

Análise do impacto da formação em  
Medicina de Família e Comunidade na  
reforma da atenção primária à saúde no  
Rio de Janeiro

*Adelson Guaraci Jantsch*

*2020-01-02*



# Contents

	<b>5</b>
<b>1 Introduction</b>	<b>7</b>
<b>2 Literature</b>	<b>11</b>
<b>3 Methods</b>	<b>13</b>
<b>4 Applications</b>	<b>15</b>
4.1 Example one . . . . .	15
4.2 Example two . . . . .	15
<b>5 Final Words</b>	<b>17</b>







# Chapter 1

## Introduction

Mas eu ainda espero angariar as simpatias da opinião,  
e o primeiro remédio é fugir a um prólogo explícito e longo.

Perguntar se investimento em educação é benéfico para a sociedade pode parecer algo obsoleto e desnecessário. Qualquer pessoa com o mínimo de instrução e bom senso concordaria que educação é um dos pilares que estruturam as sociedades e que investir recursos financeiros nesta área é fundamental para o seu desenvolvimento. Essas afirmações fazem parte da retórica política corrente e aparentemente não há discordância quanto à importância da universalização da alfabetização, da aquisição de conhecimentos gerais, do desenvolvimento de habilidades matemáticas, do conhecimento de história, geografia e ciências. Contudo, há uma série de fatos históricos, políticos e econômicos que tornam a discussão sobre ensino médico e treinamento de especialidades uma questão um pouco mais complexa do que se pode supor.

Apesar de ter o primeiro programa de residência iniciado em 1944 no Brasil, a regulamentação desta forma de curso de pós-graduação *latu sensu* veio a acontecer somente em 1977 a partir do decreto nº 80.281 que criava a Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM) e estabelecia que os programas de residência médica seriam caracterizados por “treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional” e que teriam duração mínima de um ano, contemplando 1.800 horas de atividade assistencial, sendo quatro horas semanais dedicadas a atividades de teóricas não assistenciais<sup>2</sup>. Isso ocorreu antes do estabelecimento do Sistema Único de Saúde<sup>3</sup> (SUS) e antes mesmo do estabelecimento da Medicina de Família ser reconhecida como especialidade médica, fato que ocorreu em 1981 ainda sob o nome de Medicina Geral e Comunitária<sup>4</sup>.

Apesar do aumento recente na oferta de vagas para residência médica no Brasil impulsionado pelo pelo Programa PróResidência<sup>5</sup> que aumentou a oferta de

vagas em áreas prioritárias do país, em 2017 havia somente 16.499 vagas ofertadas para um contingente de 18.753 novos médicos formados<sup>6</sup>. Além de oferta ainda limitada de vagas para atender à demanda de médicos recém-formados, há também problemas quanto à distribuição destas vagas de acordo com as especialidades médicas, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) a área mais sensível à esta distribuição desigual. Por ser um nível de atenção à saúde ainda em construção no Brasil, apresenta uma demanda enorme de Médicos de Família e Comunidade treinados e capacitados, porém apenas 4,4% das vagas atuais de residência são destinadas a esta especialidade<sup>7</sup>.

Formação médica especializada no formato de residência médica, ainda não é universal para todos os alunos graduados em escolas médicas no Brasil e comumente um aluno recém formado pode não conseguir uma vaga de residência na especialidade escolhida mesmo prestando prova para diversos programas. Ao mesmo tempo em que vários médicos recém-formados ficam de fora de programas de residência médica pela falta de vagas, a legislação brasileira permite ao médico trabalhar e exercer procedimentos específicos mesmo sem nenhuma especialização formal e reconhecida<sup>8,9</sup>. Isto é algo que aproxima o Brasil a outros países de baixa e média renda quanto a governança e regulação e o afasta daqueles onde a APS encontra-se madura nos quais uma grande parte das vagas são destinadas para Medicina de Família.

Dentro de um cenário hospitalar, em um ambiente cirúrgico, dificilmente um cirurgião sem especialização em cirurgia cardíaca seria contratado para realizar uma valvuloplastia, por exemplo, mas não é incomum que médicos sem treinamento exerçam a função de emergencistas – função comumente exercida por médicos recém-formados no Brasil e que não recebe a mesma importância dada em alguns países desenvolvidos. Neste contexto, as forças que orientam e regulam a oferta de vagas em residência médica, os tipos de especialidades que serão privilegiadas e os locais de aberturas de novas vagas de residência não são orientadas exclusivamente visando atender às demandas de saúde da população, mas recebem grande influência de grupos políticos de especialidades e corporações médicas<sup>2</sup>.

