

Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos

Family and Community Medicine in the supplementary health system in Brazil: implications for the Unified National Health System and for physicians

Medicina de Familia y Comunidad en la salud complementaria de Brasil: implicaciones para el Sistema Único de Salud y los médicos

Humberto Sauro Victorino Machado ^{1,2}

Eduardo Alves Melo ^{2,3}

Luciana Guimarães Nunes de Paula ⁴

doi: 10.1590/0102-311X00068419

Este artigo pretende problematizar a interação entre a Medicina de Família e Comunidade e a saúde suplementar no cenário atual do Brasil. Para tanto, parte de uma contextualização histórica até chegar ao exame de alguns aspectos centrais desse movimento.

Na história das políticas de saúde, no Brasil, antes e após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores desafios tem sido as relações público-privadas. Conformou-se, nesse processo, um campo de interesses, atores e disputas, que fragilizam as possibilidades de materialização da saúde como direito de cidadania e do SUS como política social de Estado ¹. Ao mesmo tempo em que argumentos indicam que a previsão do setor privado na saúde foi um condicionante para a aprovação do capítulo da saúde na *Constituição Federal* de 1988 ², diferentes formas de incentivos vêm sendo concedidas pelo Estado ao setor privado, enquanto, no SUS, existe importante subfinanciamento ³. A isso, soma-se uma construção simbólica e imaginária na sociedade brasileira, valorando positivamente o setor privado de saúde em detrimento do público.

Na implantação do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi uma das estratégias adotadas, tendo em vista a garantia do acesso universal. Em 1994, instituiu-se, como principal modelo, o Programa Saúde da Família, que foi posteriormente reconceitualizado como Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF expandiu-se e aprimorou-se nas décadas seguintes, tendo, atualmente, 42 mil equipes (com médicos generalistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), que cobrem 63% do território nacional ⁴. Além de atributos internacionalmente reconhecidos, como acesso e primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado ⁵, merecem destaque também, na APS brasileira, o trabalho em equipe multiprofissional e a forte característica territorial. Isso é observado nos modos de adscrição, na consideração a problemas e riscos coletivos à saúde e na figura do agente comunitário de saúde ⁶.

Na trajetória de implementação da ESF, formação, distribuição, contratação, remuneração e desenvolvimento de profissionais, notadamente médicos, têm sido desafios ⁷. Nesse sentido, em que pese a existência da Medicina de Família e Comunidade no Brasil desde os anos 1970 ⁸, a partir de 2011 ⁹, formularam-se, mais fortemente, políticas nacionais direcionadas à força de trabalho médico na APS. O Programa Mais Médicos (PMM), com seus componentes de provimento emergencial e de formação (graduação e residência), foi bastante emblemático, dando centralidade para a Medicina de Família e Comunidade em lei nacional e na agenda governamental ^{7,10}.

¹ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil.

Correspondência

H. S. V. Machado
Rua Edwaldo de Vasconcelos
65, apto. 301, Rio de Janeiro,
RJ 22795-385, Brasil.
hsvmol@gmail.com



Na trajetória da Medicina de Família e Comunidade no Brasil, tem havido embates políticos marcados por diferentes discursividades ^{11,12}. Esses vão desde a mudança de nomenclatura até discordâncias entre prioridades clínicas individuais e práticas coletivas, de gestão e planejamento na atuação dos médicos de família e comunidade. Parte desses embates ocorre em tensão com atores da Saúde Coletiva e da Reforma Sanitária ^{8,11}. Referências internacionais serviram de base para adotar-se, recentemente, uma perspectiva liberal da profissão, incluindo o incentivo a estratégias de entrada da Medicina de Família e Comunidade no setor privado e a relativização da necessidade de um sistema público e universal ¹³.

