MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE: UM OLHAR DEMOGRÁFICO

Family and community medicine: a demographic look

ISSN: 2178-7514

Vol. 13 | Nº. 1 | Ano 2021

Tereza Cristina dos Reis Ferreira¹, Eduardo Augusto Silva Monteiro², Gabriel Augusto Picanço Frazão²,
João Pedro dos Reis da Costa², Tainah Lacerda Santos³, Iris do Socorro dos Santos Marinho⁴, Gilvanildo de Oliveira Sampaio⁴,
Lessandra Barros Moraes Taveira⁴, Ednei Lopes Teixeira Marialva⁴, Brenno Lemos da Costa⁵

RESUMO

O objetivo foi realizar um levantamento descritivo acerca do avanço e do retrato atual da Medicina da Família e da Comunidade no Brasil, analisando dados sociodemográficos e políticos. A Medicina da Família e Comunidade é uma especialidade da área médica que capacita o especialista a manejar os agravos de maior incidência no território nacional, coordenar equipes de estratégias em saúde da família e atuar na atenção básica, como gestor, coordenador e profissional médico. Nesse sentido, a disseminação dessa especialidade é crescente nos últimos anos, devido, sobretudo, à transição do modelo de atenção à saúde, de um modelo hospitalocêntrico, intervencionista a um modelo descentralizado, focado na qualidade de vida, bem-estar e prevenção de agravos dos usuários do sistema de saúde. A instauração do programa “Mais Médicos” pelo governo federal é de central importância à disseminação dessa especialidade e dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família e Estratégias de Saúde da Família que, também, possuem crucial importância na formação acadêmica dos estudantes de medicina no Brasil, sendo cenários para atividades práticas e capacitação dos discentes à atuação na atenção primária. Assim, a Medicina da Família e Comunidade possui um papel central na saúde do país, consolidado pela formação crescente de profissionais aptos a atuarem como especialistas nessa área.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Demografia; Especialização.

ABSTRACT

This research aimed to describe the advances and the current situation of Family and Community Medicine in Brazil, taking into account social, demographical and political factors. Family and Community Medicine is a medical specialty that enables the practitioner to understand, diagnose and treat the most prevalent diseases in which the work will be developed, moreover, to coordinate teams in Family Health Strategies as a leader, an administrator and a medical practitioner. The dissemination and growth of this specialty in the recent years has been very rapid, that can be attributed to changes in public health policies and the general model of practice in Brazil, that transitioned from a centralized approach, focused on diagnosing and treating diseases in hospitals to a decentralized approach that aims to improve general life quality and the well-being of the patient, as well as the community in which the professional is to act. In that sense, the implementation of the Federal Government Program “More Medics” was crucial to the expansion of Family Medicine, strengthening more decentralized sites of Primary Health Care and providing specialized attention to the community, while also inserting medical students in such sites, enabling practical scenarios for learning and teaching, while also establishing a bond between the students and the communities. As of today, Family and Community Medicine plays a central role in the Brazilian Health Care System that is consolidated by the growing number of professionals specializing in that area of medicine.

Keywords: Family Medicine; Community Medicine, Primary Health Care; Demography; Specialty.

1- Fisioterapeuta Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade do Estado do Pará (UEPA),
Dra em Ciências da Reabilitação (UNINOVE)

2- Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA)

3- Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade do Estado do Pará (UEPA)

4- Acadêmicos do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Ensino Paraense (FAPEN)

5- Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade da Amazônia (UNAMA)

Autor de correspondência

Gabriel Augusto Picanço Frazão

Email: gpfrazao@gmail.com

DOI: [10.36692/v13n1-23r](https://doi.org/10.36692/v13n1-23r)

INTRODUÇÃO

No Brasil, por meio da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, foi elaborado o sistema de saúde nacional, com evidente centralização administrativa e financeira na previdência social, estabeleceram-se os benefícios e serviços médicos com cobertura previdenciária apenas aos empregados segurados, favorecendo, deste modo, o setor privado^(1, 2). Posteriormente, com o desenvolvimento oriundo do movimento da reforma sanitária, intrínseco às teses elaboradas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, foi incorporado à Constituição Federal de 1988 um artigo que garantia o acesso gratuito, universal e integral aos serviços de saúde, possibilitando, então, à população brasileira, o direito fundamental de acesso igualitário à saúde^(3, 4).