Apesar da falta de regulação e de planejamento estratégico na formação médica especializada para atender às demandas em saúde da população e de termos uma desigualdade enorme na densidade de médicos no país, concentrando especialistas nos grandes centros urbanos e áreas mais ricas, as políticas de incentivo para a criação de novas vagas de residência médica privilegiaram a MFC, aumentando de 1,4% para 4,4% das vagas ofertadas no país<sup>6</sup>. Mesmo assim, a proporção de vagas de residência em MFC no Brasil ainda é muito menor do que o encontrado em países como Canadá, Espanha e Inglaterra, onde metade do total de vagas é destinado à MFC<sup>10</sup>. Isso deixa o Brasil muito distante de alcançar a meta regional estabelecida pela Organização Panamericana de Saúde de que 40% da força laboral deve estar concentrada na APS<sup>11</sup>. A obrigatoriedade de cursar um programa de residência para se exercer a medicina ainda está longe de se tornar uma realidade no Brasil, fazendo com que provimento,



fixação e desenvolvimento de competências clínicas - três objetivos principais da formação médica especializada - continuam sendo metas muito longe de serem alcançadas<sup>2</sup>.

Nos seus quase 30 anos de história o Sistema Único de Saúde (SUS), com suas diretrizes de universalidade, integralidade do cuidado, participação popular, resolutividade e equidade<sup>3</sup>, conseguiu avanços importantes ao ampliar acesso a serviços e garantindo direito ao cuidado em saúde. Contudo, muito ainda precisa ser feito para que seja considerado um sistema de saúde robusto e verdadeiramente universal, principalmente minimizando desigualdades em saúde entre regiões ricas e pobres do país<sup>12</sup>.

Além das dificuldades históricas de desenvolvimento do sistema de saúde, eventos recentes trazem uma ameaça séria à sustentabilidade do SUS, a partir da implementação das políticas de austeridade propostas durante os anos de governo de Michel Temer<sup>13</sup>, colocando em risco conquistas importantes alcançadas durante sua história, como ampliação da APS, aumento da cobertura de serviços, redução da mortalidade infantil<sup>14</sup> e da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)<sup>15</sup>. Com a implementação das políticas de austeridade e com o previsto congelamento de investimentos na área da saúde e educação pelos próximos 20 anos há expectativa de uma redução na diminuição da taxa de mortalidade infantil, fazendo com que o país reduza os ganhos que seriam esperados em saúde caso os investimentos fossem mantidos<sup>16</sup>.

Historicamente algumas iniciativas buscaram minimizar essas desigualdades de acesso a serviços e a primeira estratégia nacional voltada para a atenção primária à saúde (APS) foi o Programa de Saúde da Família (PSF) que, desde sua concepção em 1991 e implementação em 1994<sup>17</sup>, ampliou gradativamente sua cobertura de população assistida, chegando a 56% de cobertura em 2013<sup>18</sup>, e a 64% em 2016<sup>19</sup>. Esta iniciativa teve impactos substanciais sobre a saúde da população brasileira, principalmente na redução da mortalidade infantil<sup>20</sup>, na redução de internações hospitalares desnecessárias<sup>21</sup> e na redução da mortalidade por doenças cardiovasculares<sup>22</sup>.

Contudo, não foi somente em indicadores de saúde pública que este programa teve efeito. A criação de novos postos de trabalho em unidades de APS teve também um efeito tanto no mercado de trabalho, ao aproximar novos médicos do trabalho na APS, impulsionando assim o crescimento da Sociedade Brasileira de Medicina de Família SBMFC), quanto na criação de um novo mercado de trabalho nos planos privados de saúde, que passaram a ver a MFC como uma forma de trazer os atributos da APS para seus serviços, reduzindo custos e trazendo melhores resultados no cuidado em saúde<sup>23,24</sup>.



## Chapter 2

# Literature

The Brazilian PHC system started in 1991 with the community health agents program and scaled up to the Family Health Program in 1994 when the initiative as a federal policy established a structure for PHC at the municipal level, providing financial resources for a Family Health Team (FHT) formed by one Physician, one Nurse and 4 to 6 Community Health Agents to take care of 4000 people living inside a catchment area. In Rio de Janeiro a PHC reform took place between 2009 and 2016<sup>115</sup> when the Health Department created new community-based PC clinics and new FHT, increasing the coverage from 3.5% to almost 70% of the population of the city. Currently 1400 FHT are working in the city, providing care for more than 3.5 million people in a system that merges public funding with private non-for-profit organizations responsible for management and for structural and human resources.



## Chapter 3

# Methods

We describe our methods in this chapter.



## Chapter 4

# Applications

Some *significant* applications are demonstrated in this chapter.

### 4.1 Example one

### 4.2 Example two





## Chapter 5

# Final Words

We have finished a nice book.