

A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas

The practice of Family and Community Medicine in Brazil: context and perspectives

La práctica de la Medicina de Familia y Comunidad en Brasil: contexto y perspectivas

Giliete Cardoso Coelho Neto ^{1,2}

Valeska Holst Antunes ³

Aristides Oliveira ⁴

doi: 10.1590/0102-311X00170917

Para entender e discutir a prática da Medicina de Família e Comunidade brasileira é importante conhecer o contexto no qual ela vem se desenvolvendo e os desafios cotidianos para o seu exercício. O Brasil é um país de dimensões continentais e com forte desigualdade socioeconômica entre as diversas regiões e estratos da sociedade. Possui um modelo federativo que confere importante autonomia a estados e municípios na gestão e controle de suas políticas públicas, o que favorece a existência de uma heterogeneidade na forma como se expressam no território. O país possui dois sistemas de saúde que coexistem há quase três décadas – um público e de acesso universal, o Sistema Único de Saúde (SUS), e um privado, representado pelo mercado de planos e seguros de saúde.

Criado em 1990, o SUS foi concebido para garantir acesso universal à população brasileira, mas, sofrendo de um crônico subfinanciamento associado a pouca eficiência no gasto público, ainda está abaixo da expectativa das quase 160 milhões de pessoas que dependem exclusivamente da rede pública para cuidar de sua saúde. Repetidas pesquisas de opinião apontam a saúde como principal problema a ser enfrentado pelos governantes. Apesar deste cenário, os números do SUS impressionam: são 4,1 bilhões de procedimentos ambulatoriais realizados anualmente, 11,5 milhões de internações hospitalares e 530 milhões de consultas médicas (Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>, acessado em 21/Jan/2018). O SUS possui ainda programas de excelência reconhecidos mundialmente nas áreas de imunização, tratamento de HIV/aids e transplantes.

O mercado de planos de saúde no Brasil, por sua vez, possui hoje pouco mais de mil operadoras que assistem 47 milhões de pessoas ¹ e se concentra em atendimentos de média e alta complexidade, o que traz um elevado custo para o sistema. Historicamente, a resposta das operadoras para tal aumento de custos tem sido o reajuste de mensalidades e a burocratização ou simplesmente negativa de autorização de procedimentos mais caros. Num movimento recente, alguns planos têm investido na contratação de médicos de família a fim de evitar que usuários busquem especialistas focais e os hospitais como primeiro atendimento.

A Medicina de Família e Comunidade no Brasil ainda é exercida predominantemente na atenção primária à saúde do SUS. A especialidade foi reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica em 1981 (à época com o nome de Medicina Geral Comunitária), três anos após a *Conferência de Alma-Ata* (Cazaquistão), num contexto caracterizado pelo esforço de diversas nações e da Organi-

¹ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Clínica da Família Ricardo Lucarelli, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.

Correspondência

G. C. Coelho Neto
Rua Miguel Lemos 124,
apto. 701, Rio de Janeiro, RJ
22071-000, Brasil.
giliete@gmail.com



zação Mundial da Saúde na busca por saídas para a crise do modelo hegemônico de atenção à saúde, entendido como fragmentado, caro e ineficiente.

O Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em 1994, pode ser considerado a resposta brasileira, no campo da política pública de saúde, às recomendações de Alma-Ata ². Inicialmente, era seletivo e voltado às populações e regiões com maior risco e vulnerabilidade, depois, no entanto, ampliou seu escopo e, com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), propôs-se a ser a porta de entrada do sistema e ofertar cuidados integrais em saúde a toda a população usuária do SUS.

Com a ESF, a atenção primária à saúde brasileira cresceu nas últimas duas décadas e hoje possui 42 mil unidades básicas de saúde (UBS) que cobrem 72% do território nacional. O formato de equipe mais encontrado – fomentado pelo Ministério da Saúde e que representa mais de 90% do total na atenção primária à saúde – é a equipe de saúde da família, formada por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em número menor, existem ainda as equipes “tradicionais” compostas por médicos clínicos, gineco-obstetras e pediatras, formato de equipe predominante no Brasil nas décadas de 1970 e 1980.

É importante ressaltar que a atenção primária à saúde no Brasil vai além das equipes com médicos, contando também com equipes de saúde bucal (formadas por cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal); Núcleos de Saúde da Família (NASF – formados por equipes de psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, dentre outras categorias) que dão apoio matricial à equipe mínima da saúde da família, discutindo casos e/ou realizando o atendimento clínico de forma conjunta); e ainda os chamados Consultórios de Rua, serviços de saúde com equipes multiprofissionais que realizam atendimento volante a pessoas sem moradia fixa.

