

# MÉDICO DE FAMÍLIA: FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATRIBUIÇÕES REALIZADAS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP

Family physicians: training and tasks performed in family health teams in São José do Rio Preto - SP

Maryanne Machado Silva<sup>1</sup>, Maria Lúcia Machado Salomão<sup>2</sup>

## RESUMO

Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade médica caracterizada pela atenção integral à saúde e por levar em consideração a inserção do indivíduo na família e na comunidade. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar o perfil dos médicos de família de São José do Rio Preto em relação à sua formação profissional e às atividades por eles realizadas. Trata-se de um estudo descritivo transversal quantitativo e qualitativo. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário com perguntas abertas e fechadas. O município contava com o total de 19 profissionais nas Unidades Básicas de Saúde da Família. Desse total, 16 médicos (84,2%) participaram da pesquisa. Os resultados apontaram o predomínio do sexo feminino, na faixa etária entre 30 e 50 anos, com mais de 15 anos de formados e com atuação na área há mais de 10 anos. A minoria realizou residência médica ou especialização na área de Medicina de Família e Comunidade. Apenas 56,2% dos médicos executavam ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida. A maioria realizava atividades com hipertensos, diabéticos e idosos. Visitas domiciliares eram realizadas em média 4,6 horas por semana. Quase totalidade dos profissionais relatou remuneração injusta e dificuldade de exercer a estratégia de medicina de família conforme é proposta. Entre as vantagens da especialidade, destacaram-se o vínculo com o paciente e a atuação na promoção à saúde e prevenção de doenças. Diante destes resultados, pode-se concluir que, para esses profissionais investigados, a medicina de família não está sendo valorizada como especialidade médica e está gradativamente sendo descaracterizada em seu pilar essencial que é a assistência integral à saúde do indivíduo em todas as fases da vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade; Médicos de Família.

## ABSTRACT

Family and Community Medicine is a medical specialty characterized by comprehensive health care and by taking into account the individual's inclusion in family and community. That research had as purpose to evaluate the profile of the family physicians in São José do Rio Preto-SP in relation to their Professional training and tasks performed by them. This is a quantitative and qualitative descriptive transversal study. Data collection was performed through a questionnaire with open and closed questions. The city had a total of 19 professionals in Family Primary Health Care Unit. Of this total, 16 physicians (84,2%) participated in this research. Considering the results, female, age group between 30-50 years, more than 15 years of graduation and work in the area for over 10 years prevailed. The minority realized residency or specialty in Family and Community Medicine. Only 56,2% of the physicians performed actions of full assistance in all stages of life. Most of them realized activities with hypertensive, diabetic and elderly patients. Home visits were conducted on average 4.6 hours per week. Almost all of the professionals reported unfair wage and difficulty in pursuing the strategy of family medicine, as proposed. Among the advantages of the specialization it was highlighted the bond with the patient and acting on health promotion and disease prevention. In face of these results it can be concluded that for these professionals which were investigated Family Medicine is not being valued as a medical specialty and it is gradually being uncharacterized in its essential pillar which is the integral health care of the individual at all stages of life.

**KEYWORDS:** Primary Health Care; Family Practice; Physicians; Family.

<sup>1</sup> Maryanne Machado Silva, Médica Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela FAMERP.

<sup>2</sup> Maria Lúcia Machado Salomão, Médica Coordenadora da Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade da Famerp. Mestre e Doutora em Medicina Preventiva pela FMUSP.

## INTRODUÇÃO

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) é entendida como uma forma de reorganização da produção de cuidados de saúde a ser aplicada amplamente no território nacional. O desenvolvimento dessa estratégia tem como objetivo reorganizar a prática assistencial de saúde sob novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e centrado no hospital.<sup>1</sup> É uma estratégia plenamente sintonizada com os princípios da universalidade, equidade da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo, voltada à permanente defesa da vida do cidadão.

Um dos pressupostos da Estratégia da Saúde da Família é que a atenção à saúde esteja centrada na família, considerando que essa deve ser entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social.<sup>2</sup> A adoção desses pressupostos pode possibilitar aos profissionais que compõem as equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Para o Ministério da Saúde, a Estratégia de Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.<sup>3</sup> Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de família, localizada em uma área geográfica delimitada.<sup>1-3</sup> As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade.<sup>2,4</sup>

O processo de trabalho, na Estratégia de Saúde da Família e Comunidade, tem uma peculiaridade essencial que é desenvolvido por uma Equipe composta por no mínimo: um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.<sup>2,5</sup> Cada profissional possui atribuições específicas para atuação na equipe.

As atribuições do médico de família compreendem:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrarreferência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário e Técnico em Higiene Dental;

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde da Família;

VIII - compete ao médico acompanhar a execução dos Protocolos, devendo modificar a rotina médica, desde que existam indicações clínicas e evidências científicas para tanto;

IX - na eventualidade da revisão dos Protocolos ou da criação de novos Protocolos, os Conselhos Federais de Medicina e Enfermagem e outros Conselhos, quando necessário, deverão participar também da sua elaboração.

A Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade cuja história pode ser dividida em quatro fases.<sup>6</sup> Na primeira fase, que se iniciou antes da década de 1980, não era reconhecida como uma especialidade, e aqueles que não realizavam a sua atividade no hospital não tinham formação específica para exercer essa tarefa. A segunda fase iniciou-se após 1981 quando o programa de residência foi reconhecido pelo governo federal e o nome da especialidade era, então, Medicina Geral e Comunitária. A maioria dos programas de residência durante esse período enfatizava mais a abordagem individual do que a prática coletiva.

A terceira fase foi implementada em 1994, quando a ESF teve início e essa especialidade foi identificada como fundamental para a qualificação do profissional médico. Foi a primeira vez que a medicina de família teve a chance de desenvolver o seu campo como uma profissão. O quarto período teve início em 2003, quando a Associação Médica Brasileira reconheceu-a como uma especialidade e mudou a denominação de Medicina Geral e Comunitária para Medicina de Família e Comunidade.<sup>7</sup>

O número de programas de residência em medicina de família e comunidade aumentou de oito em 1998 para 65 em 2009. Há menos de 2.000 médicos de família e

comunidade com residência ou com certificado dessa especialidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, ou seja, menos de 7%, de um total de 30 mil que estão trabalhando na ESF.<sup>6</sup> O Ministério da Saúde fornece incentivos financeiros para os municípios que contratam esses especialistas como estratégia para estimular a formação.<sup>8</sup> O Ministério da Saúde vai investir mais R\$1mil, por mês, em cada equipe da Estratégia Saúde da Família que tenha médico com residência em Medicina de Saúde da Família e Comunidade. O intuito é incentivar a formação médica na área e valorizar os profissionais que já têm essa especialidade. A ampliação do incentivo financeiro consta da Portaria 3.839 e, ao todo, serão liberados R\$ 12 milhões em 2011.<sup>8</sup>

O médico de família atende a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, de maneira oportuna, continuada e integral.<sup>9,10</sup> Nessa equipe, de acordo com Ferrari, Thomson e Melchior<sup>11</sup>, o médico, em conjunto com os demais profissionais, deve manejar as condições biológicas, psicológicas, sociais e ambientais que afetam o indivíduo em qualquer fase da vida. Além disso, cabe aos profissionais realizar promoção da saúde, oferecer aconselhamento sobre problemas psicossociais e intervir em situações que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde do indivíduo, família e comunidade.<sup>12</sup>

O trabalho em equipe interdisciplinar é um instrumento de trabalho do médico de família, para promover ações preventivas e de promoção à saúde, o que o torna um profissional resolutivo em mais de 80% das questões que demandam assistência à saúde.<sup>8,15</sup> A Organização Mundial da Saúde afirma que a atenção primária continua sendo a forma mais efetiva para prover um maior acesso a serviços de saúde, e essa estratégia é fundamental para o SUS.

Esta pesquisa teve como objetivo caracterizar os médicos de família de São José do Rio Preto-SP em relação à formação profissional e as atividades realizadas por eles conforme suas atribuições, visando identificar se o foco principal era o atendimento integral do indivíduo no qual priorizam-se ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos de forma integral e contínua.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação descritiva, transversal, quantitativa e qualitativa. Este estudo foi desenvolvido nas 11 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de São José do Rio Preto, município do interior do Estado de São Paulo. O estudo recebeu parecer favorável da Secretaria de Saúde do município.

São José do Rio Preto possui 408.435 habitantes, dos quais 383.558 residem na área urbana e 24.877 residem na área rural. O Programa de Saúde da Família no município iniciou-se em 1998, com duas equipes nas UBSF Talhado e UBSF Gonzaga de Campos. A implantação do PSF aumentou gradativamente nas áreas de mais riscos e com mais necessidade de saúde. Atualmente, possui dezenove equipes distribuídas nas seguintes UBSF: UBSF Jardim Gabriela, UBSF Jardim Simões/Renascença, UBSF Maria Lúcia, UBSF Parque da Cidadania, UBSF Talhado, UBSF Cidade Jardim, UBSF Engenheiro Schmitt, UBSF Gonzaga de Campos, UBSF Guiomar Assad Calil CAIC/Cristo Rei, UBSF Rio Preto I e UBSF São Deocleciano.

A população do estudo foi constituída por 16 médicos de família das UBSF de um total de 19 profissionais, no período de dezembro de 2010 a fevereiro de 2011. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário com 29 perguntas distribuídas em abertas e fechadas. Foi considerado aspecto ético não ter identificação do profissional e nem de sua respectiva UBSF no questionário utilizado na coleta de dados. Além disso, foi feito um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que os sujeitos do estudo manifestassem seu interesse em participar do mesmo. Os questionários foram entregues aos profissionais que aceitaram participar do estudo para serem preenchidos e foram recolhidos posteriormente.