Em 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com a incumbência de regular o setor privado. No Brasil, são cobertas por planos e seguros privados cerca de 48 milhões de pessoas ¹⁴. Esses planos oferecem diferentes tipos de coberturas assistenciais, como planos ambulatoriais, hospitalares com e sem obstetrícia e odontológicos. Existem diferentes tipos de operadoras, como as seguradoras, as cooperativas médicas e as empresas de autogestão, assim como planos individuais e coletivos. Há também oferta privada de serviços, no setor saúde, não circunscrita ao segmento de planos e seguros de saúde, bem como contratação de serviços privados e filantrópicos, pelo SUS, em caráter complementar.

A Caixa de Assistência à Saúde dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) foi pioneira em reorganizar parte de seus serviços, em 2003, focando na APS e na coordenação dos cuidados dos beneficiários. A ANS tem incentivado a adoção de estratégias similares à APS na saúde suplementar, com destaque para a Medicina de Família e Comunidade ¹⁵. As primeiras políticas indutoras foram criadas em 2005, por meio de programas com objetivo de promoção da saúde e prevenção de doenças (PROMOPREV), voltados para grupos de risco e doentes crônicos, ofertando gerenciamento do cuidado por meio de equipes multiprofissionais, com regulação de acesso a especialidades.

Diante da ineficácia do modelo atual com cuidado fragmentado, da alegada insustentabilidade financeira dos planos e do potencial de resolutividade da APS e especialmente do médicos de família e comunidade, estratégias múltiplas têm sido levadas a cabo na saúde suplementar. Dentre as novas operações traçadas, destacam-se: a vinculação de lista de pacientes a um mesmo serviço com médicos de família e comunidade; adesão voluntária dos segurados com mensalidades mais atrativas; mecanismos de acreditação de planos com APS; remuneração diferenciada a prestadores; descontos no valor da margem de solvência da operadora pelo desenvolvimento de programas PROMOPREV; além de parceria com o Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para fomentar a estruturação de serviços privados de APS ¹⁶.

No âmbito internacional, é importante lembrar os custos crescentes do setor saúde com inflação setorial superior à geral, o alto grau de especialização, o desenvolvimento tecnológico e a forte participação na economia, sendo objeto de interesses financeiros da indústria de equipamentos e farmacêutica, por exemplo. Destaca-se também o desenvolvimento da atenção gerenciada nos Estados Unidos, a partir dos anos 1970, sob forte motivação financeira e com ações de controle sobre as decisões profissionais, visando à racionalização de custos e ao aumento de lucros das seguradoras. Para tal, foram adotados mecanismos como a remuneração atrelada ao pagamento por número de procedimentos e consultas *fee for service*, bem como a utilização do *gatekeeper* (médicos de família e comunidade como porteiro do sistema) ^{15,17}.

Recentemente, entre crises política, econômica e social, o Ministério da Saúde do Brasil expressou apoio à desregulação do setor de saúde suplementar e à criação de planos de saúde de baixa cobertura assistencial, chamados de acessíveis ou populares ¹⁴. Seguradoras como Amil e Unimed vêm adotando o modelo de APS com médicos de família e comunidade e equipes multiprofissionais. A primeira, a partir da sua aquisição pela United Health Group, em 2012, passou a ofertar cuidados em APS em unidades próprias e credenciadas e reorientou sua porta de entrada, controlando as idas a especialistas e o consumo de exames. A Unimed, no mesmo ano, fez a abertura da primeira clínica de APS, em Guarulhos (São Paulo). O modelo foi reproduzido inicialmente em Belo Horizonte (Minas Gerais) e Vitória (Espírito Santo) e tem sido disseminado, nacionalmente, com o apoio de manuais técnicos e consultoria do Comitê de Atenção Integral à Saúde, criado pela Unimed Brasil.