A expansão da atenção primária à saúde no Brasil não veio acompanhada de suficiente incremento na formação de médicos e tão pouco na quantidade de especialistas em medicina de família. Com isso, pode-se constatar um gargalo histórico no preenchimento das vagas para médicos nas equipes. Mesmo com a implantação do programa Mais Médicos, que alocou 18 mil novos profissionais para atenção primária à saúde desde 2013, a maioria estrangeiros, ainda é frequente encontrar postos de trabalho médico ociosos. Esse é um problema que envolve um aspecto quantitativo, à medida que o Brasil ainda possui uma taxa inferior de médico por mil habitantes quando comparada com outros países que possuem sistemas universais de saúde ³, mas também diz respeito ao perfil dos médicos formados – a maioria direcionada a especializações hospitalares.

Em sua imensa maioria, a gestão da atenção primária à saúde é realizada diretamente pelas prefeituras, que ficam responsáveis pela manutenção da estrutura física das UBS, abastecimento e gestão do trabalho. A forma de contratação dos profissionais varia bastante, sendo frequente o estabelecimento de trabalho temporário, especialmente nos municípios de pequeno porte. Algumas cidades (dentre elas Rio de Janeiro e São Paulo, as duas maiores do país) terceirizaram a gestão da atenção primária à saúde para entidades sem fins lucrativos, as chamadas Organizações Sociais. Esse modelo de gestão, porém, tem sido criticado por movimentos sociais e especialistas, que apontam problemas referentes à transparência nos contratos e fragilização de relações trabalhistas ⁴.

O acesso dos usuários às UBS é caracterizado por um esforço das equipes na busca por arranjos capazes de conciliar as demandas espontâneas com os programas de atendimento às populações prioritárias. Devido ao número ainda elevado de pessoas por equipe (3.450 indivíduos/equipe), a missão se torna muitas vezes dramática, sobretudo em regiões que possuem redes de saúde frágeis em torno da UBS e/ou populações em situação de alta vulnerabilidade social. Na experiência dos autores, tentou-se garantir o atendimento de casos agudos no mesmo turno e outros casos em até uma semana, contudo tais metas nem sempre são atingidas, em razão da grande pressão assistencial.

A atenção primária à saúde enquanto coordenadora do cuidado ainda é uma realidade distante no Brasil. Para que se consiga exercer a função, é necessária a possibilidade de se mobilizar e decidir sobre os recursos existentes na rede (leitos, procedimentos, consultas especializadas, insumos). A retórica da atenção primária à saúde como coordenadora do cuidado não resiste nem um instante quando um médico de família que acompanha um paciente de forma longitudinal e o conhece bem indica internação hospitalar e, para conseguir um leito, é obrigado a encaminhar para outro serviço (como uma Unidade de Pronto Atendimento) para que o leito seja garantido.

O enfermeiro ocupa um lugar central no processo de trabalho da atenção primária à saúde no Brasil, possuindo razoável autonomia para realizar diagnósticos de doenças previstos em protocolos

de saúde pública, solicitar exames e prescrever as respectivas medicações. Esse compartilhamento de prerrogativas, todavia, é alvo de diversas disputas entre as corporações profissionais. O Brasil possui uma normatização desatualizada e pouco detalhada sobre as atividades privativas e compartilhadas de cada profissão de saúde, com a maioria da legislação criada antes do surgimento do SUS. Para agravar o quadro, são frágeis os mecanismos de governança da regulação do trabalho em saúde, inexistindo espaços públicos em nível nacional com o papel de mediar conflitos entre as corporações e ajudar a esclarecer dúvidas sobre possibilidades e limites da atuação de cada categoria, que muitas vezes não estão previstos de forma explícita em lei. Na prática, quem cumpre esse papel de forma precária e esporádica é a justiça comum.

A atuação em territórios de pobreza e alta vulnerabilidade social, situação comum no Brasil, tem sido um desafio para os envolvidos. Esses lugares são caracterizados por precárias condições de saneamento, moradia e transporte e, de alguns anos para cá, por uma explosão do desemprego e piora da violência associada à chamada “guerra às drogas”, decorrente do empobrecimento da população e dos constantes confrontos entre o aparelho policial do Estado e o tráfico de entorpecentes, os problemas se avolumam. No Rio de Janeiro, por exemplo, é frequente profissionais de saúde serem impedidos de realizar atividades externas ao serviço por causa do risco de tiroteios.