Deste modo, a lei 8.080/1990, oficializou o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual possui como principais princípios e diretrizes: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade e integralidade na assistência, sem preconceitos e privilégio de qualquer natureza; participação da comunidade; descentralização político-administrativa⁽⁵⁾. Logo, o sistema de saúde brasileiro configura-se como misto, formado por dois subsistemas, o público – Sistema Único de Saúde (SUS) – e o privado, sendo organizados de maneira integrada, regionalizada e hierarquizada, de modo que quando a disposição de recursos públicos não forem suficientes para assegurar a cobertura assistencial aos cidadãos, o

SUS poderia empregar, por meio de contratos ou convênios, os serviços ofertados pela iniciativa privada⁽⁶⁾.

Tal articulação público-privado brasileiro se organiza com o SUS disponibilizando serviços, sejam eles de natureza pública ou mesmo por prestadores privados contratados, fator que favorece uma série de dificuldades na dinâmica dos sistemas público e privado de saúde, como a existência de desigualdades no acesso e o fato de que, mesmo aqueles que possuem plano de saúde, continuam a fazer o uso, invariavelmente, do sistema de saúde público⁽⁷⁾. Neste sentido, configura-se a persistência da segmentação na utilização de cada sistema, observando-se que o setor de saúde pública brasileiro concentra o atendimento na baixa e alta complexidade, enquanto que o setor privado concentra seus serviços nos atendimentos de média complexidade, intensamente mais utilizado pela população que possui plano de saúde⁽⁸⁾.

No eixo da baixa complexidade, a atenção primária é amplamente conhecida como “porta de entrada” para os usuários do sistema de saúde, com a finalidade de fornecer o atendimento inicial, por meio da prevenção e promoção de saúde, objetivando-se reduzir a demanda por serviços de alta complexidade (mais caros e especializados), além de atuar filtrando e coordenando o amplo fluxo destes pacientes no sistema^(9, 10, 11). Elenca-se como benefícios de um programa de atenção primária eficaz a correlação positiva com a melhora na saúde da

população, reduzindo mortes por doenças dos tratos cardiovasculares e respiratório, assim como a diminuição de internações desnecessárias e consequente atenuação de custos para o sistema de saúde⁽¹²⁾.

Já no início da década de 1990, o sistema de saúde brasileiro iniciou o direcionamento de estímulos para a estruturação e fortalecimento de uma atenção à saúde preventiva, com a supervisão contínua das necessidades dos cidadãos, cujo marco ímpar nesse contexto foi a criação do Programa Saúde da Família, em 1994, pelo Ministério da Saúde, mudando o sistema de saúde para o modelo que prioriza o cuidado contínuo e preventivo em detrimento do modelo assistencial usual – hospitalocêntrico, individualizado, com baixa resolutividade e muito oneroso⁽¹³⁾. Analogamente, o Programa Mais Médicos, firmado pelo governo federal, com o objetivo de melhor munir a atenção primária, foi introduzido nacionalmente, fornecendo mais profissionais médicos para regiões menos favorecidas, impulsionando o incremento de faculdades médicas em áreas onde antes não existiam e ampliando o treinamento de profissionais em medicina de família e comunidade^(14, 15, 16).

Nesse sentido, destaca-se o protagonismo da Medicina de Família e Comunidade brasileira na atenção primária à saúde do SUS, sendo reconhecida como especialidade pela Comissão Nacional de Residência Médica apenas em 1981 (na época com o nome de Medicina Geral Comunitária), ainda em um contexto assinalado

pelo esforço de diversos países e da Organização Mundial da Saúde na busca de opções ao modelo hegemônico de atenção à saúde, fragmentado, caro e ineficaz⁽¹⁷⁾.

