023

Assinatura da orientadora:

Documento assinado digitalmente
 JULIANA SAMPAIO
Data: 27/04/2023 15:58:50-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

EPÍGRAFE

*“A gente não escolhe
Ou a gente escolhe
Certas perturbações”
(Anelis Assumpção)*

*“Se meu canto é persistente, irritante, cabeça
A porta é logo mais adiante, cabeça”
(Cátia de França)*

*“Deixa, deixa a madeixa balançar”
(Chico César)*

RESUMO: Esta dissertação de mestrado analisa o perfil de formação e a atuação, de Médicos/as de Família e Comunidade inseridos no contexto de uma clínica de Atenção Primária à Saúde que presta serviços à uma operadora de plano de saúde, na cidade do Natal, Rio Grande do Norte. Ela partiu de um estudo cartográfico que ocorreu entre junho/2021 e janeiro/2022. A produção dos dados se deu por uma triangulação de fontes através de um questionário eletrônico fechado, entrevistas em profundidade e diários cartográficos. Com isso, cinco analisadores foram definidos: “o encontro com as diferenças sociais”, “da formação no SUS ao encantamento com a saúde suplementar”, “o desencantamento e precarização na saúde suplementar”, “a dimensão do território” e a “implicação e sobreimplicação na pesquisa na saúde suplementar”. Observou-se assim que a opção de atuação desses/as médicos/as na Saúde Suplementar se dá, no contexto da precarização do Sistema Único de Saúde, e pela aproximação do perfil sócio-demográfico deles/as com os/as usuários/as da clínica, além da melhor disponibilidade de tecnologias leve-duras e duras que auxiliam na prática profissional. Por outro lado, essa escolha precariza o trabalho deles, os/as afastando da garantia de direitos trabalhistas básicos e acarreta uma perda da dimensão territorial com fragilização da abordagem familiar e comunitária. Também se observa a presença de disputas micropolíticas de projetos ético-políticos.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade. Atenção Primária à Saúde. Saúde Suplementar.

ABSTRACT: This master's thesis analyzes the training profile and performance of Family and Community Physicians inserted in the context of a Primary Health Care clinic that provides services to a health plan operator, in the city of Natal, Large northern river. It started from a cartographic study that took place between June/2021 and January/2022. The production of data took place through a closed electronic questionnaire, interviews and cartographic diaries. Of the eleven doctors who work at the clinic, nine answered the questionnaire and six carried out the interviews. One of them was also a researcher and contributed to the writing of cartographic diaries. The data were processed weekly with the research group, based on the theoretical references that support the article. With this, five analyzers were defined: "the encounter with social differences", "from training in the SUS to the enchantment with supplementary health", "the disenchantment and precariousness in supplementary health", "the dimension of the territory" and the "implication and over-implication in supplementary health research". Three articles were produced from them. With this, it was observed that the option of action of these doctors in Supplementary Health is given by the approximation of their profile with the users of the clinic and by the better availability of soft-hard and hard technologies that help in the profession. On the other hand, this choice makes their work precarious, moving them away from the guarantee of basic labor rights and entails a loss of territorial dimension with weakening of the family and community approach.

Keywords: Family Practice. Primary Health Care. Supplementary Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
CASSI	Caixa de Assistência à Saúde dos Funcionários do Banco do Brasil
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRM	Conselho Nacional de Residência Médica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis/Transsexuais, Intersexo, Assexuais entre outros sexos, gêneros e orientações sexuais
MGC	Medicina Geral e Comunitária
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MeFC	Médica/os de Família e Comunidade
MPS	Medicina Preventiva e Social
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional de Saúde
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
WONCA	Organização Mundial de Médicos de Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVOS	15
3. METODOLOGIA	16
4. ARTIGO 1: “Entre o Encantamento e a Precarização: a Inserção de Profissionais da Medicina de Família e Comunidade na Saúde Suplementar”	18
5. ARTIGO 2: “Qual Família e Qual Comunidade? As Reconfigurações da Prática da Medicina de Família e Comunidade na Saúde Suplementar”	43
6. ARTIGO 3: “Entre Baques e Atraques: Implicação e Sobreimplicação de uma Pesquisa na Saúde Suplementar”	71
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
8. REFERÊNCIAS	95
9. APÊNDICES	
APÊNDICE A (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)	97
APÊNDICE B (QUESTIONÁRIO)	98
APÊNDICE C (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)	101

1. INTRODUÇÃO

*“Exu matou um pássaro ontem,
com uma pedra que só jogou hoje”*

Ditado Iorubá

A introdução, geralmente, é a primeira parte que é lida em um texto mas não se engane, ela é a última que é escrita. Afinal, não há como apresentar um texto que ainda está por vir, que ainda está em processo de escrita e de formação. Só é possível uma apresentação quando se chega ao fim. Esta introdução, seguindo esta antilógica, foi escrita até depois da conclusão e neste ato de apresentação há também um certo fechamento.

Como você verá, o texto que você lê agora foi extremamente modificado após a escrita do último artigo que compõe a dissertação. Até o título da dissertação mudou, se brincar. Esta é uma reafirmação da verdade do ditado iorubá sobre Exu. O texto meu de hoje, que será o seu de amanhã, matou o de ontem sem nem titubear. Você vai perceber como isto aconteceu ao final e que fique de aviso o tempo que este texto se move não é o linear, mas o espiralar. *“Um tempo que não elide as cronologias, mas que as subverte”* (p. 42) (MARTINS, 2021).

Caminhando neste tempo, eu cursei a graduação e a residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Uma Instituição de Ensino Superior (IES) que é conhecida e reconhecida nacionalmente pela extensão popular, por uma saúde coletiva forte, alinhada com um projeto ético-político progressista e inserida fortemente na Atenção Básica à Saúde (ABS). Todas estas características foram apaixonantes para mim e decisivas no meu processo formativo. Sempre tive como professores-espelho pessoas com

interesse genuíno na transformação social, defensoras dos interesses do povo trabalhador e suas populações marginalizadas e que apostavam ético-pedagogicamente no rompimento com a uniprofissionalidade e na dialogicidade com saberes populares e diversos campos do conhecimento como a psicologia, as ciências sociais e a filosofia.

Minha graduação, ocorreu num contexto nacional de consolidação da universalização do acesso pela ABS (MELO et al., 2018). Categoria que é ao mesmo tempo uma interpretação e uma operacionalização brasileira da Atenção Primária à Saúde (APS) e que é bastante influenciada, com muitas tensões, tanto pelos ideários da Reforma Sanitária quanto pela Declaração de Alma-Ata (1978) (AGUIAR, 2003). Inclusive, captando estas tensões e disputas, faz-se a escolha narrativa e metodológica de se utilizar o termo ABS ao se referir a este nível de atenção no setor público em cuja história se desenvolvem os princípios da integralidade, territorialidade, orientação comunitária e multiprofissionalidade (GIOVANELLA, 2018). História cujos marcos foram a criação, em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF) e que foi, posteriormente, reorganizado como Estratégia de Saúde da Família (ESF) através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que, até agora, já teve três versões: uma em 2006, outra em 2011 e a última em 2017 (MELO et al., 2018).

Minha residência se deu no contexto de cinquenta anos da Medicina de Família e Comunidade (MFC) no país. Esta especialidade tem suas origens históricas na Medicina Geral e Comunitária (MGC) e se consolida com algumas aproximações e rupturas com setores do campo da Saúde Coletiva e da Medicina Preventiva e Social (MPS) (ANDRADE et al., 2018). Desde 2010, através do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas

Estratégicas (Pró-Residência), se fortaleceu a discussão da ampliação das vagas de formação de especialistas médicos estratégicos de áreas com carência de profissionais, incluindo a MFC (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Com o Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, a MFC ganhou mais centralidade nesse processo e houve incentivos para a expansão das vagas de residência médica nesta especialidade e tentativa de garantir a longo e médio prazo a fixação nas Unidades de Saúde da Família de profissionais com esta formação (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016). A meta era universalizar o acesso à residência médica até 2018, ampliando 12.376 vagas até 2017, sendo pelo menos 40% das vagas em MFC. Isto não se concretizou pois houve um golpe político, através do impeachment da presidenta Dilma Rousseff em 2016, e nos governos Michel Temer e Jair Bolsonaro, houve um progressivo bloqueio na expansão das vagas tanto da residência médica (PINTO; OLIVEIRA; SOARES, 2022).

Em março de 2018, neste contexto pós-golpe, por motivos afetivos e profissionais, me mudei de João Pessoa-PB para o município de Natal-RN e não imaginava que esta mudança geográfica tão pequena me modificaria profundamente enquanto pessoa. Assim que cheguei para morar em terras natalenses, comecei prontamente a trabalhar na ABS como preceptor na residência da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). No mesmo mês, surgiu a oportunidade de uma vaga como professor substituto na mesma instituição, eu tentei o processo seletivo e, com muita alegria, fui aprovado. Fui então, preceptor e professor, até o ano de 2020. Estas duas atuações se provaram como grandes vocações para mim.

Em 2017, mais precisamente em maio, recebi um convite para atuar numa clínica de atenção primária de um plano privado de saúde em Natal-RN. Este convite partiu de Pessoas Médicas de Família e Comunidade (MeFC) potiguares que eu tive

contato através da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Hospital Onofre Lopes (HUOL). Hesitei no início, por nunca ter me visto como trabalhador do setor suplementar, mas aceitei um tempo depois.

Isso se deu num contexto de fortalecimento da APS na Saúde Suplementar brasileira. Este movimento teve início em 2001, através da Caixa de Assistência à Saúde dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) que reestruturou sua rede de assistência e organizou internamente este nível de atenção. Este passo foi uma resposta à ineficiência do modelo de saúde privado que historicamente se estruturou de forma hospitalocêntrica, centrada em procedimentos, descoordenada, de cuidado fragmentado, sem níveis de atenção devidamente estruturados e com pouquíssimas iniciativas de prevenção de doenças e promoção de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019). Nesta situação, a MFC passa a cumprir um papel de *gatekeeper*, ou seja, portaria do sistema de saúde, e baratear os custos da assistência pois, fortemente ancorada nos princípios da Prevenção Quaternária que faz uso judicioso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos (MACHADO; MELO; PAULA, 2019; NORMAN; TESSER, 2009).

Outras operadoras como a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed), em 2013, e a Assistência Médica Internacional (Amil), em 2015, também seguiram nessa direção de reorganizar, em algumas localidades, seus sistemas internos de saúde em torno da APS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019). As características desse nível de atenção à saúde no sistema suplementar, no Brasil, tem sido: a vinculação voluntária de uma lista de pacientes a um mesmo serviço com médicos de família e equipes multiprofissionais, uma atuação deslocada da realidade territorial, a centralização do cuidado em torno da figura do médico e uma atuação da enfermagem a um papel gerencial e de

educação em saúde. Os modelos de contrato de trabalho são geralmente precarizados com remuneração baseada na captação de beneficiários, indicadores de acesso, satisfação e metas de redução de encaminhamentos, solicitação de exames, utilização de pronto atendimento e internações por causas sensíveis à APS (MACHADO et al., 2019).

Setores liberais da MFC veem esse processo com bastante entusiasmo (DINIZ et al., 2015) mas a migração desses especialistas para o setor privado pode minar os esforços iniciados pelo PMM em fixá-los na ESF. Isso é bastante preocupante na conjuntura atual de congelamento de gastos no setor público da saúde e descontinuidade dos projetos de aberturas de vagas e novas escolas médicas e de freio na expansão de programas de residência médica em MFC que fortalece um projeto privatista de saúde (PINTO; OLIVEIRA; SOARES, 2022).

Estar diretamente inserido neste contexto e ao mesmo tempo se incomodar com ele me gerou muita angústia desde os primeiros meses de atuação. Esta angústia me acompanhou no meu processo psicoterápico, em conversas informais com colegas de profissão e em leituras acadêmicas que buscava fazer, mas sentia que não isto não era o suficiente para dar conta dela. Foi aí que surgiu a oportunidade de fazer o mestrado em Saúde Coletiva e não tive dúvidas sobre a escolha do campo da pesquisa.

O texto que se segue é resultado deste encontro com a angústia e é composto por três artigos científicos produtos da minha investigação acadêmica e, por que não, da minha própria vivência. O primeiro artigo visa investigar o perfil sócio-demográfico, a jornada acadêmico-profissional, as motivações que levam pessoas MeFC à atuarem na Saúde Suplementar e a precarização das relações trabalhistas. Já, o segundo artigo, analisa a clínica levada a cabo neste campo,

principalmente sobre a ótica da territorialização e as suas faces da abordagem familiar e abordagem comunitária.

O terceiro artigo é o mais pessoal e auto-cartográfico. Ele foi escrito por último e investiga, em mim, minhas próprias motivações, minha trajetória e as fragilidades e potencialidades de se investigar o próprio trabalho e borrar, cartograficamente, as fronteiras do que pesquisa e é pesquisado. Ele também versa sobre o racismo que, aqui, é a pedra lançada hoje que matou o pássaro de ontem.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar o que atrai e motiva pessoas MeFC à atuarem na atenção primária da rede suplementar e as implicações desta escolha na trajetória de vida delas e na defesa da saúde como um direito, através de um processo cartográfico de um pesquisador implicado.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar o perfil sócio-demográfico e a jornada acadêmico-profissional das pessoas MeFC que atuam na Saúde Suplementar;
- Analisar os efeitos da atuação das MeFC na Saúde Suplementar o SUS e seus atravessamentos nas Políticas Públicas de fixação profissional e formação em MFC;
- Analisar a atuação destas pessoas neste setor e suas limitações e potencialidades para a clínica da especialidade;
- Analisar as implicações e sobreimplicações de uma pesquisa cartográfica feita por um trabalhador da saúde suplementar.

3. METODOLOGIA

A presente pesquisa utilizou a cartografia como dispositivo metodológico para rastreamento e acompanhamento de acontecimentos, afetos e encontros que servem de analisadores do processo de trabalho em saúde e da produção de cuidado. Ela tem seu fundamento teórico no trabalho conjunto dos filósofos franceses Gilles Deleuze (1925-1995) e Félix Guattari (1930-1992), principalmente no livro *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*, e também leva em consideração as contribuições brasileiras de Rolnik (GUATTARI; ROLNIK, 2008; ROLNIK, 2014), Merhy (MERHY, 2004), Fonseca et al. (FONSECA; KIRST, 2003) e Passos et al. (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009).

Ela propõe uma reversão da metodologia científica tradicional ao colocar a imersão do pesquisador no território afetivo-existencial do objeto a ser estudado e a receptividade ativa ao seu campo de forças como pressupostos para a elaboração dos objetivos e dispositivos de pesquisa (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009). Parte-se, assim, do reconhecimento e da valorização do “pesquisador in-mundo” (ABRAHÃO et al., 2014), implicado e imerso no seu território de pesquisa, produzindo interferências e sendo interferido a todo momento no processo de produção do conhecimento.

Essa imersão nesse território se deu pelo pesquisador-mestrando ser trabalhador MFC na clínica de atenção primária da rede suplementar que foi o campo da pesquisa. A pesquisa se iniciou pelas vivências deste pesquisador-mestrando na clínica, seus registros em diários cartográficos e o processamento dos mesmos em reuniões virtuais do coletivo de pesquisa que envolveu a professora-orientadora, o professor-co-orientador e estudantes de graduação em medicina participantes de projetos de iniciação científica. Ao longo do

processo de pesquisa, que durou de março de 2021 à novembro de 2022, outros dispositivos como entrevistas semi-estruturadas e questionários foram utilizados e terão seu detalhamento nos três artigos que se seguem. Os questionários visaram uma caracterização qualitativa e quantitativa do perfil sócio-demográfico e da trajetória de vida das pessoas MeFC da clínica. Entendendo-se que essas características afetam a forma como elas enxergavam a própria especialidade e a sua atuação profissional. As entrevistas foi um caminho para indagar diretamente sobre alguns dispositivos e analisadores que foram visualizados ao longo da vivência do pesquisador-cartógrafo e uma forma de produzir e cartografar os afetos produzidos pelo coletivo de trabalhadores MeFC. Entende-se assim, que houve uma triangulação de fontes de dados que foram utilizadas como recurso investigativo e analítico pela cartografia. Em anexo, ao final dos artigos, disponibiliza-se tanto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), quanto o questionário eletrônico (Apêndice B), quanto as perguntas norteadoras das entrevistas semi-estruturadas que foram feitas (Anexo C).

A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, sobre as pesquisas envolvendo seres humanos, e foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética número 42482721.7.0000.8069.

