

Sylvana Castro Sacchetim
Médica, mestre em Doenças Infecciosas e
Parasitárias IPTESP/UFGO, professora do
curso de medicina da UniEVANGÉLICA -
Anápolis - GO

Comentários sobre o panorama atual da Atenção Primária à saúde no Brasil e sua interface com a formação em medicina de família e comunidade

A denominada tripla carga de doenças caracteriza a atual situação de saúde no nosso país. Compõe-se do tripé: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais; uma carga importante de causas externas, e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas (Referência 1).

Nesse panorama, muito se discute acerca da efetividade e eficiência da Atenção Primária à Saúde (APS) e das habilidades e competências dos profissionais que atuam nesse nível de atenção para que respondam a contento às demandas da população. Muita discussão também tem permeado as bases da formação médica nos cursos de graduação.

A Estratégia Saúde da Família, nascida em 1994 como Programa Saúde da Família (PSF), hoje conta com mais de trinta mil equipes distribuídas por todo o território brasileiro, atendendo metade da população. Incentivos financeiros e uma remuneração atraente foram utilizados para aumentar a adesão dos municípios e profissionais de saúde à nova estratégia (Referência 3). Isto, por sua vez, deixava cada vez mais claro que o modelo especializado de formação não se adequava à nova política de saúde e que seriam necessárias mudanças estruturais no ensino para o sucesso em longo prazo. Antigas e prolongadas discussões sobre a formação médica e a medicina de família passaram a ter grande significado (Referência 2).

O ciclo vigente da Atenção Primária à Saúde no Brasil caracteriza-se por esta emergência e consolidação da ESF. Não obstante a esse crescimento, e a grandes resultados que o PSF produziu no SUS, atestados por evidências científicas, há limitação dos resultados almejados, por não terem sido superados problemas estruturais. Um dos resultados positivos do PSF foi estimular a produção acadêmica sobre a Atenção Primária à Saúde, que cresceu significativamente nos últimos anos (Referência 1).

Em concordância com as linhas gerais traçadas pelo PSF, um painel de profissionais da saúde, gestores e docentes vislumbrou pelo menos dois grandes desafios de sustentabilidade: a implantação de um currículo de graduação generalista voltado para o cuidado integral e uma opção significativa dos egressos pela carreira de medicina de família (Referência 3). As instituições de ensino superior em Medicina, atentas a esse panorama, e com a tendência crescente no Brasil de abertura de novas escolas que utilizam as chamadas metodologias inovadoras (PBL - problem based learning, aprendizagem baseada em problemas), buscam adequação dos seus currículos, com o intuito de priorizar a formação de médicos generalistas com habilidades para resolver a maior parte dos problemas de saúde da população. Assim, os alunos são inseridos precocemente nos cenários da Atenção Primária à Saúde, especialmente na integração com equipes da Estratégia Saúde da Família. Em 2011, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) publicou diretrizes com a intenção de apoiar as escolas médicas, de forma objetiva e prática, na elaboração de projetos político-pedagógicos no contexto da Atenção Primária à Saúde (Referência 4).

A Medicina de Família e Comunidade é especialidade médica com foco privilegiado na APS, sendo reconhecida como tal pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Segundo dados desse Conselho, em publicação do seu jornal intitulada "Demografia Médica", ocupa a 16ª classificação em número de especialistas registrados

Correspondências

Sylvana Castro Sacchetim
Endereço: Centro Universitário
UniEVANGÉLICA Avenida
Universitária, Km 3,5, Cidade
Universitária Anápolis – GO, CEP:
75070290
E-mail: sylvasacchetim@gmail.com

nos Conselhos Regionais de Medicina, num total de 53 especialidades reconhecidas (Referência 5). Foi a especialidade médica que mais cresceu nos últimos anos.

O médico de família e comunidade tem particularidades na sua formação e serviço. Entre suas características desejáveis e atribuições estão: excelência técnica; continuidade e coordenação do cuidado de doenças crônicas, iniciais ou indefinidas; integralidade do cuidado; diálogo com a comunidade; trabalho em equipe; resistência à medicalização; e, a Atenção Básica como sua opção clínica definitiva. Essas características tornam esse profissional médico uma das maiores possibilidades de mudança de "atitude" na saúde pública brasileira, incluindo formação e serviço (Referência 3).

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) é a entidade nacional que congrega os médicos que atuam em postos e outros serviços de Atenção Primária em Saúde, incluindo os do PSF, prestando atendimento médico geral, integral e de qualidade a indivíduos, famílias e comunidades. Inclui, também, professores, preceptores, pesquisadores e outros profissionais interessados na área. O primeiro concurso para título de especialista, por proficiência, ocorreu em 2004. Atualmente, está em sua 14ª edição, com provas escritas realizadas em 18/11/2012 (Referência 6).

Fundada em 1981, nesses seus 30 anos de existência a SBMFC já promoveu diversos eventos nacionais e internacionais. O próximo será o 12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade (CBMFC), que acontecerá em Belém (PA), nos dias 30 de maio a 02 junho de 2013 (Referência 6).

As questões e discussões referentes ao trabalho médico na Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família deve permear o ensino da graduação, e têm influência direta, trazendo repercussões, também na vida profissional. Os egressos dos cursos de graduação em Medicina têm a opção de seguir diversos caminhos. A residência médica, cuja dificuldade de ingresso varia na dependência da especialidade escolhida, é o mais procurado de todos. Via de regra, há poucas vagas e muitos candidatos (Referência 2).