A Medicina de Família e Comunidade passa a figurar como força de trabalho útil para o setor privado. De fato, a menor taxa de encaminhamentos e a racionalização do uso de exames complementares são habilidades que convêm a empresas e seguradoras do mercado. No entanto, a formação

voltada para a comunidade, atividades em grupo, terapia familiar, práticas integrativas não fazem parte das competências priorizadas ou mesmo possíveis nesse cenário, de maneira que o título de médicos de família e comunidade é clivado em sua construção ideológica. Além disso, sua atuação é descolada de uma realidade socioterritorial e conduzida a uma outra lógica, mercantil e acessada por quem pode pagar.

Dentro das operadoras, os arranjos assistenciais que podem inserir a figura do médico de família e comunidade delimitam, no geral, programas PROMOPREV, serviços de atenção domiciliar e as carteiras de APS propriamente ditas¹⁸. Nessas últimas, são formadas equipes médico-centradas, tendo a enfermagem um papel gerencial e bastante reduzido na atuação assistencial, além de profissionais de psicologia e nutrição, com cuidado ambulatorial pouco compartilhado. Conflitos tendem a surgir com especialistas e prestadores, a partir da implantação de protocolos que levam em consideração teorias da prevenção quaternária e o questionamento de rastreamentos excessivos, reorientando usuários acostumados a serem bombardeados com exames de rotina desnecessários¹⁹.

Por outro lado, o modelo contratual dos médicos de família e comunidade tende a superar tanto o *fee for service* como o assalariado e ser estruturado na lógica capitação + performance. Nessa lógica, a capitação (em geral, 70 a 80% da remuneração) corresponde a um valor de acordo com número de pessoas de referência, e a performance equivale a uma parte variável de acordo com indicadores e metas que são compostos de forma heterogênea dentro das experiências existentes. O mais usual é combinar indicadores de acesso e satisfação do usuário com indicadores de custo assistencial, com metas percentuais de encaminhamentos, redução na utilização de pronto atendimento, nas internações por causas sensíveis à APS e da sinistralidade da carteira. O componente variável expressa a indução do empregador à direção do trabalho da APS, ora valorando qualidade do cuidado, ora indicadores mais mercantis, cujos resultados e questões éticas pertinentes abrem um campo a ser explorado nas experiências nacionais.

Parte da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade vê tal processo com entusiasmo. Há uma perspectiva de maior legitimação dessa especialidade, especialmente na classe média. A maioria dos médicos de família e comunidade que passa a atuar na saúde suplementar, no entanto, é fruto de políticas públicas que têm buscado viabilizar o aumento de profissionais com essa formação. O Estado brasileiro, que criou o mercado de trabalho representado pela ESF nas últimas décadas, faz o pagamento de bolsas e incentivos para as residências em Medicina de Família e Comunidade.

Como o número de médicos de família e comunidade com formação e/ou titulação específica no Brasil ainda é muito baixo, a abertura de novos postos de trabalho no setor privado tende a diminuir a presença ou, no mínimo, a dedicação de parte dos médicos de família e comunidade no SUS. Isso tende a se intensificar notadamente na conjuntura atual, que ameaça o sistema público, e pelas novas configurações de equipes previstas na última versão da Política Nacional de Atenção Básica, de 2017²⁰. O PMM contribuiu no enfrentamento do problema crônico de provimento e incidiu sobre a abertura de escolas/vagas, mas a implementação dos seus dispositivos legais relativos à formação, como as novas regras de acesso e a expansão da residência em Medicina de Família e Comunidade, foi descontinuada. Além disso, o eixo provimento, antes mesmo de ser aprimorado com novas estratégias de fixação profissional, tem sofrido abalos importantes, como a recente saída de aproximadamente 8 mil médicos cubanos.

A migração dos médicos de família e comunidade para o setor privado mina os esforços feitos com o PMM e pode representar uma perda de energia/militância política para a APS no SUS, em que se exige resistência ao sucateamento, aos cortes de pessoal e às ameaças de desmonte, que não se faz sem atores políticos²¹.