4. ARTIGO 1¹

Entre o Encantamento e a Precarização: a Inserção de Profissionais da Medicina de Família e Comunidade na Saúde Suplementar

Resumo:

Este artigo analisa o perfil de formação e atuação de Médicos/as de Família e Comunidade inseridos na Saúde Suplementar, a partir de um estudo cartográfico em uma clínica privada de Natal, Rio Grande do Norte, entre junho/2021 e janeiro/2022. A produção dos dados se deu por um questionário eletrônico fechado e entrevistas cartográficas. Dos/as onze Médicos/as que atendem na clínica, nove responderam ao questionário e seis realizaram as entrevistas. Os dados foram processados semanalmente com o grupo de pesquisa, baseando-se nos referenciais teóricos que sustentam o artigo. Com isso, três analisadores foram definidos: “o encontro com as diferenças sociais”, “da formação no SUS ao encantamento com a saúde suplementar” e “o desencantamento e precarização na saúde suplementar”, colocando em análise o perfil sociodemográfico, o processo formativo e os vínculos empregatícios desses/as médicos/as, respectivamente. Com isso, observou-se que a opção de atuação desses/as médicos/as na Saúde Suplementar se dá pela aproximação do perfil deles/as com os/as usuários/as da clínica e pela melhor disponibilidade de tecnologias leve-duras e duras que auxiliam na profissão. Por outro lado, essa escolha precariza seu trabalho, os/as afastando da garantia de direitos trabalhistas básicos.

¹ Artigo submetido para publicação na Revista Saúde e Sociedade.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade. Atenção Primária à Saúde. Saúde Suplementar.

Between Enchantment and Precariousness: the Insertion of Family and Community Medicine Professionals in Supplementary Health

Abstract:

This article analyzes the graduation and professional profile of Family and Community Physicians who work in Supplementary Health based on a cartographic study in a private clinic in Natal, Rio Grande do Norte, between June, 2021 and January, 2022. The data was obtained from a closed electronic questionnaire and cartographic interviews. Among the eleven doctors who work at the clinic, nine answered the questionnaire and six completed the interviews. The data were processed weekly with the research group, based on the theoretical references that support the article. After that, three analyzers were defined: "the encounter with social differences", "from training in the SUS to the enchantment with supplementary health" and "the disenchantment and precariousness in supplementary health" from the analysis of the sociodemographic profile, the graduation process and the employment relationships of these doctors. It was observed that the option of these doctors to work in Supplementary Health was influenced by the approximation of their profile with the clinic users profile and by the better availability of soft-hard and hard technologies that help in the profession. On the other hand, this choice makes their work precarious, moving them away from the guarantee of basic labor rights.

Key-word: Family Practice. Primary Health Care. Supplemental Health.

Introdução:

Segundo a Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), a Medicina de Família e Comunidade (MFC) é definida como a especialidade médica “que atende os problemas relacionados com o processo saúde-enfermidade, de forma integral, contínua e sobre um enfoque de risco, no âmbito individual e familiar”. Ademais, ainda segundo esta organização, a MFC é a especialidade “com melhores capacidades para liderar a aplicação da estratégia da Atenção Primária em Saúde (APS)” (Arias-Castillo, 2010, p. 1).

Segundo a Demografia Médica (Scheffer *et al*, 2020) brasileira, no país existam 7.149 Médicos/as em Família e Comunidade (MeFC), correspondendo a 1,7% de todos/as os/as médicos/as especialistas do país. Eles/as estão distribuídos/as de forma desigual no território nacional, com maior número (73%) no eixo Sul-Sudeste. Vale destacar que o número de MeFC, cresceu 171% entre 2010 e 2020, como reflexo da priorização do Estado para formar especialistas para atuar na Atenção Básica à Saúde (ABS) (Simas *et al.*, 2018).

Dentre os marcos mais recentes desta expansão temos o Programa Mais Médicos (PMM) que tinha como objetivo garantir médicos/as na ABS em todo Brasil através do provimento emergencial, da expansão das vagas de graduação e da residência médica em MFC, através da Lei 12.871 de 2013. Vale salientar também que paralelamente, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, instituídas pela Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014 do Governo Federal, que visam a normatização do ensino médico no Brasil, foram atualizadas, em 2014, no intuito de garantir uma formação voltada às demandas do

SUS e da ABS, levando em consideração não só a doença, mas o indivíduo em sua integralidade, pertencente a uma família, que compõe uma certa comunidade (Brasil, 2014). Isto porque, uma graduação com inserção precoce em cenários de práticas da ABS possibilita a diversificação dos campos de aprendizagem e produz uma maior implicação do/as estudantes com processos de transformação do ensino em saúde para/com o SUS (Gomes *et. al.*, 2015).

Ao mesmo tempo, a prestação de serviços pelo setor privado também passou por importantes alterações. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) reconhecendo o sucesso da ABS, passou a estimular uma mudança no seu modelo assistencial preconizado, adotando diretrizes de incentivo à implementação e qualificação de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras de planos de saúde (ANS, 2009).

Vale destacar que neste artigo, opta-se por utilizar Atenção Básica à Saúde (ABS) para se referir ao nível de atenção à saúde no SUS e Atenção Primária à Saúde (APS) para se referir ao nível de atenção à saúde no setor suplementar, ao defender as formulações militantes do Movimento Sanitário Brasileiro que buscava, com a nomenclatura ABS, se distanciar dos modelos restritos e seletivos de APS e se aproximar da construção de um sistema de saúde público, universal e cidadão (Giovanella, 2018). Marca-se assim, também, a divergência desse modelo com os modelos da saúde suplementar. Entende-se, entretanto, que, na literatura científica, as nomenclaturas APS e ABS não são opostas mas complementares.

A bibliografia da inserção da MFC na Saúde Suplementar brasileira é bastante escassa e na busca bibliográfica feita no presente estudo, encontrou-se somente um artigo de Machado e Colaboradores (2019) e uma dissertação de

Lisboa (2020). O primeiro aponta as contradições de uma especialidade gestada no SUS atuar como redutora de gastos no setor privado e a segunda contextualiza como isso ocorre num cenário de neoliberalização da economia e corte de gastos no setor público.

Dessa forma, por mais que a inserção da MFC venha sendo incentivada pelos diversos órgãos e empresas como a própria ANS (2009), a atuação dela no campo da saúde privada parece estar desvinculada do processo formativo dos/das MeFC, que é voltado à ABS, ao passo que não há estudos que versem sobre o perfil das MeFC que atuam neste setor. Diante disso, o presente artigo tem como objetivo analisar a trajetória de formação e de atuação médica dos/das MeFC atualmente inseridos na rede suplementar de saúde.

Caminhos Metodológicos e Política de Narratividade

Este estudo adota a cartografia como caminho metodológico, caracterizada pelo acompanhamento dos territórios afetivo-existenciais e seus processos, ao invés de tentar representar a realidade no mundo da teoria (Passos *et al.*, 2017). O campo foi uma clínica de APS da cidade de Natal, no estado do Rio Grande do Norte (RN), que existe há cerca de três anos, presta serviços a um plano de saúde e é composta por cinco equipes de APS compostas por onze MeFC, quatro Enfermeiras de Família e Comunidade e cinco técnicas de enfermagem. Estas equipes realizam cerca de 3000 atendimentos/mês, incluindo consultas presenciais, teleconsultas e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

Cada uma destas equipes de APS é responsável pelo cuidado de uma determinada “lista de pacientes”, composta por beneficiários do plano de saúde que voluntariamente escolheram se vincular àquela equipe. Assim, ela se assemelha mais ao modelo britânico de APS, também organizado por lista, que ao modelo brasileiro de ABS em que a vinculação é feita pelo território adscrito (NORMAN, 2021). A agenda semanal da enfermagem tem atividades coletivas de educação em saúde como grupos de combate ao tabagismo e de gestantes, consultas individuais agendadas e de demanda espontânea, incluindo pré-natal e puericultura, e momentos de levantamento de dados epidemiológicos de vigilância em saúde, como quantitativo de pessoas da lista com Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial ou que foram internadas recentemente num dos hospitais da rede credenciada da operadora de plano de saúde. A agenda semanal médica é composta apenas por consultas agendadas e de demanda espontânea e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais. Todas as equipes se reúnem semanalmente para discutir temas clínicos ou organizar seu processo de trabalho. O vínculo dos trabalhadores destas equipes de APS é contratação através de pessoa jurídica.

A cartografia se deu a partir da produção de várias estratégias de aproximação com os territórios existenciais dos/as MeFC da clínica. Duas dessas estratégias, utilizadas para a construção deste artigo, foram um questionário eletrônico e ‘entrevistas cartográficas’. O questionário foi produzido através do *Google Forms* e aplicado os/as MeFC entre junho e outubro de 2021. Ele foi dividido em quatro blocos: (1) dados sociodemográficos, (2) informações sobre a formação em nível de graduação, (3) informações sobre a formação em MFC e (4) experiência de trabalho prévia. De início, o questionário foi disparado em grupos do *Whatsapp* da clínica como também enviado separadamente à cada MeFC. Todas

as pessoas que participaram do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Dos/as onze MeFC que atendem na clínica, nove responderam ao questionário. As informações obtidas foram organizadas em planilha do *Excel* e analisadas, por meio de uma exploração simples dos dados, com auxílio do aplicativo de análise estatística *Jamovi*.

Após organização e análise das informações, em janeiro de 2022, foram realizadas ‘entrevistas cartográficas’ (Tedesco *et al*, 2013) com os/as respondentes do questionário, no sentido de acessar a perspectiva delas no campo da experiência. A entrevista era iniciada a partir da questão geradora “Como foi seu processo formativo e profissional?” que permitia a produção de uma conversação livre. Das nove MeFC que responderam ao questionário, seis participaram das entrevista realizadas de forma remota pelo *Google Meet*, em horário previamente agendado, com duração média de uma hora cada. Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos/as participantes.

Os resultados dos questionários e das entrevistas foram processados e analisados em reuniões quinzenais com o coletivo de pesquisa, realizadas de forma remota pelo *Google Meet*, em virtude do período pandêmico, e serviram para produção dos analisadores da pesquisa. Segundo René Lourau, os analisadores são “acontecimentos ou fenômenos reveladores e ao mesmo tempo catalisadores” que servem para “colocar a instituição para falar”, dando visibilidade a aspectos contraditórios e ocultos das instituições e grupos no processo de pesquisa (L’abbate, 2012). Os analisadores que surgiram no decorrer da pesquisa foram: ‘o encontro com as diferenças sociais’, ‘da formação no SUS ao encantamento com a saúde suplementar’ e ‘o desencantamento e precarização na saúde suplementar’.

Para garantir o anonimato dos/as participantes da pesquisa, optou-se por identifica-los/as com nomes de ribeiras do estado Rio Grande do Norte, onde transcorreu a pesquisa, que são também nomes de ruas próximas ao endereço físico da clínica. Os nomes adotados foram: Açu (homem, branco, 35 anos), Apodi (mulher, branca, 34 anos), Ceará-Mirim (mulher, branca, 26 anos), Maxaranguape (homem, branco, 29 anos), Potengi (mulher, branca, 32 anos) e Seridó (homem, branco, 44 anos).

Destaca-se que este estudo compõe a dissertação de mestrado que está sendo desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Ademais, é financiado pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da UFPB em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

Por fim, destaca-se que a pesquisa seguiu todas as recomendações éticas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Ciências Médicas da UFPB, com o CAAE: 42482721.7.0000.8069.

Resultados e Discussões:

O Encontro com as Diferenças Sociais: “Eu me sentia fazendo uma visita ao zoológico”

Nas entrevistas cartográficas, uma fala de Potengi (mulher, branca, 32 anos) chamou bastante atenção:

“No começo do curso, dependendo da forma como os preceptores conduziam as disciplinas, os alunos podiam se encantar e desencantar com a Atenção Básica. No meu caso, eu acho que os preceptores eram pessoas acomodadas com a realidade. Eu me sentia fazendo uma visita ao zoológico. Não estava ali para transformar a realidade, mas para observar.”
(POTENGI, 2022).

Ela refere-se ao seu contexto de inserção na ABS como estudante no início da graduação em medicina, evidenciando tanto uma crítica à passividade de estudantes que estavam ali para “observar”, quanto seu estranhamento com a “comunidade”, cujo contato era visto como uma “ida ao zoológico”, marcado, possivelmente, pelo distanciamento socioeconômico entre as pessoas que são graduandas em medicina e as pessoas que são atendidas na ABS. Também há uma crítica latente ao papel da figura do preceptor “acomodado com a realidade”.

Segundo uma pesquisa de Guibu e colaboradores (2017), o perfil majoritário de usuários/as da ABS são: mulheres (75,8%), negras (58,3%), das classes C e D+E (85,1%) e com idade entre 18 e 39 anos (37,1%). Já, segundo a Demografia Médica brasileira (Scheffer *et al*, 2020), o perfil majoritário de egressos/as dos cursos de medicina são: mulheres (56,1%), brancas (37,1%), das classes B e C (58,3%) e com idade entre 24 e 29 anos (87,6%). Esses dados evidenciam um contraste do ponto de vista de classe social e raça entre os dois perfis, predominando na ABS pessoas negras e pobres, e no curso médico pessoas brancas e ricas.

A noção da vivência como ida passiva “ao zoológico” se aproxima das problematizações de Sérgio Arouca (2003) sobre as mudanças na graduação propostas pelo movimento preventivista:

"De um ponto de vista de classe, os estudantes 'miram' o real, real que não conheciam por não fazer parte do seu espaço social, real que foi conhecido como paisagem e não como vida" (AROUCA, 2003, p. 96).

Arouca , baseado nas ideias de Bourdieu e Passeron (2014), denuncia que o sistema de ensino, enquanto aparelho ideológico, naturaliza as desigualdades sociais em desigualdades naturais, "paisagens".

Quanto ao perfil sócio-demográfico dos/as MeFC da clínica, a maioria são homens cisgêneros (55,6%), brancos (77,8%), das classes A e B (100%) e de idade entre 30 anos ou mais (55,5%), demarcando um perfil ainda mais elitista do que os recém graduado/as apontados/as na Demografia Médica (Scheffer *et al*, 2020).

Quanto ao gênero, apesar do número superior de homens cisgêneros na clínica, desde o século XX vem se observando a feminização da medicina, com aumento paulatino no quantitativo de mulheres cis na formação e na atuação médica (Minella, 2017), esta última com uma população jovem, entre 29 e 34 anos (Scheffer *et al*, 2020). Destaca-se que apesar de não haver muita diferença entre os quantitativos de homens e mulheres cisgênero/as, ainda há presença majoritária dos homens nos cargos de gestão da clínica, ocupados por uma mulher e dois homens.

Ainda, sobre a diversidade de gênero e de orientação afetivo-sexual, cabe ressaltar que 8 (88,9%) participantes deste estudo se declararam heterossexuais e apenas 1 (11,1%) como bissexual/panssexual, não havendo nesta clínica nenhuma pessoa transgênera. Na Demografia Médica (Scheffer *et al*, 2020) não há dados relativos às questões de gênero e orientação sexual dos/as recém formados/as em medicina no Brasil, sugerindo um apagamento das multiplicidade de corpos que o curso médico pode (ou não) ter. Considerar a diversidade de pessoas Lésbicas,

Gays, Bissexuais, Travestis/Transsexuais, Intersexo, Assexuais entre outros sexos, gêneros e orientações sexuais (LGBTQIA+) é de suma importância, visto que a medicina é uma instituição produtora de normas e condutas, patologizando e despatologizando corpos humanos (Raimondi *et al*, 2019).

Quanto à raça, vale pontuar que no Brasil existe um sistema obrigatório de cotas raciais, desde 2012, através da Lei nº 12.711 de 2012. Essa política tem contribuído significativamente para o aumento no quantitativo dos/as discentes pretos/as, pardos/as e indígenas nas universidades, com o número crescendo paulatinamente, apesar de serem expressivas as dificuldades de permanência dessas pessoas ao longo de sua formação, o que não tem sido acompanhado de importantes políticas para este fim (Costa, 2018). Frente a essa realidade, compreende-se que talvez a 'branquitude' ainda prevalente na clínica deste estudo se deva à esta recente política. Assim, os/as médicos/as formados/as posteriormente a esta tentativa de reparação estão ainda entrando nas residências e/ou no mercado de trabalho.

Diante disso, discutir o perfil deste/as médicos/as nos permite perceber que eles/as seguem a sina hegemônica da formação médica: ricos, homens, heteros e brancos (Scheffer *et al*, 2020). Tomando como base que esta formação é marcada por sistemas opressores, a saber o racismo, a corponormatividade e o patriarcado (Sousa *et al*, 2022), talvez a ida ao "zoológico" não tenha sido um problema metodológico da aposta formativa, mas o efeito do encontro de corpos completamente estranhos, que habitam territórios político, econômicos e sociais antagônicos (Silva, 2014).