Montou-se um banco de dados utilizando o Programa Excel. A análise dos dados foi realizada, predominantemente, na metodologia quantitativa, utilizando porcentagens e medidas de tendência central. Na análise qualitativa, foram identificadas, nas percepções dos sujeitos estudados, as representações sociais em relação ao objetivo do estudo.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), parecer CEP nº 133/2011.

## RESULTADOS

### Perfil dos Médicos de Família

Na Estratégia da Saúde da Família, a relação entre os profissionais do sexo masculino e feminino, na medicina, é mais equilibrada, 44,05% são mulheres, segundo a pesquisa de Machado<sup>14</sup>, cujo estudo, realizado em 1999, traçou o perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família do Brasil. Esta pesquisa contou com a participação de 16 médicos (84,2%) do total de 19 profissionais atuantes no município. O perfil dos profissionais desta pesquisa em relação ao sexo mostrou que 75% (n = 12)

deles são do sexo feminino, o que demonstra a tendência da feminilização da profissão.

Quanto à faixa etária, a Tabela 1 demonstra o predomínio de profissionais na faixa etária entre 30-50 anos (50%), predomínio intermediário na faixa etária acima de 50 anos (31,2%) e a faixa mais jovem, com menos de 29 anos, encontrou-se a menor concentração (18,8%).

**Tabela 1** - Distribuição dos médicos de família segundo faixa etária, São José do Rio Preto, 2011.

Faixa etária (anos)	Nº	%
< 29	3	18,8
30-40	4	25,0
41-50	4	25,0
> 50	5	31,2
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

A formação técnico-científica desses profissionais está demonstrada na Tabela 2. A maioria dos médicos de família deste estudo apresentava mais de 15 anos de formados (50%) e exercia a especialidade há mais de 10 anos (43,7%). De acordo com a tipologia criada no livro Os médicos no Brasil<sup>15</sup>, esses profissionais encontram-se no momento de consolidação da vida profissional. Nessa fase chamada de “consolidação”, concentram-se os médicos que estão em atividade há mais de dez anos e menos de 25 anos. Estes profissionais são os que dominam (qualitativa e quantitativamente) o mercado de serviços, seja nas capitais ou no interior, seja nas instituições públicas ou privadas que compõem o sistema de saúde.<sup>15</sup>

Em relação ao tempo de atuação profissional no município de São José do Rio Preto, 56,2% exerciam a profissão a menos de três anos (média de 12,9 meses) e os demais 43,8% atuavam há mais de cinco anos (média de 9,8 anos). Dos médicos estudados, 25% trabalharam em mais de dois municípios, sendo que, em média, foram 5,5 municípios.

Com relação à formação profissional, verificou-se que apenas 12,5% realizaram residência médica em Medicina de Família e Comunidade. O estudo de Machado<sup>14</sup> demonstrou que um pouco mais de um terço dos médicos do PSF concluíram o programa de residência médica (37,16%). De acordo com o mesmo autor, a média nacional de médicos com residência é de 75% e, entre aqueles que concluíram a residência, apresentaram qualificações nas seguintes áreas: Pediatria (20,55%), Medicina Geral Comunitária (14,91%); Ginecologia-obstetrícia (14,18%); Medicina Interna (12,91%) e Cirurgia (12,36%).<sup>14</sup>

Poucos também eram aqueles que tinham curso de especialização na área e este estudo identificou 31,2%.

Segundo Ministério da Saúde<sup>8</sup>, atualmente 99% dos municípios brasileiros são atendidos por 31.500 equipes da ESF, que possuem 1500 médicos especializados em Medicina de Família e Comunidade. De profissionais registrados no CREMESP com essa especialização ativa no Estado de São Paulo - 2011 encontram-se apenas 119 registros.<sup>16</sup> Quanto ao título de especialista e pós-graduação stricto sensu em MFC, não foi identificado profissional que possuísse alguma das titulações neste estudo.

**Tabela 2** - Formação técnico-científica dos médicos de família (n =16) de São José do Rio Preto, 2011.

Tempo de graduação	Nº	%
< 5 anos	3	18,7
6 - 15 anos	5	31,3
> 15 anos	8	50,0
Residência em MFC	Nº	%
Sim	2	12,5
Não	14	87,5
Especialização em MFC	Nº	%
Sim	5	31,2
Não	11	68,8
Título de especialista	Nº	%
Sim	0	0
Não	16	100,0
Mestrado e/ou Doutorado	Nº	%
Sim	0	0
Não	16	100,0

A produção científica, nos últimos dois anos, como, por exemplo, publicação de artigo científico ou apresentação de pôster em congressos, foi realizada por 6,2% dos médicos de família desta pesquisa. A participação em congresso da área também foi baixa, representada por 25%. Na pesquisa de Machado, quase 70% dos profissionais, incluindo médicos e enfermeiros que atuavam na ESF, participaram nos últimos dois anos (1997-1998) de seminários e/ou encontros científicos na área da Saúde da Família.<sup>14</sup>

### Atribuições Realizadas pelos Médicos de Família

Por definição, o médico de família atende a todos os integrantes da família, independente de sexo e idade. Neste estudo evidenciou-se que um pouco mais da metade dos profissionais (56,2%) executavam ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida. Isso demonstra a tendência de fragmentação do pilar primordial da especialidade.