Diante do contexto exposto até aqui, quer-se apontar rapidamente possíveis contribuições que os médicos de família podem dar ao desenvolvimento da atenção primária à saúde e do SUS no Brasil. Uma primeira contribuição diz respeito à consolidação e à qualificação das residências em Medicina de Família e Comunidade, que tiveram um aumento importante de vagas após a implantação do Mais Médicos com a criação de 4.700 vagas, nos últimos três anos. Ingressar na preceptorial dessas residências, investir em sua própria formação docente, pressionar pela melhoria dos campos de prática parece ser tarefa central neste momento do país para garantir a consolidação de modelo de atenção à saúde centrado na atenção primária à saúde.

Uma segunda contribuição diz respeito ao papel que a Medicina de Família e Comunidade pode ter para consolidar um novo marco legal para a regulação do trabalho interdisciplinar em saúde no Brasil. Por terem um forte histórico de defesa e atuação multiprofissional, os médicos de família estão em posição privilegiada para dialogar e participar de arranjos legais e institucionais que priorizem o diálogo com outras profissões da saúde, superando uma relação conflituosa entre as corporações por reserva ou ampliação de seus mercados de trabalho.

Uma terceira contribuição se refere à Medicina de Família e Comunidade como disciplina e às pontes com outros campos de conhecimento. Enquanto especialidade médica, a Medicina de Família e Comunidade vem investindo nos últimos anos na consolidação de um núcleo de conhecimentos e práticas caracterizado por uma clínica centrada na pessoa (e não na doença), no cuidado continuado e na gestão de planos terapêuticos individuais e familiares. A dimensão comunidade, por sua vez, é abordada quase que exclusivamente por meio do olhar epidemiológico. Apesar de fundamental, tal consolidação de um núcleo disciplinar da Medicina de Família e Comunidade não parece ser suficiente para elucidar novas e velhas questões que impactam as práticas dos médicos de família. Qual a diferença, por exemplo, entre realizar uma clínica ampliada na atenção primária à saúde do SUS ou nos planos privados de saúde? O que muda na prática clínica do médico de família quando sua formação é realizada em residências exclusivamente médicas (maioria das residências de Medicina de Família e Comunidade no Brasil) e quando é realizada ao lado de pós-graduandos de outras profissões de saúde? Como trabalhar a questão dos afetos e sensibilidades na formação do médico de família? Essas e outras perguntas podem ser mais bem respondidas quando construídas pontes interdisciplinares com áreas como a saúde coletiva, a sociologia, as artes cênicas, dentre outras.

Por fim, chama-se a atenção para duas situações preocupantes que têm potencial de impacto sobre o atual perfil de práticas da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. A primeira delas é o agressivo movimento que algumas operadoras de planos de saúde vêm fazendo para contratar médicos de família para atuar no setor privado. Esse movimento pode aumentar ainda mais o déficit desses profissionais no SUS e gerar mais iniquidade no acesso aos serviços de saúde. Uma segunda preocupação é a perspectiva de agravamento do já insuficiente financiamento do SUS. Desde 2015, vem sendo implantadas no Brasil um conjunto de políticas de austeridade caracterizadas por forte restrição do orçamento na área social, incluindo as verbas destinadas à saúde. Dentre as medidas mais polêmicas, está o congelamento do orçamento federal da saúde e educação por um período de 20 anos,

aprovado pelo parlamento brasileiro em 2016. Estima-se que essa decisão possa retirar até 197 bilhões de dólares do orçamento do SUS até 2036 ⁵, o que equivale a aproximadamente seis vezes o total de recursos anuais destinado ao sistema atualmente. Mais do que restringir a expansão de serviços a uma população que se torna cada vez mais idosa, o efeito previsto dessa drástica medida é o fechamento de serviços de saúde, como apontam alguns especialistas ⁶, fato que trará inevitável impacto no exercício da Medicina de Família e Comunidade no Brasil.

Colaboradores

G. C. Coelho Neto e V. H. Antunes contribuíram substancialmente na concepção e desenho do trabalho, redigiram o trabalho, revisaram o trabalho criticamente e aprovaram o final da versão a ser publicada e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho para garantir que as questões relacionadas à precisão ou integridade. A. Oliveira contribuiu na redação do artigo, na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e na aprovação final da versão a ser publicada.

Agradecimentos

Agradecemos o apoio de Mariana Seabra na revisão deste artigo.

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Perfil do setor – dados gerais. <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais> (acessado em 11/Mar/2018).
2. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora Hucitec; 2003. p. 55-124.
3. Giovanella L, Mendonça MH. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 493-545.
4. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu, Online)* 2015; 19:623-34.
5. Vieira FS, Benevides RPS. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Nota técnica. http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf (acessado em 21/Jan/2018)
6. Reis CAA, Soter MAP, Furtado LAC, Pereira SSS. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde Debate* 2016; 40:122-35.

Recebido em 30/Set/2017

Versão final reapresentada em 17/Mar/2018

Aprovado em 06/Abr/2018