Vale pontuar ainda que a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mais recente informa que a população que possui um plano de saúde é hegemonicamente: mulheres (54%), brancas (59,1%), das classes C e D (62,4%) e com idade entre 40 anos ou mais (46,7%) (IBGE, 2020). Isso nos leva a pensar que, talvez, a ida dos/as MeFC para a saúde suplementar seja uma estratégia adotada por eles/as na busca por se distanciarem das diferenças entre seus corpos e os das pessoas que são atendidas na ABS (mulheres, negras, jovens e das classes C e D+E) e ter como clientela uma população mais próxima do seu próprio perfil (mulheres, brancas, mais velhas e das classes B e C).

Assim, a rede suplementar se apresenta para alguns/mas profissionais com uma oportunidade de reduzir aquilo que Vasconcelos e colaboradores (2006) chamam de ‘perplexidade na universidade’, que é a surpresa e o des/encantamento produzido pelo contato com histórias de vida difíceis e de pessoas com uma realidade distante do cotidiano de estudantes e profissionais de medicina. Isso é ainda mais evidenciado na fala citada anteriormente de Potengi, onde ela afirma que ter alunos da própria comunidade é inovador, reduzindo as distâncias sociais. É importante ressaltar também que este não é o único fator nessa escolha de jornada profissional. Como discute-se adiante, a precarização e sucateamento do SUS também desempenha um fator importante neste sentido.

Da formação no SUS ao encantamento com a Saúde Suplementar: “No público você aguça a clínica com as suas limitações e pode aplicar no privado.”

Quanto ao local da formação, seis (66,7%) dos/as MeFC do presente estudo são oriundas de universidades públicas, enquanto três (33,3%) de universidades

privadas, dentre as quais duas (66,7%) afirmam ter despendido recursos de familiares para custear a universidade e apenas uma (33,3%) se valeu do Programa Universidade para Todos (PROUNI). Esse programa, instituído a partir da Lei Nº 11.096 de 2005 consiste no financiamento, pelo Ministério da Educação, de bolsas de estudos (de 50% ou 100%) em universidades privadas para estudantes oriundos de escolas públicas, que nunca tenham cursado o ensino superior anteriormente e tenha renda familiar menor ou igual a 1,5 salários-mínimos e meio por pessoa, para a bolsa total, e até três salários-mínimos e meio por pessoa, para a bolsa parcial.

Vale destacar que oito (88,8%) participantes têm o título de MFC, dentre os/as quais seis (85,7%) obtiveram por meio de residência médica e apenas dois/uas (22,2%) por especialização e posterior prova de título. Quando questionados sobre o percurso na faculdade de medicina, a maior parte, cinco (55,6%), afirma que teve contato com a ABS durante o curso de medicina todo, três (33,3 %) no internato e uma pessoa (11,1%) somente no início do curso.

O perfil de formação dos/as nove participantes deste estudo destaca o fato de que apesar de sete (78%) deste/as médico/as serem formados/as em instituições públicas, seja na graduação ou na residência - e quando não, fazerem uso de recursos públicos para se formar na universidade privada, como o PROUNI - eles/as são direcionados/as para o mercado de trabalho do setor de saúde suplementar. Além disso, a maioria dos/as MeFC são formados/as com experiência na ABS do SUS. Assim, têm-se formado médicos/as no setor público, para atuar no público, com experiências no público, conforme o previsto nas DCN de 2014 (Brasil, 2014), mas que passam a ser captados/as pela rede de saúde suplementar.

Quando questionados/as quanto a experiência de ABS, todos/as respondentes do questionário assinalaram que já atuaram neste setor, tendo seis (66,6%) de 0 a 5 anos de experiência, dois/uas (22,2%) de 5 a 10 anos de experiência e apenas um/a (11,1%) mais de 10 anos de experiência. Mesmo com esta larga inserção na ABS, o desejo por ampliar o leque de serviços prestados e a vontade de aumentar a resolutividade com o acesso mais fácil a exames laboratoriais, de imagem e cirurgias é um motivador importante para o trabalho na saúde suplementar. Apodi (mulher, branca, 34 anos) afirma, sobre as diferenças da ABS e da APS que: *“a única diferença é a facilidade para encaminhamentos, exames e cirurgias”*. Maxaranguape (homem, branco, 29 anos) na mesma linha diz: *“a dificuldade do SUS são exames e questões sociais”*.

Isso nos faz pensar que os/as MeFC da clínica fazem uma aposta muito grande nas tecnologias duras apesar de ainda utilizarem as tecnologias relacionais (leves) que segundo Merhy e colaboradores (2020) são a principal potência da ABS. Seridó também reflete que: *“decidi trabalhar na Saúde Suplementar por causa da frustração no SUS, do grande esforço que eu fazia para fazer funcionar. Na Suplementar a gente aumentou o leque de serviços com a maior eficiência possível.”* Esse discurso é permeado pela noção de eficiência que guarda certos pertencimentos com os ideais marcados pelo projeto político neoliberal (Segalla, 2021).

Vale pontuar ainda que essas falas refletem muito mais os problemas do SUS do que as facilidades da saúde suplementar. O SUS tem problemas crônicos de financiamento, mas isso vem se agudizando com os processos desencadeados desde 2016 com a Emenda Constitucional 95/2016 (EC/96), a nova PNAB de 2017 e o Previn Brasil de 2019. A EC 95, limita os gastos com a saúde pelos próximos 20

anos (Menezes; Moretti; Reis, 2020). Já o Previne Brasil, instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, promove o financiamento não mais via número de habitantes e de ESF cadastradas, mas sim em indicadores de produtividades e captação de usuários, estabelecendo um caráter mais restritivo do que qualificador da APS (Massuda, 2020). Além disso, a PNAB de 2017 se configura como um retrocesso à oferta universal dos serviços da ABS, pois há uma segmentação no acesso para um cuidado efetivo, uma desterritorialização da equipe de trabalhadores da ABS, bem como o não reconhecimento do papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (posteriormente designados como Núcleos Ampliados de Saúde da Família) (NASF) na organização da ABS, o que acentua a perspectiva de precarização, com subsequente privatização deste setor (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

Assim, observa-se que apesar de todo esforço das Instituições de Ensino Superior Pública e do próprio SUS em formar trabalhadores/as para atuarem na ABS, ainda assim há a captura destes/as MeFC para a atuação no setor privado, através da saúde suplementar. Isso revela a perversidade do processo de privatização, que além de contribuir para o subfinanciamento e desfinanciamento do SUS, ainda enfraquece a já frágil oferta de profissionais de medicina qualificados/as para o setor público de saúde.

O Desencantamento e a Precarização: “A gente tenta transportar as práticas da saúde pública, mas isso se choca com os princípios da suplementar”

Quanto aos trabalhos que exercem atualmente, os/as entrevistados/as afirmam estar em diversos empregos. Sendo estes: docência e preceptoria em

universidades públicas e privadas; ABS; APS de outros planos de saúde, serviços hospitalares de urgência/emergência públicos, serviços de telemedicina públicos e privados, atenção secundária ambulatorial pública e gestão pública e empresarial. Destaca-se aqui o acúmulo de diversos vínculos laborais e isso pode ter relação com a necessidade ideológica da categoria médica tentar manter um certo padrão alto de vida mesmo que isso venha às custas de uma sobrecarga laboral e de esgotamento físico e emocional (Moreira *et al*, 2018).

Chama atenção o maior número de MeFC atuando também no setor privado da docência. Mesmo que a maioria tenha se formado na universidade pública, o campo privado aqui também aparece como uma alternativa de trabalho para esses/as médicos/as. Aprofundar esse debate, permite perceber que o setor privado tem se configurado como um campo de mercado para os/as MFC. Assim, estes/as profissionais parecem ser atraídos/as pela rede suplementar pelas melhores condições estruturais das clínicas dos planos de saúde, que se tornam ainda mais atrativas frente à precarização do trabalho no sistema público.

Quanto ao vínculo de trabalho que estes médicos atualmente têm, a pessoa jurídica aparece em dois/uas (22,2%), pessoa jurídica + CLT em dois/uas (22,2%) e os demais (CLT+regime estatutário+autônomo, Cooperado, Cooperado+Pessoa Jurídica, Cooperado+Pessoa jurídica+CLT, Regime estatutário+autônomo+contratado) com um/uma (11,1%) cada. Aqui também, os respondentes podiam assinalar mais de uma assertiva.

O regime de trabalho 'Consolidação das Leis Trabalhistas' (CLT), garantido através do Decreto-lei nº 5.452 de 1943 é, geralmente, a forma de contratação formal das empresas privadas. Ela garante direitos básicos ao trabalhador como

afastamento por motivo de doença, férias, licença maternidade ou paternidade e décimo terceiro salário. O vínculo estatutário é a forma de contratação do serviço público conquistada na Lei nº 8.112/90, garantindo direitos como formas prolongadas de licença e ampla defesa nos casos de possibilidade de exoneração do/a servidor/a. Já a pejetização se caracteriza pela prestação de serviços de uma pessoa trabalhadora à uma empresa como Pessoa Jurídica (PJ), sendo, portanto, uma forma legal de praticar a ilegalidade de fraudar um contrato de trabalho para descaracterizar uma relação de emprego existente (Pereira, 2013). Assim, a pejetização tem se tornado uma estratégia cada vez mais presente de burlar a garantia de direitos trabalhistas, assegurados pela CLT, e diminuir custos com o pagamento de profissionais, precarizando as pessoas trabalhadoras (Pereira, 2013).

Quando indagados sobre qual regime de trabalho que preferem atuar, os/as MeFC do estudo afirmam ser o celetista ou estatutário, pela garantia dos direitos trabalhistas, mas a sua maioria trabalha como PJ devido a cobrança dos impostos, como explica Açu (homem, branco, 35 anos) que também é gestor da clínica:

“Os médicos prefeririam trabalhar com o vínculo de pessoa física, porque você tem os direitos trabalhistas que a pessoa física te dá. Só que o Brasil é tão problemático nas suas questões tributárias e trabalhistas e os impostos são muitos altos, que às vezes para quem recebe, os impostos são maiores que a pessoa jurídica.” (AÇU, 2022).

Schraiber (1993), a partir da sociologia do trabalho, destaca que o avançar das forças produtivas fez com que a medicina perdesse, em parte, a posse dos seus instrumentos de produção. Até o início do século 20, no Brasil, a grande maioria dos/as médicos/as atuavam como profissionais liberais e detinham total autonomia no seu processo de trabalho, pois ditavam o preço das suas consultas, seus horários

e sua própria clientela. A partir da metade deste mesmo século, há um intenso processo de assalariamento da categoria médica, que passa a precisar vender a sua força de trabalho seja para empresas ou para o estado (Albiazzetti, 2006). Merhy (2020) destaca, todavia, que esse assalariamento não implicou numa perda completa da autonomia, pois há dimensões do trabalho que não podem ser controladas pelo empregador como a do trabalho vivo em ato.

No caso do/as MeFC que atuam na saúde suplementar, a precarização do trabalho parece ser ainda mais potente, visto que aqui além de perderem o domínio e o controle dos seus meios de produção, tendo que seguir condições clínicas mediadas pelo plano, eles/as perdem também os direitos trabalhistas garantidos em CLT ou em regime estatutário, como décimo terceiro salário, férias remuneradas, seguro desemprego, formas prolongadas de licença etc. Assim, se por um lado trabalhar como PJ para planos de saúde garante o pagamento de menos impostos, como argumenta Açu (homem, branco, 35 anos), por outro, retira os direitos trabalhistas e precariza o trabalho.

Assim, observa-se que a expectativa de realizar uma clínica mais ampliada com os recursos da saúde suplementar é acompanhada pela precarização do processo de trabalho e pela redução do espaço de autonomia das MeFC que fazem essa opção laboral. A busca por atender uma população mais próxima do seu perfil e a possibilidade de aumentar resolutividade de sua clínica com o uso de tecnologias leve-duras e duras vem à custa dos direitos trabalhistas e interferências indiretas no processo clínico de tomadas de decisão.

Considerações Finais:

Este artigo demonstra que os/as MeFC são atraídos/as e encantados/as pela saúde suplementar por diversos motivos e se levanta a hipótese que isso seja principalmente pela busca desses profissionais de se afastarem da precariedade dos modos de vida das pessoas atendidas prioritariamente pelo SUS. Precariedade essa que também perpassa as condições de trabalho e de acesso às tecnologias duras de cuidado, intensificados pelos processos de subfinanciamento e desfinanciamento do sistema público.

Assim, problematizar esse fenômeno recente da inserção de MeFC nas operadoras de planos de saúde, permite ao campo da Saúde Coletiva, principalmente ao eixo de trabalho e educação, compreender melhor o atual perfil socioeconômico e formativo das pessoas especialistas que fazem essa escolha e as jornadas profissionais que elas traçam entre os setores público e privado. Isso permite perceber a fragilidade de fixar profissionais qualificados na ABS mesmo com os esforços formativos aprofundados por programas, como o PMM, que foram interrompidos pelas recentes políticas de austeridade.

Também se evidencia a precarização das condições de trabalho nas operadoras de planos de saúde com, muitas vezes, a ausência de garantia de direitos trabalhistas básicos. Assim, pelo fazer cartográfico da pesquisa, se observam tendências que vão do desencantamento com o SUS, para o encantamento com a Saúde Suplementar e seu posterior desencantamento com pelo engodo de uma prática melhor, mais equipada e resolutiva. A insatisfação de profissionais da MFC só se torna possível, enxergando esse trajeto, pelo encantamento com o SUS através do fortalecimento de uma ABS integral, abrangente, de base territorial e comunitária.

Referências:

ALBIAZZETTI, G. Assalariamento e proletarização na medicina: um estudo sociológico realizado no município de Londrina. Dissertação de Mestrado. Disponível em Acesso em 05.dez.2015. Universidade Estadual de Londrina, 2006. Disponível em:

https://saudecomunista.files.wordpress.com/2014/07/assalariamento-e-proletarizac3a7c3a3o-na-medicina-_albiazzetti-uel-1.pdf. Acesso em 16 set. 2022.

ANS (Brasil). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório. Brasil: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2009. 80 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_setor_suplementar.pdf.

Acesso em: 2 nov. 2022.

ARIAS-CASTILLO, Liliana et al. Perfil do médico de família e comunidade: definição ibero americana. Santiago de Cali: Confederação Iberoamericana de Medicina de Família e Comunidade, 2010. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/documentos/perfil_mfc.pdf.

Acesso em 15 set. 2022.

AROUCA, Antônio S. A. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. [s.l.] UNESP, 2003. Disponível em <https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>. Acesso em 10 set. 2022.

BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean-Claude. *A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. 7. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

COSTA, Fabiana P. Acesso e permanência no ensino superior: uma análise para as universidades federais brasileiras. Dissertação de mestrado. UFPE, 2018. Disponível em <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/31802>. Acesso em 17 set. 2022.

FERREIRA da SILVA, Denise – “Ninguém: direito, racialidade e violência”, Meritum, revista de Direito da Universidade FUMEC 9, nº 1 (2014). Disponível em <http://revista.fumec.br/index.php/meritum/article/view/2492/1482>. Acesso em 15 ago. 2022.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Cadernos de Saúde Pública, v. 34, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00029818. Disponível em <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>. Acesso em 16 set. 2022.

GOMES, Luciano B; SAMPAIO, Juliana; LINS, Tiago S. Currículo de medicina na Universidade Federal da Paraíba: reflexões sobre uma experiência modular integrada com ênfase na Atenção Básica. Saúde em Redes, v. 1, n. 1, p. 39-46, 2015. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n1p39-46>. Acesso em 16 set. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE (Brasil). , Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: [s. n.], 2020. 85 p. ISBN 978-65-872-0118-4. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=28655&t=publicacoes>. Acesso em: 3 nov. 2022.

L'ABBATE, Solange. A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, p. 265-274, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100019>. Acesso em 17 set. 2022.

LISBOA, Alisson S. A inserção da Medicina de Família e Comunidade em empresas de planos privados de saúde no Brasil. Orientador: Lígia Bahia. 2020. 141 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2020.

MACHADO, Humberto S. V.; MELO, E. A.; PAULA, Luciana G. N. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 35, n. 11, e00068419, 2019 . DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068419>. Acesso em 17 set. 2022.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1181-1188, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Acesso em 17 set. 2022.

MENEZES, Ana P. R.; MORETTI, B.; REIS, Ademar A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública—austeridade versus universalidade. *Saúde em debate*, v. 43, p. 58-70, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>. Acesso em 17 set. 2022.

MERHY, Emerson E. et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 70-83, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>. Acesso em 17 set. 2022.

MINELLA, Luzinete S. Medicina e feminização em universidades brasileiras: o gênero nas interseções. *Revista Estudos Feministas*, v. 25, p. 1111-1128, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/%25x>. Acesso em 10 set. 2022.

MOREIRA, Hyan de Alvarenga; SOUZA, Karen Nattana de; YAMAGUCHI, Mirian Ueda. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 43, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000013316>. Acesso em 12 set. 2022.

MOROSINI, Márcia V.G.C.; FONSECA, Angélica F.; LIMA, Luciana D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 11-24, 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811601. Acesso em 02 set. 2022.