No entanto, há avaliações, dentro da Medicina de Família e Comunidade, indicando que o sucesso do emprego do *gatekeeper* no setor privado poderá ser reimportado por gestores locais no SUS, numa espécie de legitimação reversa. Temos dúvida, contudo, da validade dessa eventual legitimação, além do risco adicional de perda de profissionais já escassos. Isso reforça a necessidade de regulação e efetiva reordenação da força de trabalho em saúde pelo Estado, de modo democrático e orientado pelas necessidades da sociedade. Não ignoramos, no entanto, o fato de que os usuários da saúde suplementar também merecem ser bem cuidados no SUS (com ressarcimento) ou nos serviços pagos. Esse é um ponto polêmico e relevante dessa discussão, bem como a regulação efetiva da saúde suplementar.

Buscamos, neste artigo, dar visibilidade a potenciais implicações da absorção da Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar para o SUS e para essa especialidade. Evidenciamos os riscos de o SUS, principalmente no contexto atual, perder tais profissionais para o setor privado, e de os próprios médicos de família e comunidade não mais considerarem a ESF como espaço importante de atuação. Esse movimento parece ser síncrono com o fortalecimento de uma determinada orientação técnico-política na Medicina de Família e Comunidade. Por se tratar de tema recente, outros elementos desse processo requerem estudos específicos, tais como: o ideal de autonomia profissional e atuação liberal do médicos de família e comunidade, as lógicas privadas dentro da APS no SUS, as apostas do setor privado ao incorporar médicos de família e comunidade e a reação dos beneficiários à criação dos novos planos com médicos de família e comunidade.

Colaboradores

H. S. V. Machado e E. A. Melo contribuíram para concepção e desenho do trabalho, redação, revisão e aprovação final da versão a ser publicada. L. G. N. Paula contribuiu na redação, revisão e aprovação final da versão a ser publicada.

Informações adicionais

ORCID: Humberto Sauro Victorino Machado (0000-0002-4222-3152); Eduardo Alves Melo (0000-0001-5881-4849); Luciana Guimarães Nunes de Paula (0000-0003-4739-6842).

1. Nascimento EF. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:2726-7.
2. Reissinger S. Aspectos controvertidos do direito à saúde na constituição brasileira de 1988 [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2008.
3. Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde; 2016.
4. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate* 2018; 42(n spe 1):38-51.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
6. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família – ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. *Diário Oficial da União* 2011; 24 out.
7. Girardi SN, van Stralen ACS, Cella JN, Maas LWD, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:2675-84.
8. Falk J. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2004; 1:5-10.
9. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial da União* 2011; 2 set.
10. Campos GWS, Pereira Júnior N. A atenção primária e o programa mais médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:2655-63.

11. Andrade HS, Alves MGM, Carvalho SR, Silva Junior AG. A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Physis (Rio J.)* 2018; 28:e280311.
12. Coelho Neto GC, Antunes VH, Oliveira A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00170917.
13. Gusso GDF, Knupp D, Trindade TG, Lermen Junior N, Poli Neto P. Bases para um Novo Sanitarismo. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2015; 10:1-10.
14. Ministério da Saúde. Ofício nº 60-GS/SAS – Assunto: proposta de Plano de Saúde Acessível. <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Proposta-de-Plano-de-Saude-Acessivel.pdf> (acessado em 04/Abr/2019).
15. Iriart CB. Atenção gerenciada: instituinte da reforma neoliberal [Tese de Doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1999.
16. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Laboratórios de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2018.
17. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc Saúde Colet* 2010; 15:2307-16.
18. Augusto DK. A perspectiva frente à implementação da Atenção Integral à Saúde em reforço e valorização da Medicina de Família e Comunidade, no âmbito da saúde suplementar brasileira. *Unimed Ciência* 2017; (2):196-202.
19. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2015; 10:1-10.
20. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 21 set.
21. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:1723-8.

Recebido em 08/Abr/2019
Versão final reapresentada em 06/Set/2019
Aprovado em 16/Set/2019