A ESF realiza ações educativas e de convivência com grupos de hipertensos e diabéticos em acompanhamento.

A Tabela 3 demonstra que a maioria dos médicos de família (81,2%) deste município realizava tais ações com a seguinte periodicidade: semanalmente (50%), quinzenalmente (6,2%) e mensalmente (25%).

**Tabela 3** - Distribuição dos médicos de família, segundo a periodicidade em que realizavam os grupos de hipertensos e diabéticos nas UBSF de São José do Rio Preto, 2011.

Grupos de HAS e DM	Nº	%
Semanalmente	08	50,0
Quinzenalmente	01	6,2
Mensalmente	04	25,0
Não realizam	03	18,8
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Quanto às ações educativas e preventivas de Doenças Sexualmente Transmissíveis, identificou-se que 31,2% (n=5) dos médicos de família realizavam essa abordagem mensalmente (n=3) ou trimestralmente (n=1) ou eventualmente (n=1). A maioria (68,8%) não realizava essa abordagem.

**Tabela 4** - Distribuição dos médicos de família segundo a periodicidade com que realizavam os grupos de promoção à saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos nas UBSF de São José do Rio Preto, 2011.

Grupos com Idosos	Nº	%
Diariamente	2	12,5
Semanalmente	5	31,2
Mensalmente	4	25,0
Eventualmente	2	12,5
Não realizam	3	18,8
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Verifica-se, na Tabela 4, a periodicidade com que os médicos de família realizavam grupos de promoção à saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos e observou-se que a maioria (81,2%) realizava essas ações mensalmente (25%), semanalmente (31,2%), diariamente (12,5%) e outros relataram eventualmente (12,5%).

A violência doméstica tem como principais vítimas as crianças e as mulheres. Portanto é fundamental que a ESF desenvolva ações educativas e/ou de prevenção a esse tipo de violência. Nesta pesquisa, identificou-se que apenas um profissional (6,2%) realizava essas atividades esporadicamente quando necessário.

Ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da estratégia Saúde da Família (SF) devem ocorrer, no mínimo, uma vez por trimestre, para

esclarecer sobre as características do modelo SF.<sup>12</sup> Neste estudo, identificou-se pequena diferença entre os profissionais que faziam (43,8%) e não faziam (56,2%) estes esclarecimentos (Tabela 5). Entre os que faziam, a maioria (57,1%) realizava diariamente durante as consultas.

**Tabela 5** - Distribuição dos médicos de famílias segundo a realização de ações de esclarecimento à população sobre as características da ESF de São José do Rio Preto, 2011.

Característica da ESF	Nº	%
Diariamente	4	25,0
Mensalmente	2	12,5
Semestralmente	1	6,2
Não Realizam	9	56,2
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Este estudo também questionou em relação às ações de melhoria no ambiente da comunidade em que os médicos de família atuam, sendo encontrados 43,8% dos profissionais que as realizavam na seguinte periodicidade: semanal (18,8%), quinzenal, mensal, bimestral e trimestral com a mesma porcentagem de 6,25%, o que pode ser visualizado na Tabela 6. Essas ações, idealmente organizadas com frequência mínima trimestral, buscam ampliar o conhecimento da comunidade sobre situações de risco sanitário, ambiental e ecológico.<sup>12</sup>

**Tabela 6** - Distribuição dos médicos de família, segundo a periodicidade em que realizam ações de melhoria no ambiente das comunidades onde atuam em São José do Rio Preto, 2011.

Ações de melhoria ao meio ambiente	Nº	%
Semanalmente	3	18,8
Quinzenalmente	1	6,25
Mensalmente	1	6,25
Bimestralmente	1	6,25
Trimestralmente	1	6,25
Não realizam	9	56,2
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Em relação às visitas domiciliares, a maioria (75%) dos médicos de família deste estudo reservava, em média, 4,6 horas por semana para realizarem as visitas domiciliares, sendo que o mínimo recomendado é de quatro horas por semana.<sup>12</sup>

O uso de álcool ou outras drogas é um problema de saúde pública que continua em ascensão. Logo a assistência para esses usuários deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, inclusive na atuação da Estratégia de Saúde da



Família.<sup>17</sup> Diante disso, essa pesquisa questionou em relação ao acompanhamento dos usuários de álcool ou outras drogas na perspectiva de redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária. A maioria (68,8%) dos médicos de família deste município não realizava essa assistência, o que demonstra a Tabela 7. Entre aqueles que realizavam (31,2%) a assistência, foi identificado que esses médicos acompanhavam uma média de 1,5 pacientes por semana. Em relação à capacitação para o atendimento a esses pacientes, apenas uma minoria (18,8%) afirmou que recebeu tal capacitação, conforme pode ser visualizado na Tabela 7.