NORMAN, A. H. Lista de pacientes: reflexões para a prática da medicina de família e comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2856, 2021. DOI: 10.5712/rbmfc16(43)2856. Acesso em: 19 out. 2022.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínea.; ESCOSSIA, Liliana. *Pistas do Método Da Cartografia*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2017. Disponível em <https://www.editorasulina.com.br/img/sumarios/473.pdf>. Acesso em 17 set. 2022.

PEREIRA, Leone. *Pejotização: O trabalhador como pessoa jurídica*. São Paulo: Saraiva, 2013.

RAIMONDI, Gustavo A. et al. Corpos (não) controlados: efeitos dos discursos sobre sexualidades em uma escola médica brasileira. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, p. 16-26, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180142>. Acesso em 17 set. 2022.

SCHEFFER, Mário. et al., *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8.

SCHRAIBER, Lilia. B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

SEGALLA, Sara B. *Atuação Política de Médicas e Médicos de Família e Comunidade no Brasil: discursos e projetos em disputa e sua relação com políticas neoliberais* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal da Paraíba; 2021. p. 1–119.

SIMAS, Keith B. F. et al. A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: Breve recorte histórico. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 13, n. 40, p. 1-13, 2018. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1687](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1687). Acesso em 17 set. 2022.

SOUSA, Matias A. C. et al. Os contextos de vulnerabilidades e a produção de cuidado como temas na formação médica. *Saúde e Sociedade*, v. 31, p. e210531pt, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210531pt> Acesso em 17 set. 2022. .

TEDESCO, Silvia Helena; SADE, Christian; CALIMAN, Luciana Vieira. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. *Fractal: Revista de Psicologia*, v.

25, p. 299-322, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200006>.

Acesso em 17 set. 2022.

VASCONCELOS, Eymard M.; FROTA, Lia H.; SIMON, Eduardo. *Perplexidade na universidade: Vivência nos cursos de saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

5. ARTIGO 2²

Qual Família e Qual Comunidade? As Reconfigurações da Prática da Medicina de Família e Comunidade na Saúde Suplementar

Resumo: Trata-se de um estudo cartográfico que busca analisar a atuação de Médicos(as) de Família e Comunidade na Atenção Primária da Saúde Suplementar. O estudo foi realizado através de diários e entrevistas cartográficas realizadas entre março de 2021 e janeiro de 2022 e processadas semanalmente em reuniões da pesquisa. A análise se deu a partir do analisador: “Território” e suas dobras “Família” e “Comunidade”. Notou-se que a territorialização e abordagem familiar ganham outros contornos para a Medicina de Família e Comunidade praticada na Saúde Suplementar. Além disso, algumas das ferramentas típicas da Atenção Básica como: visita domiciliar, educação em saúde, genograma, ecomapa e vigilância em saúde na Atenção Suplementar não eram realizadas ou tiveram outras aplicabilidades dissonantes do modelo preconizado. Com isso, conclui-se que a Medicina de Família e Comunidade na Saúde Suplementar se aproxima de uma atuação mais clínica com perda da potência das linhas de força que constituem esta especialidade, tendendo a se aproximar de uma “Medicina da Pessoa”.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade. Saúde Suplementar. Territorialização da Atenção Primária.

Abstract: This is a cartographic study that seeks to analyze the performance of Family and Community Physicians in Primary Supplementary Health Care. The study was done between March 2021 and January 2022 with diaries and cartographic interviews and processed weekly in meetings with the research

² Artigo submetido para publicação na Revista Cadernos de Saúde Pública.

participants. From this analysis, it was defined the following analyzer: “Territory” and its folds “Family” and “Community”. Territorialization and family approach are not considered relevant value-strengths for Family and Community Medicine practiced in Supplementary Health. In addition, some of the typical Primary Care tools, such as: home visits, health education, genograms, eco-maps and health surveillance, had different applicabilities from their real meaning. It was concluded that Family and Community Medicine in Supplementary Health approaches a more clinical performance when losing its lines of force that are part of the name of this specialty, becoming a “Medicine of the Person”.

Key-word: Family Practice. Supplemental Health. Territorialization in Primary Health Care.

Introdução

As especialidades médicas se constituem através das suas aproximações ou disputas com diversas áreas de conhecimento. No caso da Medicina de Família e Comunidade (MFC) brasileira, podemos citar relações com a Medicina Geral e Comunitária (MGC), a Medicina Preventiva e Social (MPS) e a Saúde Coletiva (Andrade, 2017). Além disso, há muita proximidade com as elaborações teóricas e experiências práticas da Atenção Primária à Saúde (APS) Anglo-saxônica, com a Atenção Básica à Saúde (ABS) brasileira e outros níveis de atenção correlatos em diversos sistemas de saúde pelo mundo (Segalla, 2021).

A concepção de APS é herdeira da Conferência em Alma-Ata que foi realizada em 1978 e que trazia em suas propostas três características principais: acesso universal como primeiro ponto de contato do sistema de saúde; inseparabilidade entre saúde e desenvolvimento sócio-econômico e participação

social. Starfield (2002) reforça essas características ao elaborar, para este nível de atenção, os atributos essenciais de acesso de primeiro contato, integralidade, coordenação do cuidado e longitudinalidade além dos atributos derivados de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

Apesar dessa proposição abrangente, organismos internacionais, como o Banco Mundial, propuseram para países em desenvolvimento um modelo seletivo e focalizado de APS. O movimento sanitário brasileiro se opôs radicalmente a isso e lançou a denominação ABS para se referir a um modelo integral e territorial desse nível de atenção no SUS. Neste artigo, apenas para facilitar o contraste entre essas propostas, optou-se por utilizar ABS para se referir à APS no setor público brasileiro e APS para a experiência da Saúde Suplementar ou de outras proposições internacionais. Entende-se assim que, na prática, as duas nomenclaturas são intercambiáveis e seu uso depende dos fins políticos a que cada comunicação científica se pretende (Giovanella, 2018).

Os primeiros programas de residência médica em MPS surgem na década de sessenta no Brasil. Eles foram bastante influenciados pelo “movimento preventivista” das décadas de trinta e quarenta nos Estados Unidos (Massuda et. al., 2009). O “preventivismo”, bastante criticado por Arouca (2003), tinha o objetivo de transformar a prática médica, mas não ultrapassava a concepção liberal de saúde e não propunha mudanças radicais no modelo médico-hegemônico. Na realidade brasileira, esse movimento se transformou profundamente com as interferências das discussões no campo da Saúde Coletiva, do Movimento da Reforma Sanitária e de certo resgate da Medicina Social. A MPS se tornou, então, um espaço de articulação das áreas da Epidemiologia, Ciências Sociais e Política, Gestão e Planejamento e

passou a ser um importante dispositivo de formação técnica de militantes da Reforma Sanitária (Massuda et. al., 2009).

Já a MGC brasileira teve, como uma de suas principais influências, a Medicina Comunitária surgida na década de sessenta, também nos Estados Unidos da América. Um de seus marcos iniciais foi a proposta de formação especializada para médicas/os via “Projeto de um Sistema de Saúde Comunitária” em Porto Alegre, em 1974, através da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, juntamente com outras experiências em Pernambuco e no Rio de Janeiro (Falk, 2004). Com a Declaração de Alma Ata em 1978, outras experiências surgem nos demais estados federativos, o que leva o Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM) a reconhecer a especialidade em 1981, formalizando os programas de residência em MGC (Falk, 2004).

Massuda e colaboradores (2009) problematizam as divergências existentes entre a MGC e a MPS. Para eles, enquanto a primeira tinha como objetivo principal formar um profissional clínico e generalista, cujo treinamento teria ênfase a ABS, a segunda se centrava na construção de um profissional com uma perspectiva coletiva de cuidado que se ocuparia dos determinantes sociais do processo saúde-doença e menos da clínica individual. Nessas divergências podemos mapear o que Giovanella (2018) aponta como tensões discursivas entre os ideários de ABS, que seria mais próxima da MPS, e APS, que seria mais próxima da então MGC. Essas tensões se visibilizam até hoje nas disputas “promoção/prevenção X cuidado; saúde coletiva X clínica; ações programáticas X demanda espontânea; orientação comunitária X serviço de saúde” (Giovanella, 2018, p. 2).

Outra tensão é a proposta de territorialização. Enquanto o modelo clássico de APS entende o território como um espaço geográfico material que serve de plano

para organização de redes integradas de serviços, a proposta da ABS, influenciada pelo trabalho de Milton Santos, o compreende também como um território-processo que é dinâmico e perpassado constantemente por mudanças. Há ainda uma dimensão subjetiva de um campo de forças, que podem ser expressas pelas pessoas, pelas famílias e/ou pelas comunidades que compõem determinado território, ou seja, uma teia de relações (Faria, 2020; Merhy et. al. 2019).

A partir da década de 90, há uma reformulação do estado brasileiro que passa a adotar medidas neoliberais com a focalização dos programas sociais, buscando reduzir o gasto público em nome do ajuste econômico (Rizotto, 2021). Tal ação implicou na extinção da carreira de médico sanitaria, formado pela MPS, e a paulatina redução desses programas de residência, pois não haveria uma priorização de uma inteligência burocrática para ocupar espaços estratégicos da gestão do sistema público de saúde, restando, em 2006, apenas 11 programas, dos 20 que antes existiam no país (Massuda et. al., 2009). Junto desses movimentos, há uma priorização do estado brasileiro pelo modelo de ABS ao criar o Programa Saúde da Família (PSF), em 2004, reformulado, em 2006, para Estratégia Saúde da Família (ESF), através da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Giovanella et. al., 2020).

Um marco importante na mesma década, mais especificamente em 2001, foi a troca do nome de MGC para MFC. Giovanella e colaboradores (2020) discutem que essa mudança não aconteceu apenas no contexto da expansão do campo de prática com a ESF, mas também no da construção de uma identidade distinta da MPS, numa tentativa de se conectar ao ideário de práticas e conhecimentos de países com experiências mais consolidadas de APS como Canadá e Inglaterra. Dentro dessas experiências, o médico de família inglês, Ian Mcwhinney, aponta que

a MFC teria nove princípios: ser comprometida com as pessoas, entender o contexto da experiência da doença, lançar estratégias oportunas de prevenção e promoção da saúde, integrar uma abordagem da saúde dos indivíduos com a saúde populacional, considerar as redes de apoio e cuidado, partilhar do mesmo habitat que as pessoas que atende, visitar as pessoas em suas casas, valorizar aspectos humanísticos da medicina e gerenciar bem os recursos (Freeman, 2017).

Na mesma época da renomeação da MFC no Brasil, a prestação de serviços pelo setor privado também passou por importantes alterações. Foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pela regulamentação dos planos e operadoras em saúde no Brasil que, para Menicucci (2007), marca a intervenção estatal tanto no setor público, como no privado, mesmo que de formas diferentes.

Segundo a ANS, em 2022, cerca de 49,6 milhões de brasileiros estavam cobertos por planos e seguros de saúde privados e isso representou 25,46% da população (ANS, 2022). O modelo de assistência privada não acompanhou as mudanças de modelo assistencial ocorridas no setor público, ainda mantendo a organização de suas ofertas de saúde no modelo hegemônico conhecido por ser hospitalocêntrico, centrado em procedimentos, de cuidado fragmentado e sem enfoque nas ações de prevenção de doenças e promoção de saúde (Machado et. al., 2019).

A partir do cenário de gastos excessivos e centrados em procedimentos na rede privada de saúde, a MFC passa a ser convidada a se inserir nas operadoras de planos de saúde, prometendo a defesa de uma atenção mais longitudinal, integral e humanizada, mas também, através da Prevenção Quaternária, valer-se do uso racional na prescrição de exames e procedimentos terapêuticos (Machado et. al.,

2019). Essa inserção ganha potência a partir de 2013, quando planos de saúde como a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), Confederação Nacional de Cooperativas Médicas (UNIMED) e Assistência Médica Internacional (AMIL) decidem estruturar seus serviços em volta da APS, apostando na contratação de profissionais da MFC para compor suas equipes de saúde (Machado et. al., 2019).

A ANS, reconhecendo o sucesso do modelo da ABS, também passou a estimular uma mudança no modelo assistencial adotando diretrizes de incentivo à adoção, implementação e qualificação de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras de planos de saúde (ANS, 2019). Machado et al (2019) enfatiza isso ao destacar a pouca atuação voltada para a comunidade e a impossibilidade de práticas integrativas no cenário da APS.

Diante desse cenário, se faz necessário compreender esse fenômeno recente da incorporação da MFC pela Atenção Suplementar, com produção científica brasileira ainda escassa. Assim, este artigo pretende avaliar como se configuram as abordagens familiar e comunitária, manifestações do território, nas práticas de médicos de família e comunidade inseridos na APS de um plano privado de saúde.

Metodologia

Este artigo tem caráter qualitativo e se utiliza da cartografia (Kastrup et. al., 2017) como uma aposta metodológica para desenvolver a pesquisa em uma clínica de APS da cidade de Natal, no estado do Rio Grande do Norte (RN). A clínica é composta por cinco equipes de APS que atendem beneficiários de um plano de saúde e estas são compostas por onze pessoas Médicas de Família e Comunidade

(MeFC), quatro Enfermeiras de Família e Comunidade e cinco técnicas de enfermagem que são nomeadas como Agentes de Saúde.

Há reuniões semanais dessas equipes para discussões de casos clínicos, indicadores de desempenho e planejamento do processo de trabalho. Além dessas equipes, há duas nutricionistas, uma assistente social, um psicólogo, quatro recepcionistas e dez pessoas médicas de outras especialidades como cardiologia, gastroenterologia, pediatria, psiquiatria, neurologia e reumatologia. Entre as equipes de APS e esses profissionais, às vezes, há uma relação de matriciamento, mas, geralmente, há apenas um fluxo de referência e contrarreferência através do prontuário eletrônico. Essa clínica existe desde 2019 e está inserida no contexto de expansão da APS na saúde suplementar (Lisboa, 2020).

A pesquisa se deu a partir da produção de várias estratégias de aproximação com os territórios existenciais do/as MeFC da clínica, na intenção de produzir diferentes dados cartográficos. Um dos nossos pesquisadores era médico dessa clínica e isso facilitou sua imersão no cotidiano do serviço. Isso porque, a cartografia valoriza o “pesquisador in-mundo”, aquele que se “imundiza” com o campo analisado, produzindo e sofrendo interferências a todo momento no processo da pesquisa (Gomes e Merhy, 2014). As vivências dele no campo ocorreram em cerca de quatro vezes por semana, ao longo de onze meses, entre março de 2021 e janeiro de 2022, e foram todas registradas em diários cartográficos, que são um dispositivo da pesquisa que possibilita tanto a descrição do que é vivido, quanto das afecções dos encontros entre o coletivo-pesquisador e o mundo-pesquisado (Slomp et. al., 2020).

Outro recurso cartográfico utilizado foram as entrevistas. Estas foram do tipo semi-estruturado, a partir de um roteiro de perguntas norteadoras produzidas a partir

da questão condutora do presente estudo, qual seja: Como se organiza o processo de trabalho de Médicos/as de Família e Comunidade (MeFC) na Atenção Suplementar? Assim, elas abordaram temas como: a jornada formativa e laboral dos/as profissionais, suas referências no campo da MFC e como os/as MeFC acreditavam que os atributos da abordagem familiar e comunitária se realizavam na Saúde Suplementar.

As entrevistas foram realizadas com seis MeFC que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram realizadas no mês de janeiro de 2022, de forma remota pelo Google Meet®, em horário previamente agendado, com duração média de uma hora cada. Elas foram gravadas com o consentimento dos/as participantes e depois de transcritas.

Todo o conteúdo dos diários e das entrevistas cartográficas foi discutido em reuniões quinzenais com o coletivo de pesquisa. Esses encontros serviram para elaboração de dispositivos, levantamento de analisadores e planejamento dos próximos passos, já que a pesquisa cartográfica vai se modificando e adaptando ao longo de sua feitura (Kastrup et. al., 2017). Através de discussões, baseadas no material empírico produzido e nos referenciais teóricos que sustentam o presente estudo, foram levantados analisadores que segundo René Lourau (2004), são “acontecimentos ou fenômenos reveladores e ao mesmo tempo catalisadores” (p.69) que servem para “colocar a instituição para falar” (p.69), viabilizando aspectos contraditórios e ocultos no processo de análise institucional (L’abbate, 2012).

O analisador posto em estudo neste artigo é o “território” e suas dobras “família” e “comunidade”. “Dobra” é um conceito deleuzeano que visibiliza quando duas categorias não se opõem, mas são lados do mesmo plano e apresentam uma

relação direta entre si (Deleuze, 1991). Nesse caso, entende-se que família e comunidade são diferentes dimensões da territorialização através de um referencial teórico herdeiro da categoria miltoniana do território-processo e sua compreensão como um campo de forças e uma teia de relações humanas (Merhy et. al. 2019).