Dentre as contribuições que os médicos de Família e Comunidade trazem ao desenvolvimento da atenção primária à saúde e ao SUS no Brasil, destaca-se a consolidação de um núcleo de práticas e conhecimentos clínicos centrados na pessoa em detrimento da doença, com cuidado continuado e gestão de planos terapêuticos individuais e familiares e o estabelecimento do trabalho interdisciplinar em saúde, possibilitando o diálogo com outras profissões da área, com a capacidade de superar possíveis relações conflituosas entre diversas corporações, seja por reserva ou ampliação de seus mercados de trabalho, seja por cumprimento de condutas de saúde diferenciadas^(18,19). Frente a isso, torna-se evidente a necessidade de se estimar a prevalência de profissionais especialistas em MFC no Brasil e de se identificar os principais desafios e os principais avanços dentro dessa especialidade, desde 2012 até os dias atuais. Diante do exposto o objetivo deste estudo foi: Estimar a prevalência de médicos especialistas em Medicina da Família e Comunidade no Brasil.

MÉTODOS

Este estudo foi conduzido na Universidade do Estado do Pará no período de 20/01/2019 a 10/06/2019. O presente estudo é de caráter

transversal analítico. Para o recrutamento da amostra foi solicitada a Demografia Médica ao Conselho Federal de Medicina na qual constam dados sociodemográficos atualizados até o ano de 2018 e divulgados em triênios desde 2012^(20, 21, 22, 23). Foram incluídos todos os cadastros de médicos que constam no CENSO e possuem residência em Medicina da Família e Comunidade, independentemente de tempo de formado, gênero e outras variáveis. Para a coleta de dados foram preenchidas fichas-padrão na qual constam informações sobre a especialidade, gênero, local de atuação e idade, entre outros, dos profissionais incluídos no estudo.

Paralelamente, o preenchimento foi feito a partir de um levantamento em bases de dados e da análise de documentos publicados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) denominados “Demografia Médica”. Além disso, foram realizadas consultas de literatura científica nas bases PubMed, MEDLINE, Lilacs, SciELO e Google Acadêmico. Para a análise, os dados coletados foram organizados em gráficos, tabelas e mapas no software Microsoft Excel 2010 e adicionados ao estudo, também foram feitos recortes diretos dos documentos analisados, atribuindo a devida autoria aos criadores de tais peças. Será utilizado o cálculo de média e respectivo desvio-padrão para as variáveis contínuas e números absolutos e relativos para variáveis dicotômicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Frente ao exposto, é categórico afirmar que a Medicina da Família e Comunidade é uma área em franca expansão no país com uma demanda crescente por profissionais capacitados, ainda escassos no mercado e que compõem uma proporção de 1 profissional MFC para cada 37.853 habitantes⁽²⁴⁾. Assim, entre os 5.486 médicos da Família e Comunidade, a maioria se encontra na faixa etária dos 43 anos, é do sexo feminino, tem, em média, 17 anos de formado. Esses profissionais compõem 1,4% sobre o total de 282.361 especialistas.

De tal maneira, os resultados apresentados trazem evidências de que o número de médicos da Família e Comunidade no Brasil tem aumentado com o tempo, sendo notório o crescimento da quantidade de mulheres exercendo essa especialidade que ultrapassou o número de homens nos últimos dois levantamentos. Não somente, a idade média de médicos com tal especialidade denota uma prevalência maior de profissionais jovens, em média 43 anos, que exercem a função.

Nesse sentido, é notória a influência do programa “Mais Médicos” na expansão do número de médicos da Família e Comunidade no contexto atual, tal sistema entrou em vigor no ano de 2013 e garante aos profissionais que nele atuam o título de Médico da Família e Comunidade, com equivalência a um programa de residência⁽²⁵⁾. Não somente, o maior foco dado à atenção básica

pela saúde pública também contribui para um aumento de demanda e consequente formação de profissionais devidamente especializados e capacitados a atuarem na atenção primária, objetivando a ampliação da prevenção de patologias, maior promoção de hábitos positivos em saúde e redução de potenciais custos com o tratamento desses acometimentos, em oposição à antiga organização hospitalocêntrica⁽²⁶⁾. Neste cenário, o foco a esse nível de cuidado em saúde tem oferecido à população dispositivos para melhor controlar e prevenir as mais diversas condições de saúde e ter uma melhor qualidade de vida, tendo acesso às equipes multidisciplinares e a médicos preparados a receber essa demanda em um sistema mais descentralizado e, portanto, acessível⁽²⁷⁾.