**Tabela 7** - Distribuição dos médicos de família (n=16), segundo a realização de acompanhamento dos usuários de álcool ou outras drogas e a capacitação para este tipo de atendimento na perspectiva de redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária, São José do Rio Preto, 2011.

<b>Acompanhamento dos usuários</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Realizam	5	31,2
Não Realizam	11	68,8
<b>Capacitação para este atendimento</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Receberam	3	18,8
Não receberam	13	81,2

Nesta pesquisa, foi questionado se os médicos de famílias contavam com recursos assistenciais para encaminhar esses pacientes. A maioria (68,8%) respondeu afirmativamente a questão e apontou como referência principal o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad).

## DISCUSSÃO

Medicina de Família é a medicina centrada no paciente, na pessoa, não na doença. O paciente procura o médico de família não apenas por padecer de uma ou de outra enfermidade - e que poderiam ser muito bem tratada pelo especialista correspondente - mas porque o médico de família é o seu médico. Assim, o paciente pode e deve procurar o médico de família por qualquer motivo de saúde.<sup>18</sup>

O enfoque na prática assistencial, individual e curativa ainda prevalece na rotina de vários atendimentos médicos. Esse modelo médico-assistencial é o mais conhecido e privilegiado, apesar de não contemplar o conjunto dos problemas de saúde de toda a população. Está centrado na doença e na assistência médica curativa. Predomina, no Brasil, estando voltado para o indivíduo que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procura

os serviços de saúde por “livre iniciativa”. Consequentemente, os indivíduos e os grupos populacionais que não percebem a existência de problemas de saúde ou que não estejam alertados para as medidas de prevenção deixarão de ser alcançados pelo sistema de saúde, já que constituem a “demanda espontânea”.

Esse modelo assistencial privilegia a assistência médica individual e curativa, o que reforça a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços de saúde quando se sentem doentes. Nesse caso, as preocupações das instituições de saúde restringem-se a manter em funcionamento uma dada oferta de atendimento, predominantemente curativo, o que prejudica o atendimento integral ao paciente e à comunidade, além de não se comprometer com o impacto sobre o nível de saúde da população, justificando, por exemplo, a permanência de doenças como as cardiovasculares entre as principais causas de morbidade e mortalidade.

Em contrapartida, o modelo da medicina preventiva no qual se insere a ESF privilegia a promoção à saúde através de ações que previnem o desenvolvimento de doença. Isso gera grande impacto na qualidade de vida da comunidade e não apenas do indivíduo. Várias patologias são inerentes aos fatores de risco como tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, alimentação inadequada entre outros, sendo que mudanças de hábitos promovidas através das atividades comunitárias e orientações feitas por profissionais da saúde da família contribuem, significativamente, para a redução das co-morbidades.

Um dos propósitos da Estratégia da Saúde da Família é que a atenção à saúde esteja centrada na família, no ambiente físico e social, o que pode possibilitar aos profissionais que compõem a ESF uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

Quanto aos aspectos positivos que os médicos pesquisados apontaram por exercerem a Medicina de Família foram relatados os seguintes:

- horário fixo para o trabalho: a rotina pré-estabelecida é benéfica para qualquer profissional, pois permite melhor planejamento das atividades extraprofissionais;

- vínculo maior com o paciente e comunidade: é o grande pilar da Medicina de Família, pois se espera que o vínculo com os pacientes ocorra mesmo antes de adoecer e, quando esses sentirem algo, o médico de família deverá ser o primeiro a ser consultado. Dessa forma, nessa especialidade, os médicos estão em uma posição privilegiada para fazer promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e mesmo o tratamento de doenças que façam parte de sua capacidade clínica;

- realizar visita domiciliar: a visita domiciliar é parte importante da semiologia dos médicos de família e comunidade;

- trabalhar em apenas um único local (apenas 25% têm outros vínculos empregatícios, com média de 12 horas semanais, com uma renda média total de R\$7.250,00): com uma carga horária de 40 horas semanais, torna-se difícil conciliar mais uma jornada de trabalho;

- trabalho tranquilo com chance reduzida de situações emergenciais: o próprio fluxo do sistema de saúde vigente direciona os casos emergenciais para Unidades de Pronto Atendimento e não para as UBSF;

- crescimento e aperfeiçoamento nas relações sociais: a convivência com uma realidade diferente faz o profissional refletir sobre os aspectos sociais enfrentados pelos seus pacientes, proporcionando melhor relacionamento entre eles;

- facilidade para conseguir emprego: a oferta de trabalho na ESF continua alta para uma baixa demanda de profissionais;

- aprendizado muito grande em todas as áreas: como um dos objetivos da medicina da família é o atendimento integral do indivíduo em toda fase da vida, o médico consegue ampliar seu conhecimento na área médica assim como em outras áreas também como nutrição, psicologia e assistência social;