Esta pesquisa seguiu todas as recomendações éticas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Ciências Médicas da UFPB, com o CAAE: 42482721.7.0000.8069. Nessa direção, para preservar a identidade das pessoas que participaram do estudo, optou-se por se referir a elas com nomes fictícios. Açu (homem, branco, 35 anos), Apodi (mulher, branca, 34 anos), Ceará-Mirim (mulher, branca, 26 anos), Maxaranguape (homem, branco, 29 anos), Potengi (mulher, branca, 32 anos) e Seridó (homem, branco, 44 anos).

Por fim, estudo compõe a dissertação de mestrado “Análise da atuação da Medicina de Família e Comunidade na Saúde Suplementar”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com financiamento de Bolsas de Iniciação Científica, pelo o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

Resultados e Discussão:

No que tange ao exercício profissional dos/as MeFC da clínica, observou-se reinvenções como forma de adaptação à migração do trabalho do serviço de saúde público, no qual foram formados em MFC, para o serviço de saúde privado no qual trabalham. Essas reinvenções estão presentes tanto na dimensão do/as clientes do serviço, quanto da família e da comunidade. Utiliza-se a nomenclatura “cliente” aqui

para se referir aos beneficiários da clínica, pois essa categoria desvela o processo de mercantilização da relação de cuidado deles e problematiza as diferenças relacionais entre o/a cliente de um serviço-mercadoria e o/a usuário/a de um direito social.

Pensando no valor-território, Seridó (homem, branco, 44 anos), logo no início da sua entrevista, refletiu sobre os motivos que o levaram a escolher a MFC como a sua especialidade e, inicialmente, trabalhar no setor público. Ele afirmou que:

"A forma diferente de exercer a medicina [da MFC], de estar mais próximo das pessoas e não olhar só a doença me encantou. Ser recebido nas casas é ver a realidade, é conhecer a mãe, o pai e os filhos. São detalhes que você só olhando sinais e sintomas não percebe e não resolve só em questões clínicas." (Seridó, 2022)

A percepção de Seridó da importância da família e da comunidade na produção do cuidado se assemelha com as proposições dos principais teóricos da área que remontam o surgimento da MFC à um certo retorno da figura médica histórica do "clínico geral" que foi predominante no século XIX, que acompanhava famílias ricas e influentes ao longo da vida e atuava visitando as suas casas (Freeman, 2017). Esse predomínio da prática generalista foi reduzido ao longo do século XX, com o avanço tecnológico e o fortalecimento das especializações no campo da saúde e só retornou com as reorientações organizativas dos sistemas de saúde ao final da década de setenta, após a Conferência de Alma-Ata (Freeman, 2017).

No Brasil, como já se afirmou, a história da especialidade também está ligada à MGC, o que fortaleceu este aspecto que Seridó destaca de *“estar mais próximo das pessoas e [...] ser recebido nas casas”*. Esse comunitarismo, segundo os trabalhos de Andrade (2017) e Segalla (2021), é permeado de tensões, pois ao mesmo tempo em que era financiado por organizações de países centrais, como a Fundação Kellogg e Ford, que propagavam um modelo focalizado e liberal de prática médica, também se desenvolveu num contexto brasileiro de lutas populares contra a ditadura civil-empresarial-militar, demarcando um compromisso político com uma saúde comunitária de parte dessa geração de médicos/as “generalistas”.

Assim, “Comunidade”, na história da MGC brasileira, tem um sentido rico e polissêmico e não é apenas um local geográfico limitado com uma associação natural e íntima entre os seus habitantes, mas um território de ação e mobilização política (Oberg, 2018). Isso guarda certas semelhanças, por exemplo, com os processos históricos, ampliados na década de 70, de categorias profissionais como a psicologia que buscaram se deselitizar, tornando-se mais próximas das condições de vida da população e propondo intervenções clínicas contextualizadas pela realidade local, de gênero, de raça e de classe social (Scarparo et. al., 2007). Isso vai tensionar com o coletivismo restrito da noção comunitária da MGC americana que entendia “comunidade” apenas como um microcosmo local, fechado em seus próprios interesses, distinta da sociedade como um todo e objeto de uma ação assistencialista voltada a grupos entendidos como “vulneráveis e de risco” (Andrade, 2017).

É importante frisar que essa politização comunitária é ligada à categoria político-ideológica do território que, no Brasil, é muito influenciada pelo pensamento do geógrafo Milton Santos, que o enxergava como um processo vivo de mediação

entre o mundo e a sociedade, muito além da sua dimensão político-administrativa (Merhy et. al., 2019). O próprio SUS é estruturado em torno dessa noção ampliada e herdeiro de um “projeto territorial descentralizado, hierarquizado e integrado regionalmente, através das redes de atenção à saúde” (Faria, 2020).

A ABS, modelo de atenção que circunscreve as proposições e a formação da MFC, segundo Merhy e colaboradores (2019), foi pensada como uma possibilidade de cuidado territorializado e que além de abordar os seus aspectos “demográficos, geográficos, econômicos, sociais, culturais e epidemiológicos”, através da vigilância em saúde, ainda compreende as multiplicidades de modos de viver dos coletivos que habitam esses espaços. Assim, destaca-se que o território e suas dobras família e comunidade apresentam tanto dimensões políticas, quanto clínico-epidemiológicas quanto afetivo-existenciais. Essas características da ABS são exaltadas por outros/as MeFC entrevistados/as e vista também como fruto da territorialização que é um dos seus fundamentos. Como destacou Apodi (mulher, branca, 34 anos): *“No SUS há mais liberdade, o agente de saúde circula na comunidade. A abrangência de uma área específica favorece a abordagem.”*

Lista de Pacientes: Uma Despotencialização do Território na Saúde Suplementar

Na APS da Saúde Suplementar, a dimensão do território ganha outro sentido e a territorialização perde potência como um força-valor da atuação profissional. Como Ceará-Mirim (mulher, branca, 26 anos) apontou: *“na suplementar, é pela população adscrita. As pessoas são cadastradas numa carteira de pacientes e nela tem pessoas de diversas cidades.”*

Potengi (mulher, branca, 32 anos) é até mais radical ao denunciar que:

“A comunidade que se explode, não há comunidade. É uma lista de pacientes, não é um território. Não dava. Foi a primeira coisa deletada na nossa prática dentro da suplementar. Havia estudos populacionais das listas de pacientes, mas nada além disso.” (Potengi, 2022)

Esse modelo de “lista de pacientes”, citado pelas MeFC, é inspirado nos modelos de atenção gerenciada americano e no pagamento por captação do sistema de saúde britânico (Norman, 2021). Na *Managed Care* americano, um sistema organizacional assume o orçamento financeiro e se responsabiliza por um conjunto de serviços clínicos, as *Health Maintenance Organizations (HMOs)*. Cada um deles presta assistência a determinados estratos populacionais e controla o acesso das pessoas beneficiárias através dos/as médicos/as de atendimento primário e da restrição da cobertura (Freeman, 2017). Planos privados de saúde, no Brasil, utilizam essa mesma lógica e a “lista de pacientes” é um mecanismo tanto de pagamento, como de fidelização da clientela a um determinado prestador de serviço (Norman, 2021).

O *National Health Service (NHS)* britânico, apesar de inaugurar o modelo universal de saúde em 1948, precisou conquistar o apoio dos *General Practitioners (GPs)* e manteve a remuneração deles através do modelo de pagamento por captação que já existia desde 1911. Nesse esquema, o pagamento é feito pelo

quantitativo de pacientes registrados a um prestador específico, ancorado numa unidade de tempo, por exemplo, número de consultas num determinado período de funcionamento do serviço.

É interessante notar que esse profissional de saúde inglês equivalente ao MFC, o “*General Practitioner*”, teria uma tradução aproximada do seu nome de “Clínico Geral”. Não há menção à “comunidade” no nome britânico da especialidade, ao contrário do nome brasileiro. Isso talvez indique que com a ausência de uma adscrição territorial, como na Inglaterra, se enfraqueça a abordagem comunitária. Também, nos Estados Unidos, o nome não carrega referência à comunidade. Lá o especialista é o “*Family Physician*” que poderia ser traduzido como “Médico de Família”, parecendo indicar um certo distanciamento histórico até da *Community Medicine*.

Nesse sentido, Potengi (mulher, branca, 32 anos) aponta que:

“Os atributos da atenção primária e o envolvimento com a comunidade não são possíveis num plano de saúde e o trabalho é mais próximo de um clínico. É um trabalho entre quatro paredes.” (Potengi, 2022)

É interessante observar que uma das ferramentas clínicas utilizadas pela MFC é o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), como uma tentativa de superação de um modelo clínico centrado na doença (Stewart et. al., 2017). Apesar dessa ferramenta valorizar o contexto familiar e comunitário, Andrade (2021) aponta

que o MCCP apresenta uma compreensão de sujeito neoliberal e cai em uma lógica individualista, porque centra as suas ações na pessoa individual, que mesmo que contextualizada, nessa lógica parece uma abstração apartada da sociedade. A família e a comunidade deixam de ser um território ativo e permeado de conflitos, disputas e linhas de força e se torna um contexto do paciente a ser considerado no processo terapêutico.

Assim, a “Medicina da Pessoa”, apesar de superar a “Medicina da Doença” acaba produzindo um enfraquecimento da dimensão territorial da clínica, logo, uma despotencialização da abordagem comunitária e familiar. Se a comunidade e a família são vistas como territórios vivos e uma teia de relações onde os indivíduos constroem suas subjetividades e têm os seus encontros, essa despotencialização é bastante importante para a abordagem profissional (Merhy et. al., 2019). De certa forma, há uma redução da potencialidade de ampliação da clínica que enxerga além da doença, mas não ultrapassa o que seria a pessoa isolada. Seridó (homem, branco, 44 anos) até comentou que, na Suplementar *“não há intervenção comunitária para mudar a realidade da comunidade. Nossa abordagem pode até ser comunitária, mas o foco da ação é o individual.”*

Apesar de Potengi e Seridó reconhecerem os prejuízos dessa redução do escopo, Ceará-Mirim (mulher, branca, 26 anos) chega a comentar que: *“Na saúde suplementar, as pessoas são de um território que não é tão vulnerável. O ambiente não é tão de risco. O bairro e a comunidade não importam muito.”* Essa ideia de que a abordagem comunitária é relevante somente para populações pobres, em situação de vulnerabilidade e de risco se aproxima muito dos ideários assistencialistas de uma APS restrita e seletiva de organizações como o Banco Mundial (Rizotto, 2021).

Esta concepção de território, à luz da perspectiva da analítica da racialidade, os territórios das pessoas atendidas pelos planos privados de saúde, que em sua maioria são brancas e de classe média (Souza et. al., 2021), são universais e não precisam ser trazidos à cena clínica. Isso é totalmente diferente dos territórios habitados pelas populações negra e parda economicamente expropriadas que são vistos como “de risco” e precisam ser nomeados e trazidos à cena do fazer clínico (Silva, 2014). Esse domínio do “patológico” nesses territórios é, ainda, o que serve de justificativa para o exercício da violência brutal do Estado personificado pelas forças da polícia.

Reconfigurações das Abordagens Familiar e Comunitária

Sobre a família, Açu (homem, branco, 35 anos) afirmou que: *“A abordagem familiar pode ser necessária ou pode não ser. Nem sempre a unidade familiar é abordada integralmente. No convênio, pessoas diferentes da mesma família podem ser acompanhadas por médicos diferentes.”* Alguns/mas MeFC da clínica ao serem questionados/as sobre a Abordagem Familiar e Comunitária na APS suplementar chegam a falar de algumas ferramentas que relacionam diretamente com essa dimensão territorial. Algumas dessas ferramentas eles/as acham que são mais presentes no trabalho da suplementar e outras menos. Elas são: a visita domiciliar; as atividades de educação em saúde; algumas ferramentas específicas da prática da MFC como o genograma e o ecomapa e a vigilância em saúde.

Açu (homem, branco, 35 anos) afirmou, sobre o seu trabalho na saúde suplementar, que *“não há visita domiciliar pelos médicos de família na saúde suplementar.”* Apesar disso, Maxaranguape (homem, branco, 29 anos) vê a

telemedicina como uma possibilidade de substituir isso: *“Atendemos, agora com a telemedicina, até pessoas de outros países. É até como se fosse uma visita domiciliar. Você vê um tapete mal-posicionado na casa de um idoso e pode orientar.”*

Desse modo, observa-se que essa compreensão de atenção domiciliar reitera somente os seus aspectos de vigilância nas suas atribuições mais fiscalizatórias e favorece o exercício do biopoder na prescrição de um hábito mais saudável de vida (Santana et. al., 2019). Perde-se assim a dimensão de uma prática domiciliar mais horizontal, dialógica e emancipatória através da intimidade da “casa”.

Já sobre a educação em saúde, o mesmo médico apontou que: *“Não existe uma territorialização nos serviços de saúde privados, mas a gente consegue fazer alguns grupos e cursos como de gestantes e tabagistas.”* No mesmo sentido, Seridó (homem, branco, 44 anos) comentou que:

“O que a gente pode fazer é em termos de educação em saúde. Fizemos vários vídeos para Instagram e youtube. Live talvez seja uma boa ideia. O fisioterapeuta da clínica está pensando em fazer atividades numa praça ou numa praia.”
(Seridó, 2022)

Assim, como na visita domiciliar, o modelo de saúde que orienta as práticas de educação em saúde realizadas é o tradicional, hierárquico e bancário. Há um centramento nos conhecimentos técnicos dos/as profissionais de saúde e o distanciamento das possibilidades dialógicas dos saberes dos/as clientes, das aproximações com a vida comunitária e os contextos de determinação social do processo saúde-doença (Araújo et. al., 2020).

Sobre algumas outras ferramentas, Maxaranguape (homem, branco, 29 anos) afirmou que utiliza *“muito o genograma, mas o tempo é muito corrido.”* Açu também apontou que: *“Eventualmente se utiliza genograma e ecomapa.”* É interessante pensar que essas ferramentas, vão perdendo cada vez mais espaço na realidade da saúde suplementar por conta do pouco tempo de consulta e da perda da dimensão territorial da APS na saúde suplementar. Nos diários cartográficos esta reflexão é presente:

“Nas nossas valises temos a ferramenta do Método Clínico Centrado na Pessoa. Acho que essa é uma ferramenta muito bonita, mas como efetivá-la num contexto de consultas de 15 minutos com muitas pessoas que a gente está até atendendo pela primeira vez? Eu me sinto muito como Chaplin apertando os parafusos em “Tempos Modernos”. (Diário Cartográfico)

Ainda sobre família e tempo, Potengi declarou que:

“Eu cheguei a chamar familiares de uma mesma família para uma consulta para abordagem familiar, mas não houve interesse do plano de saúde de viabilizar o tempo necessário de consulta para isso. Tentei dialogar com a assistente social, mas não havia um tempo reservado para isso.” (Potengi, 2022)

Ela comenta ainda que a agenda era bem inflexível e que ela tentava sair do papel de “apenas uma clínica”, mas não conseguia por conta disso. *“Eu não integrava a família, eu atendia o indivíduo. Eu não era médico de família, eu era um clínico, um clínico do indivíduo.”* Essa visão de uma redução ao papel de uma “clínica” parte da visão de que a MFC tem uma visão mais ampliada e integral do cuidado de uma pessoa que a de um especialista em clínica médica, pois inclui a medicina centrada nas pessoas e as abordagens territoriais.

Sobre a vigilância em saúde, segundo os relatos dos/as MeFC cabia exclusivamente à enfermagem o papel de vigilância epidemiológica e trabalhos de atividade coletiva e de grupos. Na rotina da enfermagem, há espaços de carga horária para realização de grupos de gestantes, cessação do tabagismo, redução de peso e contracepção. Também há espaço para compilação e análise de indicadores de saúde como quantitativo de pessoas gestantes, hipertensas, diabéticas e asmáticas que são geradas pelo sistema de prontuário eletrônico. Essas atividades são vistas pela seguradora do plano de saúde como secundárias e não-essenciais para a prática médica em seu cotidiano, segundo Açu reproduzindo esta visão, *“elas podem muito bem ser executadas pela enfermagem”* (homem, branco, 35 anos). Com isso, há uma diminuição da potência não somente da dimensão política e afetivo-existencial do território, como também de sua dimensão clínico-epidemiológica.