Sob outra ótica, é válido ressaltar que há uma distribuição desigual sobre o território nacional dos médicos de Família e Comunidade que acompanha as tendências distributivas de todas as outras especialidades. Dessa forma, dos 5.486 especialistas no Brasil, 4.089 se encontram no Sul ou Sudeste, configurando 74,7% do total desse tipo de médico e a menor porcentagem se encontra na região Norte que abriga apenas 252, ou seja, somente 4,6% do total de profissionais o que indica, além da concentração de recursos e de ciência no sul do país, uma falta de medidas públicas que objetivem a garantia da equidade na oferta de saúde, especialmente ao Norte e ao Nordeste do país cujos problemas sociais são graves e os recursos são distintivamente escassos⁽²⁸⁾.

Além disso, dos cinco estados com o menor número de MFC, quatro são no Norte e um no Nordeste, em contraste ao Sudeste e Sul que abrigam, respectivamente, os três e os dois estados com a maior quantidade de especialistas. A unidade da federação com menos médicos da Família e Comunidade é o Amapá, com apenas dois, seguido de Rondônia (12), Piauí (20), Roraima (22) e Acre (27). Em sentido oposto, a com maior número de profissionais desse tipo é o Rio Grande do Sul com 906 titulados, seguido de São Paulo (876), Minas Gerais (766), Rio de Janeiro (635) e Santa Catarina (432). Frente a isso, torna-se evidente a necessidade de se estabelecerem políticas mais compreensivas às territorialidades brasileiras, com vista às demandas específicas das diversas regiões e que viabilizem a oferta universal à saúde, como preconizam os princípios do Sistema Único de Saúde⁽²⁹⁾.

Paralelamente, é notório o crescimento no número absoluto de profissionais mulheres com títulos de especialistas e Medicina da Família e Comunidade que totaliza 2.947 médicas em 2018. Nesse contexto, a quantidade de tituladas ultrapassou o número de homens em 2015 e hoje se encontra maior em 732 profissionais de diferença, tendo aumentado em 1.741 o número de mulheres especialistas do ano de 2012 ao ano de 2018, tal crescimento concorda com o crescente ingresso de pessoas do sexo feminino no curso de medicina e maior tendência delas a se especializarem e, também, ao maior número de anos em média que cada profissional mulher

possui de capacitação⁽³⁰⁾.

Além disso, há, também, uma crescente na média de idade dos profissionais especialistas em Medicina da Família e Comunidade que evoluiu de 39,5 anos em 2012 a 42,8 (+ 9,9) anos de idade em 2018, ainda se mantendo como a segunda especialidade mais jovem atrás de Clínica Médica, mesmo assim, esse número denota o envelhecimento dos então especialistas e, também, a formação de novos profissionais de idade mais avançada⁽³¹⁾, sendo válido ressaltar, em consonância a isso, que o tempo de formado desses profissionais é, em média, de 16,6 anos o que indica uma busca ativa de experientes médicos por constante aprimoramento profissional e tentativa de adequação às novas demandas do sistema de saúde. Nesse contexto, é válido ressaltar que uma quantidade considerável dos atuais médicos da Família e Comunidade no Brasil possuem outras especializações, sendo notório o número de especialistas, também, em Clínica Médica (299), Pediatria (263) e Medicina do Trabalho (192). Nota-se que há uma semelhança na prática de tais especialidades e da especialidade em questão, com abordagens e população alvo semelhantes.

Todavia, mesmo com um número crescente de especialistas bem qualificados no mercado, é ainda notória uma carência de médicos com especialidades dessa natureza ou que sejam devidamente capacitados a atuar com Medicina da Família e Comunidade de maneira efetiva, uma vez que a proporção de profissionais especializados para a população geral ainda está

muito aquém do que se considera ideal⁽³²⁾.

CONCLUSÃO

À luz do exposto, é notório o aumento no número de médicos da Família e Comunidade no Brasil. Esse número de especialistas, ainda que em aumento gradual e progressivo, evidenciado pela formação de numerosos novos profissionais entre 2012 e 2018, não se mostra suficiente para suprir o desígnio da população, evidenciando-se a necessidade da ampliação de programas de residência e de melhor distribuição dos profissionais formados no território nacional, devido à presença insistente de “vazios demográficos” carentes de médicos capacitados nas regiões Norte e Nordeste do país.