O trabalho assalariado configura-se como o principal vínculo de trabalho no Brasil e o Sistema Único de Saúde (SUS) é principal empregador de serviços médicos. Nele, a força de trabalho é predominantemente jovem, formada principalmente por residentes e médicos em fase de consolidação profissional, atuando nas especialidades básicas de clínica médica, pediatria, ginecologia-obstetrícia e cirurgia e atuando em hospitais (56,6%), ambulatórios (9,2%), postos de saúde (14,3%) e unidades básicas de saúde do Programa Saúde da Família (4,9%). A oferta de salários fixos e a garantia de direitos trabalhistas respondem pela grande procura por este setor (Referência 2).

Além das questões relacionadas ao assalariamento, o mercado de trabalho médico no Brasil

tem outras dificuldades caracterizadas pela má distribuição geográfica dos profissionais pelo território nacional, diferentes possibilidades de pós-graduação e grande quantidade de recém-formados. Apesar de altos índices empregatícios, o panorama atual tende a configurar um mercado cada vez mais "insuflado" (Referência 2).

Um aumento substancial de programas e vagas para residência em Medicina de Família e Comunidade ocorre desde 2002. Os dados disponibilizados pelo MEC mostram que o número de programas de residência na área passou de 28 em 2002, para 65 em 2007, com o devido aumento de vagas de 185 para 560.14 Essa seria uma das estratégias para suprir o crescente mercado de trabalho correspondente. Para efeito de comparação, o sistema canadense, fortemente regulado pela Atenção Primária, procura manter a relação de 50% entre a oferta de vagas para Medicina de Família e as demais especialidades. Entretanto, menos da metade dessas vagas são ocupadas. A literatura brasileira apresenta poucas evidências sobre o motivo desta baixa procura (Referência 3).

No Brasil, em 2007, foram ofertadas 571 vagas para MFC; 1.473 para clínica médica, 1.046 para pediatria e 794 para ginecologia-obstetrícia (13). Não obstante, a verdade é que, mesmo com uma oferta menor que os demais, os programas de residência em MFC encontram dificuldade real em preencher suas vagas. Segundo o Ministério da Educação, menos da metade destas vagas estão ocupadas, e essa ociosidade se torna mais relevante quando levamos em consideração o déficit global de vagas de residência médica. (Referência 2 e Referência 3).

Entre as hipóteses possíveis no cenário brasileiro para explicar a baixa escolha da residência médica, e por consequência, da especialidade em Medicina de Família e Comunidade, está a constatação de não se exigir formação específica para ingresso nas atividades de médico em uma equipe da Estratégia Saúde da Família. Também são citados fatores como a opção de entrar diretamente no mercado de trabalho, em definitivo, ou para garantir algum aporte financeiro antes de optar por uma especialidade. Países como o Canadá viveram quadro semelhante quando fizeram a opção por sistemas que preconizam o primeiro contato com o médico generalista. Nesse país, a certificação do médico de família e comunidade só passou a ser exigida duas décadas após a reestruturação do sistema. No Brasil, ainda não há trabalhos e pesquisas disponíveis para classificá-lo como fator essencial e a literatura internacional aponta para o fato de que a questão pode ser bem mais complexa (Referência 2 e Referência 3). Do ponto de vista da gestão dos serviços de saúde na Brasil, dois pontos outros causam preocupações: a alta rotatividade médica nas Unidades de Saúde da Família e a qualidade da formação daqueles que permanecem (Referência 3).

Ainda que apresente toda essa gama de discussões em seu panorama atual, a importância crescente no Brasil da Atenção Primária à Saúde e sua interface com a Medicina

de Família e Comunidade é demonstrada pelas crescentes tentativas governamentais de valorização de seu trabalho.

A Organização Mundial da Saúde, a máxima autoridade do Foro Mundial, apoiada nas incontestáveis evidências contidas no Informe Mundial da Saúde 2008, e através de sua diretora, Dra. Margaret Chan, fez uma um lacônico e aflito chamado a uma retomada dos postulados de Alma Ata, ao titular um documento onde estavam postulados os princípios da estratégia de Atenção Primária à Saúde: "Atenção Primária à Saúde. Agora mais do que nunca" (Referência 7).

Assim sendo, essas questões e discussões devem fazer parte da pauta de estudos de todo graduando de Medicina no Brasil pois, ainda que alguns não venham a prestar seus serviços profissionais diretamente ao Sistema Único de Saúde e nem venham a se tornar médicos de família e comunidade, todos necessitarão desses conhecimentos para responder adequadamente às questões de saúde pública nas provas de residência médica de acesso direto, questões essas que respondem por um significativo percentual dentro da somatório total das provas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vilaça E. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
2. Lacerda A, Massignan AG, Vinholi A, Simões JC. Reflexão crítica sobre o mercado de trabalho dos médicos no Brasil. Ver. Med. Res. 2012 jul-set; 14(3): 193-199.
3. Mello GA, Mattos ATR, Souto BGA, Fontanella BJB, Demarzo, MMP. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. Ver. Brás. Educ. med. 2009 jul-set; 33(3).
4. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. Documentos da SBMFC. Rev Brás med fam comunidade. 2011 abr-Jun; 6(19):145-50.
5. Resolução CFM nº 1845/2008 (Publicada no D. O. U. 16 Jul 2008, Seção I, p. 164-168), disponível em <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2008/1845-2008.htm>.
6. <http://www.sbmfc.org.br> [acesso em 2012 nov 19]
7. Arias-Castillo L, Toro CB, Freifer S, Fernandes, MA. WONCA CS. Perfil do Médico de Família e Comunidade Definição Iberoamericana. Colombia; 2010.