Sobre a abordagem familiar, Seridó (homem, branco, 44 anos) afirma que *“Eu ofereço o melhor atendimento possível para a pessoa da família que vem.”* E em outras falas transparece que essa abordagem individual de um membro da família já poderia ser considerada uma abordagem familiar. Essa concepção é oriunda da abordagem sistêmica que é a concepção dominante da MFC sobre a família (Dias,

2018). Para esta abordagem, a família é um conjunto de indivíduos que partilham laços de parentesco ou amizade e que convivem sobre o mesmo teto. Contudo, apesar dos arranjos familiares poderem ser múltiplos, eles seguem um ciclo de vida que tem momentos decisivos e previsíveis como: sair da casa dos pais e se tornar uma pessoa adulta independente, formar um casal, ter filhos, ver os filhos crescerem, lançar os filhos ao mundo e ter um estágio final com um “ninho vazio” (Dias, 2018).

Esse modelo, mesmo que preveja a possibilidade de arranjos diferentes, é organizado em torno dos ideais, conceitos e desenvolvimento marcados pela normatividade de um modelo eurocentro de família (Tokuda et. al., 2016). Essa perspectiva é bastante limitada, pois as vivências familiares que essa abordagem prevê para cada ciclo naturalizam os vieses de uma sociedade patriarcal em que a infância e a criação de toda progênie não é um atributo da comunidade como um todo, mas de um casal heteroafetivo de indivíduos do nicho familiar, principalmente da mulher. Há ainda a noção problemática de família funcional e disfuncional que carrega em si uma visão biologicista e normatizante do que seria o normal ou patológico e que não faz sentido na realidade brasileira, onde 33% das famílias, segundos dados do IBGE, são monoparentais, chefiadas por mulheres negras, pobre e periféricas.

Considerações Finais:

Diante disso, se vê a despotencialização das linhas de força que perpassam o nome da própria especialidade e o enfraquecimento da dimensão comunitária e familiar na saúde suplementar. Assim, a MFC, dentro da saúde suplementar, perde

parte da sua potencialidade e escopo de ações. Ela deixa cair as letras “F” e “C” e focaliza sua atuação numa clínica centrada na pessoa, sem conseguir atuar diretamente sobre os territórios da “família” e da “comunidade”.

Apesar deste trabalho possuir a limitação de ter centrado sua análise na atuação de MeFC de uma única clínica de uma operadora de plano de saúde, ele já aponta os desafios gerais da atuação desta especialidade neste nível de atenção. Apesar da MFC se colocar como uma alternativa ao modelo hospitalocêntrico e centrado em procedimentos de alto custo; neste ambiente privado, ela passa por metamorfoses em seu escopo de atuação e se distancia, como demonstrado, da sua vocação territorial.

É importante salientar que esta desterritorialização não ocorre em um contexto isolado, mas na realidade da incidência de políticas públicas privatistas e que descaracterizam o projeto territorial da ABS como a nova Política Nacional de Atenção Básica que flexibiliza a presença dos ACSs através da criação das equipes de Atenção Básica (eAB). Diante desse cenário, advoga-se por um SUS centrado na ABS e capaz de instrumentalizar as lutas em defesa de um nível de atenção que seja territorial, comunitário e integral ao analisar a situação da MFC no setor suplementar e suas implicações nas diferentes abordagens em saúde. A discussão aqui iniciada contribui para o debate sobre a atuação desses médicos/as na APS, contribuindo assim com o campo da Saúde Coletiva, sobretudo, por este ser um tema atual e que repercute diretamente na vida das populações e no processo de trabalho na saúde.

Referências:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Taxa de Cobertura de Planos de Saúde. 2022. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/anstabnet/index.htm>>. Acesso em: 8 dez. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2019. Acesso em: 15 dez. 2022.

ANDRADE, Henrique S. Medicina e crítica de uma formação e comunidade: emergência e crítica discursiva. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal Fluminense, 2017. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/5207>. Acesso em: 8 nov. 2022.

ANDRADE, Henrique S. Subjetividade em Risco: Clínica Centrada na Pessoa, Prevenção Quaternária e Atenção Primária à Saúde no Neoliberalismo. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, 2021.

ANDRADE, Henrique S. *et al.* A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, n. 3, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280311>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/VyPQFypXtF6MkRcqQ7P9bcc/abstract/?lang=pt#:~:text=A%20MFC%20%C3%A9%20pensada%20como,e%20o%20sentido%20dessa%20pr%C3%A1tica>. Acesso em: 9 dez. 2022.

AROUCA, Sergio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

DELEUZE, Gilles. *Dobra (a): Leibniz E O Barroco*. 5. ed. Campinas: Papirus Editora, 2009.

DIAS, Lêda C. Abordagem Familiar. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José M.C.; DIAS, Lêda C. (Orgs.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade - 2.ed: Princípios, Formação e Prática*. [s.l.]: Artes Medicas, 2018, p. 281–292.

FALK, João W. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 1, n. 1, p. 5–10, 2004. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc1\(1\)2](https://doi.org/10.5712/rbmfc1(1)2). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2>. Acesso em: 14 dez. 2022.

FARIA, Rivaldo M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 11, p. 4521–4530, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n11/4521-4530/>. Acesso em: 23 dez. 2022.

FREEMAN, Thomas R. *Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWhinney*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2017.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 8, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2022.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano M.; ALMEIDA, Patty F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/>. Acesso em: 13 dez. 2022.

GOMES, Maria P. C.; MERHY, Emerson E. *Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

KASTRUP, Virginia; ESCOSSIA, Liliana; PASSOS, Eduardo. *Pistas do Método da Cartografia*. 1. ed. Porto Alegre: Editora Sulina, 2017.

L'ABBATE , Solange. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*, v. 8, n. 1, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41580>. Acesso em: 1 jan. 2023.

LISBOA, Alisson S. *A Inserção da Medicina de Família e Comunidade em Empresas de Planos Privados de Saúde no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2020.

LOURAU, René. *René Lourau - Analista Institucional Em Tempo Integral*. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MACHADO, Humberto S.V.; MELO, Eduardo A.; PAULA, Luciana G.N. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 11, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068419>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QYCh5R6sG59JvS3wQgmFDBw/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2023.

MASSUDA, Adriano. *et al.* Uma chama que se apaga: residência de medicina preventiva e social. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 4, p. 633–643, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000400014>. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-52712009000400014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 dez. 2022.

MENICUCCI, Telma M.G. A regulação da assistência à saúde suplementar. *In: Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, p. 233–289.

MERHY, Emerson E. *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe6, p. 70–83, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RXfnPp73B9Dpcz5pqcVnBdf/?lang=pt>. Acesso em: 8 jan. 2022.

NORMAN, Armando H. Lista de pacientes: reflexões para a prática da medicina de família e comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 16, n. 43, p. 2856, 2021. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2856](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2856). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2856>. Acesso em: 10 jan. 2023.

OBERG, Lurdes P. O conceito de comunidade: problematizações a partir da psicologia comunitária. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 18, n. 2, p. 709–728, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000200018. Acesso em: 02 jan. 2023.

RIZZOTO, Maria L.F. Continuidades e mudanças nas estratégias de intervenção do banco mundial no setor de saúde brasileiro. In: *Saúde coletiva: políticas públicas em defesa do sistema universal de saúde*. [s.l.]: Editora UFFS, 2021, p. 70–82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7476/9786586545562.0004>. Acesso em: 8 nov. 2022.

SANTANA, Vagner C.; BURLANDY, Luciene; MATTOS, Ruben A. A casa como espaço do cuidado: as práticas em saúde de Agentes Comunitários de Saúde em Montes Claros (MG). *Saúde em Debate*, v. 43, n. 120, p. 159–169, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yPDsVDLZrvMQjVGGn4VJsMB/?lang=pt>. Acesso em: 21 dez. 2022.

SCARPARO, Helena B.K.; GUARESCHI, Neuza M.F. Psicologia social comunitária profissional. *Psicologia & Sociedade*, v. 19, n. spe2, p. 100–108, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000500025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/xwcQDfJ7n4BJPrsY9Qry9Jq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 jan. 2023.

SEGALLA, Sarah B. *Atuação Política de Médicas e Médicos de Família e Comunidade no Brasil: discursos e projetos em disputa e sua relação com políticas neoliberais*. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021.

SILVA, Denise F.. Ninguém: direito, racialidade e violência. *Revista Jurídica Meritum*, v. 9, n. 1, p. 2–117, 2014. Disponível em: <https://biblat.unam.mx/pt/revista/meritum-belo-horizonte/articulo/ninguem-direito-racialidade-e-violencia>. Acesso em: 16 dez. 2022.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

JUNIOR, Helvo Slomp. *et al.* Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. *Athenea Digital. Revista de pensamento e investigación social*, v. 20, n. 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2617>. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v20-3-slomp>. Acesso em: 9 jan. 2022.

JÚNIOR, Paulo R.B.S. *et al.* Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. suppl 1, p. 2529–2541, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43532020>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26suppl1/2529-2541/> Acesso em: 8 jan. 2022.

STEWART, Moira. *et al.* *Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico*. [s.l.]: Artmed Editora, 2017.

TOKUDA, André Masao Peres; PERES, Wiliam Siqueira; ANDRÊO, Caio. Família, Gênero e Emancipação Psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 36, n. 4, p. 921–931, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001022014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/rLthf4hjdQWD35tGHGts5Ld/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 dez. 2022.

6. ARTIGO 3

Entre Baques e Atraques: Implicação e Sobreimplicação de uma Pesquisa na Saúde Suplementar

Introdução:

“Mate em você

Macho, branco, senhor de engenho, colonizador, capataz

Que pensa estar sempre a frente

Mas vive para trás”

(Linn da Quebrada, 2021)

A pesquisa cartográfica se caracteriza pela imersão da pessoa pesquisadora no território afetivo-existencial a ser pesquisado (1). Ela vai na contramão dos modelos científicos dominantes no século XIX que propunham metodologias objetivas e que procuravam, através de técnicas neutras, representar o real no campo do pensamento, buscando compreendê-lo melhor através da decomposição das suas partes (2). O modelo cartográfico se propõe, ao contrário, como uma pesquisa engajada. Seus precursores, Gilles Deleuze e Félix Guattari, não apostavam na neutralidade e objetividade como forma de produzir conhecimento. Eles propunham que o conhecimento é uma ato de criação e não de representação. Desta forma, a produção do conhecimento é mais potente na medida em que acompanha processos em constantes mudanças e não constata fatos fixados (2).

Assim, a cartografia guarda certas proximidades com a perspectiva metodológica da Análise Institucional (AI). Para René Lourau, um dos seus

precursores, pesquisar é um ato de análise, não só do campo e do território da pesquisa, mas também das próprias pessoas pesquisadoras (4). Para ele, a pesquisa é um ato de intervenção que reverbera sobre todas as pessoas e instituições envolvidas. Há, utilizando-se um linguajar psicanalítico, um jogo de transferência e contratransferência institucional ou, um linguajar socioanalítico, um jogo de implicação. Implicação que é, de modo mais amplo, uma relação das pessoas que pesquisam com a instituição sob análise (5). Este conceito é fundamental para a AI pois uma parte importante da sua metodologia é a análise coletiva delas para visibilizar as ideologias, desejos e interesses que possam estar ocultos à primeira vista.

Num caminho parecido, pesquisadoras americanas do campo das pesquisas sobre racialidades, como Patricia Hill Collins e Sirma Bilge (6), propõem que o “*standpoint view*”, o lugar de fala, não se apaga no ato de pesquisar e, de certa forma, a análise interseccional da própria pessoa pesquisadora pode ser vista como uma forma robusta de análise das implicações e que leva em conta os atravessamentos de raça, etnia, gênero, orientação afetivo-sexual e classe econômica. É importante destacar os jogos de poder nestas implicações. Os sujeitos coletivos e individuais que detém a supremacia numa sociedade capitalista, patriarcal, supremacista e heteronormativa, detém o poder simbólico e material para colocar as suas narrativas de mundo como dominantes e marginalizar outras enunciações que ficam periféricas num determinado de conhecimento, nas fronteiras (6). Glória Anzáldua (7) elabora o conceito de “*mestiza*” para falar sobre o seu local de marginalidade, no discurso científico, enquanto mulher, mestiça e lésbica. Na mesma intencionalidade, Audre Lorde (8), se considera uma “*outsider within*”.

Expressão que poderia ser traduzida como “forasteira de dentro” e que dá conta de expressar seu local enquanto poetisa, negra, lésbica e mulher negra.

Na onda da propagação de discursos marginais e do engajamento da pesquisa, o campo da Saúde Coletiva brasileira, desde a sua constituição histórica, lançou forças no que Emerson Merhy (9) chama de “pesquisa-militante” que seria aquela realizada pelas pessoas trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto dos serviços de saúde, como uma defesa do modelo público, gratuito, territorial e de qualidade. Pesquisar e produzir conhecimentos seriam uma forma, assim, de instrumentalizar a militância e, num processo de educação permanente, ser o motor de controle social e autogoverno da classe de pessoas que trabalham.

Assim, todo este palavreiro é introdução para este artigo que propõe um mirada cartográfica no fazer de um pesquisador da Atenção Primária à Saúde no campo da Atenção Suplementar ou, melhor, do pesquisar-militante num lugar que se milita contra, ou ainda, em como matar, através dos atos de pesquisa, o “macho, branco, senhor de engenho, colonizador, capataz” que pensa pesquisar sempre a frente através do policiamento da pesquisa, mas que vive, na verdade, para trás.

Política de Narratividade e Caminhos Metodo(i)lógicos

Como já apontado, a pesquisa cartográfica não aposta num modelo neutro e objetivo de pesquisa e não propõe a metodologia científica como um destino. Ela aposta, na verdade, num caminho aberto que pode até ter um norte, ou melhor, um sul, mas que não é um campo fechado de procedimentos desengajados e objetivos (9). Ela é antes de tudo, uma abertura do olhar para os processos que estão em jogo e também um aprofundamento da pessoa que pesquisa no campo. Não há, deste modo, uma busca por uma teorização fechada e pronta, mas de uma narrativa que

dê conta de colocar a instituição que se pesquisa para falar e, porque não, se denunciar. Denúncia que, às vezes, não cabe em texto formal e “científico” a partir de uma perspectiva hegemônica e cisheteropatriarcal de ciência, mas necessita criar seus próprios métodos e processos, sua própria política de narratividade. Como já apontou Audre Lorde (8): escrever é um ato político.

Este artigo põe em análise o fazer de um pesquisador que em, sua pesquisa de mestrado em Saúde Coletiva, objetivava caracterizar o perfil e a atuação de Médicos de Família e Comunidade de uma clínica de Atenção Primária à Saúde, localizada no município de Natal-RN, que prestava serviços à uma empresa de plano privado de saúde. Ele também era um dos Médicos de Família e Comunidade desta clínica e isto reverberou em seu fazer-pesquisador e seu fazer-trabalhador.

Este pesquisador atuou por dois anos, entre dezembro de 2019 e dezembro de 2021, nesta clínica, mas já tinha tido uma experiência anterior com o mesmo plano de saúde e os mesmos gestores, entre abril de 2018 e novembro de 2019, num outro estabelecimento privado de saúde. A experiência analisada neste artigo compreende este período de quase quatro anos. Ele manteve, durante este período, uma carga horária de 20 horas/semanais nestes campos privados e 20 horas/semanais como preceptor de um programa de residência médica em uma Unidade Básica de Saúde. Este pesquisador foi egresso de uma graduação e uma residência médica numa instituição pública e agora faz mestrado na mesma instituição.

Este pesquisador é uma pessoa negra e bissexual e, como política de narratividade, passará a se referir a si mesma na primeira pessoa do singular ao invés da neutra terceira pessoa. O restante do artigo não seguirá com a despersonalização do discurso. Esta escolha é amparada pela força-ideia da

“escrevivência” que é uma proposição da escritora Conceição Evaristo que procura, em suas obras, ir “con(fundindo) escrita e vida, ou, melhor dizendo, escrita e vivência” (p. 8) (11). Esta é uma proposta que subverte a produção do conhecimento pois introduz “uma fissura de caráter eminentemente artístico na escrita científica” (p. 210) (12).

Outra fissura neste sentido e parte da política de narratividade proposta será utilizar uma linguagem poética na escrita e ancorar, em alguns momentos, as reflexões e vivências narradas por mim em textos poéticos. Isto não é um recurso de estilística mas uma compreensão ampliada da existência e da fabricação da ciência. Assim como Audre Lorde (8), acredito na “poesia como destilação reveladora da experiência” (p.37) e “luz sob a qual baseamos nossas esperanças e nossos sonhos de sobrevivência e mudança” (p. 37).

Diante destas escolhas, para visualizar melhor as contradições e dobras no fazer da pesquisa, e para pôr em análise as implicações do processo, faço a narração de quatro cenas-de-viragem. Estas cenas, para se utilizar uma linguagem cinematográfica, são acontecimentos, ou seja eventos significativos do ponto de vista dos processos que foram estudados e que carregam, em si, as territorializações e desterritorializações que põem em evidência o que está posto e o que está em movimento de se pôr, de se colocar, de devir.