- acompanhamento do paciente de forma contínua: pelo vínculo que se cria nesse modelo em que se insere a ESF, o paciente tem o privilégio de ser acompanhado continuamente pelo mesmo médico, o que só traz benefícios para ambos;

- possibilidade maior de desenvolver ações de prevenção e promoção à saúde: a proximidade que o médico de família tem com a comunidade, agregada ao conhecimento das diversas situações vividas pelos pacientes, permite planejamento de ações efetivas de promoção à saúde;

- possibilidade de observar melhor os resultados dos tratamentos devido ao vínculo existente entre o médico de família e seu paciente;

- aprendizado pessoal: o convívio próximo com a realidade de várias dificuldades enfrentadas pela comunidade faz o profissional refletir e aprender com os problemas ao seu redor;

- controlar as doenças de base para redução do número de pacientes nos hospitais: a redução desse fluxo reflete a qualidade da assistência prestada no nível da atenção primária;

- facilidade de diagnóstico por conhecer as famílias, os seus problemas e suas influências em relação ao aparecimento de determinadas doenças: esse é um dos grandes

diferenciais que a Medicina de Família tem que é o conhecimento do ambiente em que o indivíduo está inserido, permitindo uma avaliação global do mesmo.

Quanto aos aspectos negativos para exercer a Medicina de Família, foram apontados pelos médicos de família pesquisados:

- número de consultas elevado (atendem em média 4,4 pacientes por hora mais os acolhimentos) o que dificulta o atendimento integral, pois a consulta torna-se direcionada à queixa principal: o Ministério da Saúde recomenda 15 minutos para cada consulta médica o que é inviável para um atendimento de excelência quando se trata de Medicina de Família, cujo foco, na consulta, consiste no atendimento integral do indivíduo e não apenas na queixa principal do paciente;

- dificuldade para dar atenção aos pacientes que o médico atendeu em visita domiciliar e que procuram a UBSF sem ter a consulta previamente agendada, já que a agenda sempre está “lotada”: o atendimento de quatro ou mais pacientes por hora dificulta a disponibilidade dos médicos na própria consulta agendada assim como nos acolhimentos;

- ESF está descaracterizada: pela definição teórica do que é a estratégia da Saúde da Família realmente não coincide com a prática vigente;

- salário “defasado” (média de R\$ 6.802,08): a Federação Nacional dos Médicos<sup>19</sup> declara que o piso salarial dos médicos, em 2011, para uma jornada de 20 horas semanais de trabalho é de R\$ 9.188,22;

- remuneração injusta para a jornada de trabalho (nesta pesquisa foram identificadas 93,8% que afirmaram essa questão);

- pouca resolutividade: a baixa resolutividade é bastante evidente no sistema. Contribuem, para isso, problemas de infraestrutura da rede de serviços, particularmente de pessoal em áreas especializadas, distribuição espacial e hierarquização da rede, instalações, sistemas de acesso físico, entre outros. Também justificam a baixa resolutividade: a falta de protocolos que orientem o médico e a equipe de saúde quanto aos procedimentos adequados para a maioria dos problemas de saúde; as diversas dificuldades para encaminhamento/marcação para serviços de média e alta complexidade, associadas à relativa desorganização de serviços de saúde;

- proximidade com o cotidiano da comunidade que envolve violência, drogas e problemas sociais: a convivência com essa realidade pelos profissionais que atuam na ESF pode trazer risco à integridade física e mental;

- falta de reconhecimento como médico de família pela comunidade: a maioria das pessoas continua privilegiando

os médicos especialistas e desconhece que o médico de família também é uma especialidade;

- estar vulnerável aos gestores da Saúde Pública vigente: a gestão exerce grande influência no desenvolvimento do sistema de saúde. Na avaliação dos benefícios das políticas de saúde à população, o conhecimento das peculiaridades locais dos serviços de saúde é requisito básico. Entretanto, ao avaliar o efeito de uma política de saúde no desempenho dos serviços e na situação de saúde da população, é preciso valorizar o sinergismo entre os determinantes vinculados à política de saúde, aos serviços de saúde (estruturas, recursos humanos e processos) e ao estado de saúde da população, o que nem sempre é de conhecimento da gestão vigente;

- ser desvalorizado pela classe médica: o fato de não haver obrigatoriedade de possuir especialização para trabalhar na ESF e também de lidar com as patologias mais simples contribui para a desvalorização do médico de família perante seus colegas e população;

- rotina de atender alguns pacientes que não precisam de atendimento médico, diminuindo as vagas para quem realmente precisa: a falta de entendimento sobre o funcionamento da ESF faz com que sobrecarregue o sistema de saúde;

- dificuldades para obtenção de material para trabalho com as famílias: situação frequente quando se trata de serviços públicos em sua maioria devido a outro problema frequente que é a falta de recurso financeiro;

- necessidade de cumprir número mínimo de consulta e não poder acompanhar adequadamente as situações de risco: como já citado anteriormente, para exercer Medicina de Família com excelência é incoerente determinar que atenda quatro pacientes por hora, pois gera sobrecarga de trabalho;

- desvalorização da importância da promoção à saúde e da prevenção de doenças: questão com forte influência cultural, pois, neste país, ainda predomina o modelo de assistência individual e curativa;

- divulgação errônea da ESF: há alguns anos, o PSF é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar essa reorganização. Atualmente, reconhece-se que não é mais um programa e sim uma Atenção Primária à Saúde qualificada e resolutiva.