REFERÊNCIAS

1. Viacava F, et al. SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23(6): p.1751-1762, 2018.
2. Paim JS. sistema único de saúde tudo o que você precisa saber. *Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1723-1728, 2018.
3. Cardoso MRO, et al. The Public And Private Mix In The Brazilian Health System: Coexistence In Evidence. *Saúde em Redes*. v.3 (2): p.107-118, 2017.
4. Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(7).
5. Maia C, Guilhem D. A regulação sanitária brasileira como parte da política de saúde: lacunas e desafios. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;39(5):226–31.
6. Araújo IMM, et al. Health regulation in the private sector: The case of ANS in Brazil and ERS in Portugal. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28(4), e280416, 2018.
7. Leite LL, Carvalho DB. OFERTA E FINANCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM TERESINA – PI. VIII Jornada Internacional Políticas Públicas, Universidade Federal Do Maranhão, Centro De Ciências Humanas, Programa De Pós-Graduação Em Políticas Públicas, 2017.
8. Monteiro, CN, et al. Use, access, and equity in

- health care services in São Paulo, Brazil. Caderno de Saúde Pública, v.33(4): e00078015, 2017.
9. Gomes CM, Vasconcellos LCF, Machado, JMH. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1963-1970, 2018.
10. Souza, MFM, et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1737-1750, 2018.
11. Kashiwakura HK, et al. Primary Health Care: continuity and change in public health at the Federal District. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 49-62, OUT-DEZ 2016.
12. Fachini LA, Tomasi E, Dilelio AT. Quality of Primary Health Care in Brazil: advances, challenges and perspectives. Saúde Debate, Rio De Janeiro, V. 42, Número Especial 1, P. 208-223, Setembro 2018.
13. Carvalho LR, Mendes P, Maia do Amaral P. Programa saúde da família: a evolução da distribuição espacial das equipes e dos médicos especialistas no Brasil entre 2007 e 2017. APS EM REVISTA, v. 1, n. 1, p. 62-74, 18 mar. 2019.
14. Steina AT, et al. Inovação e avanços em atenção primária no Brasil: novos desafios. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, 2017 Jan-Dez; 12(39):1-4.
15. Cecílio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. Cad. Saúde Pública 2018; 34(8).
16. Oliveira FP, Pinto HA, Figueiredo AM, Cyrino EG, Oliveira Neto AV, Rocha VXM. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. Interface (Botucatu). 2019; 23(Supl. 1)
17. Neto GCC, et al. The practice of Family and Community Medicine in Brazil: context and perspectives. Caderno de Saúde Pública, 35(1):e00170917, 2019.
18. Trindade TG. Family and Community Medicine: now more than ever! Ciência & Saúde Coletiva, v.21 (9): p.2667-2669, 2016.
19. Santos W, et al. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. Saúde Debate, Rio de Janeiro, V. 43, N. 120, P. 256-268, Jan-Mar 2019.
20. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011.
21. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia Médica no Brasil, v. 02, São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.
22. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015.
23. Scheffer M, et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018.
24. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1903-1913, 2018.
25. Carvalho VKS, Marques CP, Silva EN. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. Ciência & Saúde Coletiva, 21(9):2773-2784, 2016.
26. Sousa IMC, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. Cad. Saúde Pública 2017; 33.
27. Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. Interface 03 Nov 2016.
28. Augusto DK, David L, Oliveira DOPS, Trindade TG, Lermen Junior N, Poli Neto P. Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-4.
29. Giovanella L, Franco, CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Ciência & Saúde Coletiva, 25(4):1475-1481, 2020.
30. Scheffer MC, Cassenote AJF. A feminização da medicina no Brasil. Rev. bioét. (Impr.). 2013; 21 (2): 268-77.
31. Rodrigues EF, et al. Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo. Revista Brasileira de Educação Médica 41 (4) : 604-614; 2017.
32. Machado HSV, Melo EA, Paula LGN. Family and Community Medicine in the supplementary health system in Brazil: implications for the Unified National Health System and for physicians. Cad. Saúde Pública 2019; 35(11).

OBSERVAÇÃO: Os autores declaram não existir conflitos de interesse de qualquer natureza.