Elas são acontecimentos (13) e são produtos tanto dos diários cartográficos quanto das reuniões de processamento dos mesmos diários. Eles foram escritos em estilo livre e poético, entre março de 2021 e janeiro de 2022, e foram lidos, mexidos e rebulidos (e quase rebolados) nas reuniões de processamento que ocorreram na virtualidade do *Google Meet* com cerca de uma hora de duração e de periodicidade, às vezes quinzenal, às vezes mensal, entre o coletivo de pesquisa que estava

dividido em integrantes de Natal e João Pessoa. A análise das cenas-de-viragem aqui se dá utilizando ferramentas: da análise institucional de René Lourau (4); da teoria interseccional de Patricia Hill Collins (6) e das escritas tropicalistas e antropofágicas de Suely Rolnik (14). Entende-se implicação como a relação do coletivo de pesquisa com a instituição analisada e sobreimplicação como as dificuldades e resistências em perceber os atravessamentos desta relação.

Seguindo todos os ritos e driblando “corpos marcados negados pela sua extrema subjetividade” como coloca Gustavo Raimondi (2019), esta pesquisa seguiu todas as recomendações éticas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Ciências Médicas da UFPB, com o CAAE: 42482721.7.0000.8069.

Cenas-de-Viragem e Suas Discussões:

Cena 1:

[Primeira entrevista de emprego presencial. Racismo velado da boa aparência. Duas decisões: negar ou me adaptar. Escolho me adaptar.]

Estava morando em uma nova cidade há menos de um mês e recém-egresso da residência médica. Neste dia, caminhei da minha casa para um brilhante prédio de vidro espelhado que era sede de uma operadora de plano de saúde. Fazia muito sol e eu estava bastante empolgado para minha primeira entrevista de emprego depois da residência. Cheguei, me apresentei e subi dois lances de escada para a sala do gestor. Conversamos bastante sobre a proposta de trabalho e as potencialidades da medicina de família na saúde suplementar. Falamos sobre atenção primária, acesso avançado, prevenção quaternária, pequena cirurgia ambulatorial e todo aquele palavreado que eu já conhecia bem. Tudo parecia ótimo até que ela fez um

comentário: “Olha, não me leve a mal, mas temos normas de aparência na empresa. É preciso cabelo curto e penteado, barba bem feita e camisa social. Não sou eu que decido, são normas. O cabelo assim não dá.” Aquilo tudo foi um baque, foi bem difícil de ouvir e fiquei estático e sem reação. Toda minha empolgação foi esmaecida. A entrevista foi encerrada logo depois sem que eu desse sinais de desconforto e saí daquele lugar pensativo se aceitaria ou não o emprego com essa condição. Era uma situação de negar ou aceitar. Acabei aceitando mesmo com várias questões internas contra essa decisão. Por que?

É interessante perceber que esta primeira cena apesar de bastante violenta não foi uma das primeiras que revisitei nos meus diários cartográficos quando repassava situações e momentos que tinha vivenciado na saúde suplementar e que eram, de alguma forma, significativos para mim. Ela só veio depois, quase ao final de todo o processo de



pesquisa. Ela só me chegou quando observei desatento, um dia, meu próprio cabelo que agora, depois da minha demissão, já se configura em um *black* novamente. Revisitei fotos do meu cabelo curto, depois deste dia, e senti novamente a dor da tesoura e do racismo do gestor.

Foi muito doloroso encarar tudo isso novamente e a escrita deste próprio texto é também doída. Não é a toa que é o último que escrevo, no último suspiro da dissertação. Me silencieei por muito tempo sobre as sensações desta cena mas, inspirado por Audre Lorde, penso que o silêncio não protege ninguém e é necessário transformá-lo em linguagem e ação (8). Inicialmente, na elaboração da pesquisa, não passou pela minha cabeça pesquisar sobre o racismo nos serviços de saúde. Pretendia cartografar projetos ético-políticos da minha especialidade (10), construções e desconstruções do cuidado no setor privado e todos os processos exploradores do trabalho em saúde de uma Atenção Primária à Saúde guiada pelo capital (11).

Mas é interessante também observar que enquanto eu escrevia o projeto, cumpria os requisitos curriculares, escrevia os diários cartográficos, processava os registros nas reuniões do coletivo de pesquisa e escrevia os outros dois artigos; eu ia fazendo leituras intimamente conectadas com os temas de raça, racismo e branquitude. Ao lado de Gilles Deleuze, Félix Guattari, Suely Rolnik, Emerson Elias Merhy e Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, eu lia Audre Lorde, bell hooks, Frantz Fanon, Lélia Gonzalez, Patricia Hill Collins e Saidiya Hartman. Eu achava que eram leituras paralelas e não relacionadas mas, agora elas se demonstram intimamente conectadas nesta encruzilhada cartográfica. A interseccionalidade se encruzilhada no caminho metodológico.

Em nome da “boa aparência”, o gestor da clínica solicita que eu tenha cabelo curto e penteado, barba feita e use camisa social. Esta atitude é analisada no trabalho de Lélia Gonzalez (12) que ao denunciar o racismo brasileiro problematiza *“por que os anúncios de emprego falam tanto em ‘boa aparência’?”* (p.65). E ela



entende que aqui que boa aparência é sinônimo de ser branco. A branquitude é o alvo almejado. Howard Becker (13), em seus estudos da sociologia dos desvios, também aponta que a maioria das pessoas, por estigmas raciais, esperam que médicos sejam de classe média alta, brancos, do sexo masculino e protestantes. Ele também coloca que as pessoas ficam surpresas e vêem como anomalia o fato de um negro ser um médico ou professor universitário. Eu, “por acaso”, sou os dois. E, tomando de empréstimo os versos da poetisa Stephanie Borges (14):

“não há nada de exótico aqui

comentários que distinguem:

- *você é tão bonita, porque não...*
- *parece muito limpo*
- *não tem uma aparência muito profissional” (p. 7).*

E por que eu não me posicionei de imediato? E porque eu me submeti ao emprego e à condição de “boa aparência?” Penso que *“as lágrimas/ os dinheiros/ e os cabelos/ perdidos/ nunca são recuperados”* (p. 13) (14). Mas penso também que estas dúvidas valem a pena de ser respondidas, tanto que elas foram pairando na minha cabeça por muito tempo e só aos poucos eu fui criando clareza para responder. Acho que meu encanto, quase infantil, com o *“brilhante prédio de vidro espelhado”* explica muito. Eu tinha saído de uma residência médica numa Unidade Básica de Saúde (UBS) com uma estrutura comprometida e que eu passei alguns meses atendendo sem a porta do meu consultório que tinha caído devido a uma infiltração de cupins. Eu estava trabalhando, naquela época depois da residência, numa UBS, em Natal, que o muro da frente estava interditado porque, a qualquer

momento, cairia com uma chuva. O vidro espelhado tinha o seu apelo, convenhamos.

Além disso, tinha a promessa de revolucionar o cuidado hipermedicalizado e iatrogênico da saúde suplementar com a atenção primária, um acesso avançado com organização da demanda por um sistema inteligente de agendamento e abundância de materiais e insumos para a realização de pequena cirurgia ambulatorial. Um sonho de MFC que nunca tinha pensado antes pelo então cenário de precarização e desfinanciamento da Atenção Básica (15).

Além deste apelo das tecnologias duras e leve-duras, para usar um linguajar merhyniano (16), havia claramente uma questão racial que só notei ao ler Frantz Fanon (17). Eu, na minha postura, guardava muita semelhança com a pessoa colonizada que se encanta com a metrópole numa visita e passa a tentar emular as roupas, as pronúncias, as expressões e a pele branca metropolitana. Isto fica mais aparente na cena a seguir que aconteceu meses depois. A colônia, no caso, guarda semelhança com a UBS e a metrópole, com a clínica da saúde suplementar. Estes são: *“os códigos do apagamento/ as pequenas omissões/ nas quais você começa/ achando tudo muito inofensivo”* (p. 23) (14).

Cena 2:

[Cena normal e bem cotidiana. Relembrei ao mero acaso depois da leitura de Frantz Fanon]

Dia cotidiano, nada de mais. Sai da UBS Bom Pastor, na periférica zona oeste de Natal, e me direcionei para o almoço em casa antes da segunda jornada de trabalho.

Acumulava dois empregos, um pelas manhãs e outro pelas tardes. Cheguei em casa, preparei um rápido almoço e parti para o banho. Me despi dos sapatos vermelhos, das calças jeans, da cueca e de uma camisa com estampa florida que gostava muito de usar. Eram minhas roupas de conforto para trabalhar no postinho. Me banhei na água do chuveiro, lavei meu corpo e lavei meu cabelo que já estava bem curto na época. Então, me enxuguei e me vesti novamente: pus cueca, meias, uma calça social azul marinho, uma camisa social azul bebê, meus suspensórios e um sapato social bem bonito. Estava pronto, cheiroso e asseado. Estava de “boa aparência”. Cruzei algumas quadras a pé para o brilhante prédio de vidro espelhado na principal avenida da cidade. Entrei no meu consultório, vesti meu jaleco que não era branco mas de um tom pardo e comecei a atender clientes de um plano de saúde.



“Talvez a repetição abra/ uma brecha para o esquecimento” (p. 29) (14).

Nesta cena cotidiana, por muito tempo esquecida e não percebida, noto que há uma tentativa de inscrever a branquitude no meu próprio corpo. O traje social é, de certa forma, uma máscara branca. Eu usava cabelo e barba curtos, suspensórios, camisa, calças e sapatos sociais para me camuflar de “médico” e passar despercebido. Eu usava até jaleco que era algo que eu nunca usei durante a residência ou nos atendimentos que eu fazia na UBS.

Este disfarce é estudado num artigo da antropóloga Rosana Castro (18) sobre a imposição feita por uma instituição de pesquisa clínica que ela estudava de que ela utilizasse jaleco nos atendimentos. Num primeiro momento, ela achou que esta ferramenta, o jaleco branco, fosse fazer com que ela fosse confundida com os profissionais médicos, mas isto não aconteceu por ela ser uma mulher negra. Daí, pode-se refletir que as ferramentas de branqueamento podem ser utilizadas como tentativas de conquistar uma certa posição mais confortável nos privilégios da branquitude mas isto nunca acontece de forma plena.

Eu, apesar de utilizar um jaleco, ainda enfrentava olhares de espanto quando no consultório eu falava que era médico. Sempre era questionado se não seria um estagiário ou um outro profissional da saúde. Isto mesmo com minha barba feita, meu cabelo curto, meu jaleco e meu crachá. A máscara branca nunca parecia grande o suficiente para cobrir a pele negra.

A cor do jaleco também merece uma análise: parda. Não era nem um jaleco branco tradicional, nem um jaleco preto contra-hegemônico. Era um meio do caminho. Como eu sou pardo, o jaleco se misturava à minha própria pele. Era minha capa de invisibilidade provavelmente. De certa forma, meu corpo estava cindido. Na UBS, eu usava traje casual com camisas coloridas e estampadas e deixava o jaleco guardado na bolsa. Na clínica, eu usava o social completo. No meu corpo habitavam e concorriam por espaço o médico-de-postinho e o médico-de-família.

O ano de 2018 transcorreu todo nesta cisão. Lembro até que, na semana do meu aniversário, ganhei da minha enfermeira de UBS uma camisa estampada com flores e de uma beneficiária do plano de saúde, uma camisa social. Eu era duas pessoas diferentes que receberam presentes bem diferentes.

“você não mudou

*nada, mas alguma coisa fora
mudou e nada mais
é como antes
o poema de quem parte ultrapassa o inventário
da divisão” (p. 13) (14)*

Em 2019, o médico-de-família tomou conta e eu ia de traje social para a UBS. Em 2020, durante a pandemia, o médico-de-postinho despertou e eu ia de casual, mas sem camisas coloridas e estampadas para a UBS e para a clínica. Em 2021, no meio do mestrado, eu não cabia mais na clínica e saí. É interessante observar toda uma disputa micropolítica no jeito de deixar o cabelo crescer ou não e também no de se vestir. *“há sempre uma boa estratégia/ a quem deseja uma espécie de disfarce/ veja bem/ o comprimento é parte da performance” (p. 14) (14).*

Em outro artigo, junto do coletivo de pesquisa, levantamos a hipótese de um dos fatores que levam pessoas médicas de família e comunidade para a saúde suplementar ser a maior proximidade do perfil sócio-demográfico da população atendida pelos planos privados de saúde (mulheres, brancas e das classes C e D) (19) com o dos médicos formados pela instituições de ensino superior brasileiras (mulheres, brancas e das classes B e C) (20). No meu caso, ao contrário, meu perfil racial me aproximava mais da população atendida pela Atenção Básica, que 58,3% são pessoas negras sendo que, no Nordeste, este percentual chega a 73,8% (21). Isto pode explicar porque eu me sentia mais à vontade para vestir-se mais à minha maneira na UBS. Além destes incômodos e disputas, outro aspecto que me perturbou na Saúde Suplementar foi o processo de trabalho e isso fica mais evidente na cena a seguir.

Cena 3:

[Eu num dia-a-dia qualquer sendo massacrado pela rotina e pelo quantitativo de pacientes atendidos.]

13h30: Consulta Virtual.

13h45: Consulta Presencial.

14h: Consulta Virtual.

14h15: Consulta Presencial.

14h30: Consulta Virtual.

15h: Procedimento Cirúrgico.

15h30: Procedimento Cirúrgico.

16h: Consulta Presencial.

16h15: Consulta Virtual.

16h30: Consulta Presencial.

16h45: Consulta Virtual.

17h: Consulta Virtual.

17h15: Falta.

17h30: Consulta Virtual.

17h45: Consulta Virtual.

18h: Falta.

18h15: Consulta Virtual.

5 horas de trabalho por turno. 15 atendimentos em cada turno.

Dizem que os espanhóis têm uma média de tempo de consulta de sete minutos e que os ingleses não passam de dez, mas não sei como eles conseguem.

Não sei se consigo.

Acredito, pensando com Merhy, que cada atendimento é como a brincadeira de dois brincantes numa dança em pleno carnaval.

É algo único.

Duas pessoas com histórias, desejos e ideias diferentes.

Uma dança horizontal que ora uma pessoa conduz, ora a outra conduz.

Acho muito bonita essa imagem.

O tempo entre uma dança e um beijo no carnaval deve ser de quanto tempo?

Qual será a média?

Poucos minutos eu acho mas fico pensando também, com Starfield, se atenção primária à saúde seria mais um flerte de carnaval ou um namoro?

Há vínculos e vínculos.

Escrevo meus diários de campo.

Esta cena escancara as contradições do cotidiano do processo de trabalho que lembra cenas do filme *“Tempos Modernos”* de Charles Chaplin. A repetição e monotonia é tanta que o fato do campo de pesquisa ser o meu local de trabalho, num primeiro momento da pesquisa, me distanciou do lugar de cartógrafo-pesquisador e do lugar de afetar e ser afetado. Há vários trechos dos diários de campo em que esses tensionamentos se fazem presentes como o abaixo:

“Trabalhar na clínica me coloca num lugar privilegiado no campo e acho que tenho mais fácil acesso aos processos que quero acompanhar. Uma pessoa forasteira, penso eu, teria muito

menos liberdade e poderia até ser hostilizada. A clínica é muito fechada em si, a gente vê pela forma hostil que trata quem sai. Acho que é um verdadeiro desafio ser um forasteiro-de-dentro. Estar na clínica, acompanhar ela, trabalhar nela mas não me confundir com ela. Estar no fluxo, acompanhar o fluxo, mas não me confundir com ele. É quase um tal de decifra-me ou te devoro, ou melhor, acompanhá-me mas cuidado se não devoro-te. Angústia.” (Diário Cartográfico)

O corpo de *Homo faber*, de trabalhador, gerou resistências na percepção de processos instituintes que estavam em curso por estar muito habituado a tudo que já estava instituído. Foi necessário entender melhor o que estava em jogo do “*corpo nu*” para que ele se abrisse ao “*corpo vibrátil*” teorizado pela Suely Rolnik (22). Outra atenção foi necessária para que o fazer-pesquisador não se transformasse num fazer-inquisidor pelas insatisfações prévias com relação ao processo de trabalho. Há aí uma sobreimplicação (5), uma dificuldade e resistência do trabalhador perceber as suas próprias implicações no ato da pesquisa.

Eu falo da hostilidade da clínica pois antes da minha demissão, outro cinco médicos de família haviam se demitido e, nos seus motivos, eles sempre apontavam a questão da inflexibilidade do processo de trabalho e da impossibilidade de poder fazer consultas mais demoradas e que contemplasse as outras abordagens da MFC, no caso, a familiar e a comunitária.