Com os resultados desta pesquisa, verificou-se que o perfil dos médicos de família do município de São José do Rio Preto foi predominantemente de sexo feminino, na faixa etária de 30-50 anos, com mais de 15 anos de for-

mados e que exercem a especialidade há mais de 10 anos, enquanto o tempo de atuação no município foi menor do que dois anos o que está associado à elevada rotatividade dos profissionais na ESF em locais diferentes. Isto também ficou evidenciado pela quantidade de municípios onde os profissionais trabalharam; 25% em mais de dois municípios, uma média de 5,5 municípios. Isso reflete um dos principais problemas da ESF que é o número elevado de profissionais que não permanecem na mesma posição por um longo período. A estabilidade dos profissionais na ESF amplia as possibilidades de continuidade, do vínculo e da responsabilização, o que proporciona melhoria no atendimento à clientela adscrita.

Quanto à formação profissional, os dados mostraram uma minoria que realizou residência médica ou especialização em Medicina de Família. Além disso, nenhum profissional afirmou possuir título de especialista ou título de mestre ou doutorado. Isso ressalta a baixa qualificação especializada dos médicos da ESF. Quanto à parte acadêmica e científica, também foi constatada mínima participação, com baixa produção científica e poucas atividades de Educação Permanente.

Em relação às atribuições realizadas pelos médicos de família, verificou-se que pouco mais da metade dos profissionais exerciam a assistência integral em todas as fases do ciclo de vida. Cada vez mais médicos da família estão deixando de exercer a ação integral para todos.

As atividades educativas e de convivência com os hipertensos e diabéticos eram realizadas pela maioria dos médicos. O padrão do documento técnico da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família<sup>12</sup> refere-se à realização desses grupos com regularidade bimensal, respeitando-se a cultura e os hábitos locais.

Quanto às ações coletivas de socialização, de promoção da saúde e de melhoria da qualidade de vida dos idosos, eram realizadas pela maioria dos médicos semanalmente, portanto acima da frequência padrão que prevê que os membros da ESF desenvolvam mensalmente essas ações por meio de grupos de convívio ou outras atividades na comunidade, tais como: visita aos espaços culturais, passeios, festas, etc.<sup>12</sup>

As ações de melhoria no ambiente da comunidade são idealmente organizadas com frequência mínima trimestral e buscam ampliar o conhecimento da comunidade sobre situações de risco sanitário, ambiental e ecológico.<sup>12</sup> Nesta pesquisa, a maioria dos médicos relatou que não realizava essas atividades e a minoria realizava semanalmente.

Já quanto ao desenvolvimento de grupos educativos abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/AIDS, apenas a minoria dos profissionais os realizava.



Identificou-se que as visitas domiciliares eram realizadas pela maioria dos profissionais para dar atenção diferenciada às famílias em situação de risco, vulnerabilidade e/ou isolamento social. Todos os médicos de família deste estudo realizavam visitas domiciliares semanalmente.

Quanto ao esclarecimento da população sobre as características da ESF, foi relatado que a maioria dos médicos fazia durante as consultas diariamente.

Em relação ao desenvolvimento de ações educativas e/ou de prevenção da violência doméstica assim como ao acompanhamento de usuários de álcool ou outras drogas, ambos os problemas interligados frequentemente, foi verificado por esta pesquisa que a maioria dos médicos de família não atuava nessas questões. Essas ações podem ser realizadas apenas pela equipe ou em parceria com Organizações Não Governamentais (ONG), ou movimentos sociais, organizando campanhas e/ou reuniões de esclarecimento quanto à mediação de conflitos, atitudes/comportamentos de não violência e pelo desarmamento. Muitos deles afirmaram não ter recebido capacitação para o atendimento aos dependentes de álcool ou outras drogas. Como local de referência para encaminhamento desses casos, foi relatado principalmente o CAPS ad. O preconizado é que a ESF deve conhecer as perspectivas de redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária e acompanhar os usuários de álcool e drogas que estão em tratamento pela referência.

Quanto à sucinta análise da medicina de família proposta por esta pesquisa à maioria dos médicos participantes, observou-se que a insatisfação predomina na falta de reconhecimento da especialidade e remuneração injusta e, além disso, na dificuldade de exercer esse tipo de medicina e até, muitas vezes, impossibilidade de atuar como verdadeiros médicos de família.