O trabalho de um cartógrafo não deve se aproximar do de um policial investigativo. A cartografia só se faz através da mistura de quem pesquisa e quem é pesquisado e no afastamento há perda da possibilidade de sentir os afetos e as

linhas de força que permeiam os processos. Há necessidade de uma certa posição precária no sentido butleriano (23) da posição de narrar a si mesmo num processo de trabalho com o qual havia certas divergências ético-políticas:

“Acho que construir uma narrativa de si tem certas vulnerabilidades. A gente fica muito exposto e teme julgamentos e represálias. Seria isso? Um medo que tenho é que pareça que estou na defesa da clínica e da saúde suplementar. Estaria? Acho que não, mas pode parecer que sim. Por que continuo nesse processo de trabalho que não gosto nesses três anos ao todo? O que me motiva a continuar? É bom esclarecer (ou melhor, escurecer) isso.” (Diário Cartográfico)

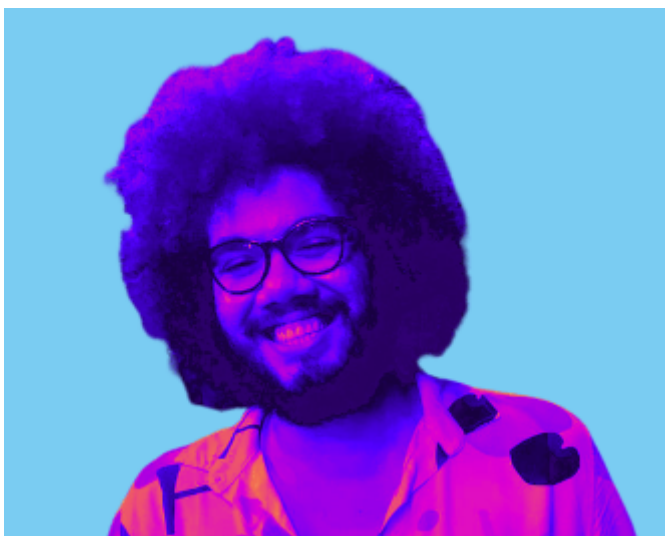
Vê-se que, neste momento da escrita do diário cartográfico, eu ainda não tinha clareza e “escurecimento” das razões que me faziam me manter na clínica mas, ao longo deste artigo, pude ir trabalhando por elas. A cena seguinte já é o processo de demissão.

Cena 4:

[A leveza da demissão e da saída da clínica. Escolho sair. Antes tarde do que nunca, de certa forma já é um dos resultados da pesquisa.]

Dia tenso, mas, ao mesmo tempo, há uma nova vibração na clínica. Semanas atrás, foi anunciado um novo modelo de Atenção Primária à Saúde que, na verdade, me

parece muito velho. Não haveria mais listas de pacientes, não haveria exatamente mais equipes, a remuneração seria por atendimento ao invés de por hora trabalhada e talvez não existiria mais técnicos de enfermagem como agentes de saúde. Uma APS muito nova, só que não. Mergulhado no processo de pesquisa, processando ainda tudo que estava acontecendo ou iria acontecer. Não dava mais, na verdade nunca deu. Todas as mudanças eram inegociáveis (e as outras eram?). Marco uma reunião com o gestor da clínica e abro o jogo francamente. Me demito. Um peso de toneladas nas costas cai. Escolho não me adaptar.



No momento desta Cena 4, eu já tinha passado por uma metamorfose completa e cultivado novamente o meu *black*. Estava armado com minhas insatisfações, as reflexões que fiz ao longo do processo do mestrado e com meu cabelo totalmente armado,

mais até do que o que estava na Cena 1. Foi um momento de enfrentamento. “O volume faz parte, perder o receio e ocupar espaço” (p. 8) (14). Ganhei força durante todo processo e o pente garfo junto das minhas convicções foram também, meus instrumentos neste processo de ruptura.

*“e o garfo para desembaraçar bem
puxando
das raízes às pontas
desaparecem as curvas*

os fios para o alto, pra fora
e então começa
a definir a estrutura esférica”
 (p. 22) (14)

Considerações Finais (?):

As quatro cenas-de-viragem foram produtos de mim, pesquisador-cartógrafo, em busca de compreender e dar sentido às suas vivências e contradições dentro da pesquisa. Se por um lado, eu estava motivado a compreender o fenômeno da inserção da MFC na APS da Saúde Suplementar, por outro lado, apresentava resistências em compreender este processo pois isso acabava, querendo ou não, me colocando num processo de análise sobre as suas motivações para a sua própria inserção no campo.

Num primeiro momento, há um movimento inicial de atraque e aproximação. A boa estrutura e as condições de trabalho funcionaram como um incenso, um polén, um cheiro que me atraiu para a primeira entrevista de emprego e nublou a cena de racismo cotidiano (24). Um tempo depois deste atraque, vieram alguns baques. Há a percepção da precarização do processo de trabalho, da deterioração de algumas ferramentas clínicas e o desvelamento do racismo estrutural (25) e institucional (26).

Estes momentos de ruptura, apesar de bastante particulares e pessoais, me fizeram entender o panorama maior dos projetos éticos-políticos envolvidos e as

questões raciais que perpassam a minha inserção como uma pessoa negra num serviço de saúde dominado pela branquitude e seus pactos. Isto é um convite para pensarmos a construção tanto da da saúde da população negra, quanto da ocupação de espaços acadêmicos e assistenciais por pessoas pretas e pardas.

Referências Bibliográficas:

1. Abrahão AL, Merhy EE. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. *Lugar Comum*. 2013;2013(39).
2. Paulon SM, Romagnoli RC. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2010 Apr 1;10(1).
3. Kastrup V, Passos E. Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal : Revista de Psicologia*. 2013 Aug;25(2):263–80.
4. L'Abbate S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*. 2012;8(1).
5. Monceau G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. *Fractal : Revista de Psicologia*. 2008 Jun;20(1):19–26.
6. Collins PH, Bilge S. *Interseccionalidade*. 1st ed. São Paulo: Boitempo Editorial; 2021.
7. Anzaldúa G. *Borderlands / La frontera: La nueva mestiza*. 1st ed. Madrid: Capitán Swing Libros; 2021.
8. Lorde A. *Irmã outsider: Ensaio e conferências*. São Paulo: Autêntica Editora; 2019.
9. Kastrup V, Escossia LD, Passos E. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Editora Sulina;

2017.

10. Andrade HS de, Alves MG de M, Carvalho SR, Silva Júnior AG da. A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2018 Dec 20;28(3).

11. Machado HSV, Melo EA, Paula LGN de. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019;35(11).

12. Gonzalez L. Por um feminismo afro-latino-americano. Editora Schwarcz - Companhia das Letras; 2020.

13. Becker HS. Outsiders: Estudos de sociologia do desvio. Editora Schwarcz - Companhia das Letras; 2008.

14. Borges S. Talvez precisemos de um nome para isso: ou o poema de quem parte. CEPE Editora; 2019.

15. Melo EA, Almeida PF de, Lima LD de, Giovanella L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*. 2019;43(spe5):137–44.

16. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos ML de M, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate*. 2019;43(spe6):70–83.

17. Fanon F. Pele negra, máscaras brancas. Ubu Editora; 2020.

18. Castro R. Pele negra, jalecos brancos: racismo, cor(po) e (est)ética no trabalho de campo antropológico. *Revista de Antropologia*. 2022 Apr 27;65(1):e192796.

19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [cited 2022 Sep 1]. Available from:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=28655&t=publicacoes>

20. Scheffer M. Demografia Médica no Brasil 2020 [Internet]. São Paulo: FMUSP; 2020 [cited 2022 Sep 1]. Available from:

https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf

21. Guibu IA, Moraes JC de, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio F de A, Costa KS, et al. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2017 Sep 22;51(2):17s.

22. Rolnik S. Esferas da insurreição: Notas para uma vida não cafetinada. n-1 edições; 2019.

23. Butler J. Relatar a si mesmo. Autêntica; 2015.

24. Kilomba G. Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano. Editora Cobogó; 2020.

25. Almeida S. Racismo Estrutural. Pólen Produção Editorial LTDA; 2019.

26. Bento C. O pacto da branquitude. Companhia das Letras; 2022.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizar um texto, seja uma prosa, um artigo ou uma dissertação traz em si o prazer da finalização mas também a angústia da sensação de abandono. Escrever é um ato coletivo, um fazer dialógico que, por si mesmo, não se encerraria. Um ato cuja tendência seria permanecer em inércia ao infinito, nas várias mãos e bocas que compõem este diálogo. Porém, tudo é finito. Para a circulação do conhecimento é necessário parir, pôr um fim e seguir o fluxo da validação e da publicação científicas e isto não é de todo ruim. É preciso “abandonar” em certo ponto.

Esta dissertação de mestrado que se propunha investigar o perfil, a atuação e a inserção das pessoas médicas de família e comunidade na APS de um plano privado de saúde, de certa forma, atingiu estes objetivos. Ela conclui, com certas reservas, que o desejo do/as MeFC é capturado por diversos motivos para a Saúde Suplementar. Um deles é o perfil sócio-demográfico da população que é mais próximo do perfil deles/as mesmos/as e outro é a possibilidade de ampliar a potência e a resolutividade do fazer clínico através de um acesso facilitado a exames laboratoriais, de imagem e a especialistas focais.

Porém esta captura tem um preço, a precarização do vínculo laboral que, infelizmente, não é uma exclusividade do setor privado e a perda da dimensão territorial, incluindo aí a abordagem familiar e a abordagem comunitária. A perda dos direitos trabalhistas é uma derrota para o profissional do ponto de vista da classe e a perda da dimensão territorial é uma perda da potencialidade da clínica que a especialidade carrega. Esta perda da dimensão territorial é tão profunda que fere até o próprio nome da especialidade que se aglutina e conforma em torno das ideias-conceitos de família e comunidade.

Esse olhar para o privado e o processo de privatização em curso, ajuda na construção da própria luta em defesa do SUS, pois permite compreender melhor seus inimigos e fragilidades. Além disso tudo, aponta-se, sobretudo no último artigo, as contradições e atravessamentos da racialidade nas práticas em saúde do setor suplementar e isto pode ser aprofundado em estudos posteriores.

8. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2019.

AGUIAR, R. A. T. DE. **A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS)**. Dissertação de Mestrado—[s.l.] UFMG, 2003.

ANDRADE, H. S. DE et al. A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, 20 dez. 2018.

CAMPOS, G. W. DE S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2655–2663, set. 2016.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 20 ago. 2018.

MACHADO, H. S. V.; MELO, E. A.; PAULA, L. G. N. DE. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019.

MARTINS, L. M. **Performances do tempo espiralar, poéticas do corpo-tela**. [s.l.] Editora Cobogó, 2021.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 38–51, set. 2018.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2012–2020, set. 2009.

PINTO, H.; OLIVEIRA, F. P. DE; SOARES, R. Panorama da implementação do Programa Mais Médicos até 2021 e comparação com o Programa Médicos pelo Brasil. **Revista Baiana**

de Saúde Pública, v. 46, n. 1, p. 32–53, 7 jul. 2022.

APÊNDICE A – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa, intitulada: ***Análise da atuação da Medicina de Família e Comunidade na Saúde Suplementar***, está sendo desenvolvida por Isaac Linhares, Juliana Sampaio e colaboradores do Mestrado de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba, tendo como objetivo *Analisar as práticas de médicos de família e comunidade que atuam na APS do sistema suplementar de saúde*.

Solicitamos a sua colaboração para participar de entrevistas e permitir nosso acompanhamento em suas atividades laborais diárias. Além disso, solicitamos sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional, garantindo o sigilo absoluto de seu nome.

Informamos que essa pesquisa tem baixo risco, em especial de seu possível constrangimento em responder a alguma das entrevistas ou com nossa presença em seu cotidiano laboral. Portanto, garantimos seu direito de não responder a quaisquer questões, solicitar nossa saída de algum espaço ou atividade laboral e ou desistir de realizar a pesquisa, sem nenhum dano ou constrangimento. Esclarecemos que sua participação no estudo é **voluntária** e, portanto, não a/o obriga a participar da mesma.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Juliana Sampaio

Isaac Linhares

Assinatura dos pesquisadores responsáveis

Considerando que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Natal-RN, ____ de _____ de 2021

Assinatura do participante ou responsável legal

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Juliana Sampaio. Telefone: (83) 32167242, para o pesquisador Isaac Linhares, Telefone: (83) 98396016, ou para o Comitê de Ética do CCM: : *Centro de Ciências Médicas, 3º andar, sala 14 - Cidade Universitária - Campus I, Universidade Federal da Paraíba, CEP: 58051-900 - Bairro Castelo Branco - João Pessoa-PB* Telefone: (83) 3216.7619 E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

- 1) Você concorda com o TCLE e deseja participar da pesquisa?
- 2) Você aceitaria ser chamado/chamada para participar de uma entrevista, com o intuito de aprofundar questões da nossa pesquisa?
- 3) E-mail?
- 4) Qual sua idade? (em anos)
- 5) Em qual cidade você nasceu?
- 6) Qual seu Estado Civil?
 - a. Pessoa Solteira
 - b. Pessoa Casada
 - c. Pessoa Divorciada
 - d. Pessoa Viúva
 - e. Prefiro não responder
- 7) Qual o valor da sua renda per capita familiar?
 - a. Abaixo de 5 salários mínimos
 - b. De 5 até 10 salários mínimos
 - c. De 10 até 20 salários mínimos
 - d. Acima de 20 salários mínimos
 - e. Prefiro não responder
- 8) Como você se descreveria melhor?
 - a. Pessoa Branca
 - b. Pessoa Preta
 - c. Pessoa Parda
 - d. Pessoa Amarela
 - e. Pessoa Indígena
 - f. Prefiro não responder
 - g. Outros...
- 9) Qual a sua identidade de gênero?
 - a. Homem Cisgênero
 - b. Homem Transgênero
 - c. Mulher Cisgênera

- d. Mulher Transgênera
- e. Travesti
- f. Pessoa Não-Binária
- g. Prefiro não responder
- h. Outros...

10) Qual a sua orientação afetivo-sexual?

- a. Homossexual
- b. Heterossexual
- c. Bissexual/Pansexual
- d. Assexual
- e. Prefiro não responder
- f. Outros...

11) Qual a instituição de sua graduação médica?

12) Em que ano você se formou na graduação?

13) Caso você tenha feito sua graduação em instituição privada, qual fonte de financiamento foi utilizada?

- a. Pode ser selecionada mais de uma opção
- b. Recursos de Membro da Família
- c. Recursos Próprios
- d. FIES (Fundo de Financiamento Estudantil)
- e. PROUNI (Programa Universidade para Todos)
- f. Outros

14) Como foi seu contato com a Atenção Primária a Saúde na graduação?

- a. Sem contato
- b. Somente no início da graduação
- c. Somente nos últimos anos da graduação
- d. Do início ao final da graduação

15) Excetuando a MFC, você tem alguma especialização em medicina? (Caso a resposta seja "sim", qual a especialização?)

16) Você possui Residência Médica ou Titulação de Especialista em MFC?

17) Como você obteve o título de especialista em Medicina de Família e Comunidade?

- a. Residência em MFC
- b. Especialização + Prova de Título

c. Experiência + Prova de Título

18) Quantos anos você tem de especialista em MFC?

19) Caso você tenha marcado a opção "Residência em MFC", em qual instituição você a fez?

20) Caso você tenha marcado a opção "Residência em MFC", em qual ano você a concluiu?

21) Qual sua experiência na APS pública do SUS?

- a. Nenhuma
- b. De 1 a 2 anos
- c. De 2 a 5 anos
- d. De 5 a 10 anos
- e. Mais de 10 anos

22) Caso tenha tido experiência na APS pública do SUS, quais dessas experiências fez parte da sua trajetória?

- a. Médico do PROVAB/Mais Médicos
- b. Supervisão do PROVAB/Mais Médicos
- c. Preceptor de Residência de MFC
- d. Preceptor de Graduação Médica
- e. Outras/Nenhuma

23) Qual sua carga horária de trabalho semanal na Clínica de APS da Saúde Suplementar?

24) Clínica de APS da Saúde Suplementar, quais locais você atua como MFC?

25) Com quais vínculos trabalhistas você atua como MFC?

- a. Cooperado
- b. Pessoa Jurídica
- c. CLT
- d. Regime estatutário
- e. Autônomo
- f. Contratado
- g. Outros...

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Como foi seu caminho de formação até a Medicina de Família e Comunidade? O que te aproximou da especialidade? Quais as suas referências profissionais, teóricas ou políticas na área?
2. Quais as suas experiências de trabalho anteriores? Quais motivos levaram você a trabalhar na Atenção Primária da Saúde Suplementar?
3. Você acredita que a Atenção Primária na Saúde Suplementar consegue cumprir plenamente o seu papel e os seus atributos essenciais e derivados? Por que?
4. O que dificulta a realização dos atributos? O que facilita? Relate experiências.
5. Quais dificuldades você enfrenta no processo de trabalho na clínica de APS na Saúde Suplementar? São dificuldades específicas da saúde suplementar? Você consegue desenvolver estratégias individuais para lidar com eles? Quais? Relate experiências.