O Ministério da Saúde afirma que o médico que compõe a equipe da ESF está preparado para solucionar 85% dos problemas de saúde mais prevalentes e comuns, reduzindo a necessidade de atendimento hospitalar. Além disso, também proporciona significativa redução da mortalidade infantil. T tamanha resolutividade cabe apenas a essa especialidade tão desvalorizada pela sociedade brasileira que não reconhece sua importância. Diante disso, é imprescindível oferecer melhores condições de trabalho a esses profissionais para que exerçam sua especialidade integralmente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos resultados deste estudo, observa-se que a medicina de família é uma especialidade médica que está

gradativamente sendo descaracterizada em seu pilar essencial que é a atenção integral à saúde do paciente, da família e da comunidade. Além disso, a baixa remuneração dos profissionais associada à desvalorização da atenção básica contribuem para enfraquecer os princípios da ESF. Diante disso, essa estratégia precisa urgentemente de melhorias na sua organização para que seus princípios sejam mantidos e efetivos.

Sugere-se que as atividades realizadas na ESF possam ter como padrão avaliativo a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, disponibilizada pelo Ministério da Saúde, pois seria uma maneira de tornarem mais efetivas as ações desenvolvidas.

Nesse contexto, pode-se sugerir também que a valorização dos profissionais qualificados na área pode incentivar os demais profissionais a buscarem aperfeiçoar seus conhecimentos e experiências prévias através da obtenção de título de especialista. Concomitantemente, é fundamental apontar para a expectativa da existência no país de um Plano de Cargos, Carreira e Salário para o Médico de Família. Da mesma forma, é importante que a qualificação desse profissional seja constante pela Educação Permanente com o oferecimento de capacitações regulares e frequentes com o incentivo à participação em eventos científicos, assim como na produção científica com o desenvolvimento de pesquisas na atenção básica e as consequentes publicações.

Cabe destacar que o financiamento inadequado para o setor saúde no Brasil reflete negativamente em todos os aspectos. Entre os diversos aspectos, tem-se a precarização do trabalho dos profissionais que atuam no SUS, sendo fortemente evidenciada na Atenção Básica, principalmente na Estratégia da Saúde da Família, com uma remuneração inadequada sendo agravada pela falta do Plano de Cargos Carreira e Salários para o SUS. Com a implantação do SUS, os municípios apresentam percentuais crescentes na Saúde, essa tendência não tem sido observada no nível federal e estadual.

O Brasil vive um momento importante de definições com relação ao financiamento para a saúde. Para que o SUS avance atendendo as necessidades da população brasileira, é necessário que o financiamento do SUS seja compatível com a possibilidade de atendimento dessas necessidades. Nesse sentido, uma política adequada de recursos humanos para o SUS é fundamental.

Outro importante aspecto a ser considerado é o da Comunicação Social com a divulgação, junto à população, sobre as características da ESF para buscar a valorização do profissional médico assim como do trabalho de toda Equipe de Saúde da Família e das diversas atividades desenvolvidas no contexto da atenção primária, cujos resultados

consistem na resolutividade da maioria das questões que demandam assistência à saúde e que muito contribuem para uma melhor qualidade de vida do indivíduo e da coletividade, possibilitando assim o acesso à saúde como exercício de cidadania.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos; síntese dos principais resultados. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
4. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(1):23-4.
5. Campos CVA. Porque o médico não fica? Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2005.
6. Stein AT, Gusso G. Medicina de Família no Brasil: ainda é necessário estimular a atenção primária. *Br Med J*. 2010; 31.
7. Romano VF. A busca de uma identidade para o médico de família. *Physis* 2008;18(1):13-25.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Aumentam recursos para equipes de saúde da família com médicos especializados. [Citado 2011 jan. 19]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=1529&CO\\_NOTICIA=12057](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1529&CO_NOTICIA=12057)
9. Miranzi SSC, Mendes CA, Nunes AA, Iwamoto HH, Miranzi MAS, Tavares DMS. Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de médicos da estratégia de saúde da família. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20(2):189-97.
10. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15(3):7-18.
11. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. *Semina Ciênc Biol Saúde*. 2005; 26(2):101-8.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Saúde da família: panorama, avaliação e desafios. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
14. Machado MH. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Perfil dos médicos e enfermeiros de Saúde da Família no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/DAB-MS; 2000. [Citado 2011 jan. 19]. Disponível em: [http://www.ensp.fiocruz.br/psf\\_perfil/apresentacao.html](http://www.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/apresentacao.html)
15. Machado MH. Dinâmica do mercado de trabalho. In: Machado MH, coordenador. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 99-146.
16. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Guia médico. CREMESP. São Paulo; 2001-2011. [Citado 2011 jan. 19]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=GuiaMedico&pesquisa=avancada>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
18. Sociedade Brasileira de Medicina de Família. Princípios da Medicina de Família. São Paulo. [Citado 2011 jan. 19]. Disponível em: <http://www.sobramfa.com.br/pagina.php?p=livros&l=principios>
19. Federação Nacional dos Médicos. FENAM divulga piso salarial dos médicos para 2011; 2008 [Citado 2011 jan. 19]. Disponível em: <http://portal.fenam2.org.br/portal/showData/392076>

---

Submissão: novembro/2011

Aprovação: maio/2012

---