

# Residência de Medicina de Família e Comunidade em uma Unidade Básica de Saúde Tradicional

Family and Community Medicine Residency in a Basic Unit of Traditional Health

### Mariana Oliveira Zacharias

Residente do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia.

### Stefan Vilges de Oliveira

Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia.

### Larissa Silva Soares

Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia.

### Resumo

**Introdução:** As Unidades Básicas de Saúde (UBS) desempenham papel central na garantia à população à serviços de saúde. Dotar estas unidades de condições para um atendimento de qualidade é um desafio. **Relato:** Residentes do primeiro ano de Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Universidade Federal de Uberlândia foram direcionados em março de 2018 para uma UBS tradicional (constituída por clínico, pediatra e ginecologista). A partir da contratação de preceptoras especialistas em MFC, formou-se outra equipe, de estratégia básica, composta por elas e residentes. Foi feita territorialização e a distribuição de microáreas para cada residente e construídas planilhas com dados dos pacientes. Assim, foi possível conhecer o perfil da população, implementando diversas ações: grupos, visitas domiciliares, organização da agenda por meio do “acesso avançado”. Reuniões com esta equipe propiciaram espaço de educação permanente e formulação de Projetos Terapêuticos Singulares. A população demonstrou satisfação com as mudanças por meio da Ouvidoria de Saúde. Quantitativamente, os atendimentos aumentaram 17%, sendo que o clínico representou 86% do total desse aumento e houve 40% menos exames laboratoriais solicitados. **Discussão e considerações finais:** A Residência de MFC ofereceu condições para alcançar melhorias no acesso e qualidade dos serviços ofertados pela UBS. A experiência foi bem-sucedida e deveria ser estimulada em outros cenários da Atenção Básica. Propõe-se que as esferas governamentais incentivem a seleção de especialistas em MFC para atuarem

na APS e promovam transições de UBS tradicionais para equipes com a Estratégia de Saúde da Família.

**Palavras-chave:** : Estratégia de Saúde da Família; Saúde Coletiva; Atenção Primária à Saúde; Internato e Residência; Serviços de Saúde.

### Abstract

Introduction: As the Basic Health Units (BHU) play a central role in guaranteeing the population to health services. Providing these units with conditions for quality care is a challenge. Report: Residents of the first year of Family and Community Medicine (MFC) at the Federal University of Uberlândia were directed in March 2018 to a traditional BHU (consisting of a clinician, pediatrician and gynecologist). As a result of the hiring of MFC specialist tutors, another basic strategy team was formed, composed of them and residents. Territorializing and the distribution of micro areas to each resident were carried out and

spreadsheets were built with patient data. Thus, it was possible to know the profile of the population, implementing several actions: groups, home visits, organization of the agenda through “advanced access”. Meetings with this team provided space for permanent education and formulation of Unique Therapeutic Projects. The population showed satisfaction with the changes through the Health Ombudsman. Quantitatively, the attendances increased by 17%, with the clinician representing 86% of the total of this increase and there were 40% less laboratory tests requested. Discussion and final remarks: The MFC Residency offers advanced access services and quality services offered by UBS. A. It has been studied in other AB scenarios. It is proposed that the rules encourage the selection of MFC services for Primary Health Care and promote transitions from BHU to the Family Health Strategy (FHS).

**Keywords:** Family Health Strategy; Public Health; Primary Health Care; Internship and Residency; Health Services .

### Introdução

A Atenção Primária em Saúde (APS) tem sido o referencial do discurso sobre modelo de assistência à saúde na maioria dos países, inclusive no Brasil.<sup>1</sup>Na conferência de Alma Ata, realizada pela Organização Mundial de Saúde em 1978, um modelo de atenção em saúde centrado e embasado na APS, foi consolidado como grande objetivo político e social a ser alcançado pelos países de todo o mundo. A conferência definiu a APS como estratégia para se atingir a equidade e a universalidade no âmbito dos sistemas de saúde. Em diversos países, seus princípios foram adotados em diferentes perspectivas, sendo que, no Brasil, a partir dos anos 90 constitui-se uma estratégia capaz de revolucionar o modo de fazer-se APS.<sup>1</sup>

Mais precisamente, em 1991, surgiu uma iniciativa precursora do Programa ou Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ampliando-se o PACS e agregando-se princípios da APS, em 1994, começaram-se as equipes de Saúde da Família, que priorizavam as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias de modo integral e longitudinal.<sup>1</sup>O Programa Saúde da Família surgiu com o objetivo de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional de assistência à saúde, orientado para a cura de doenças e realizado principalmente no hospital.<sup>1</sup>

Em 21 de Outubro de 2011 a Portaria Nº 2.488<sup>2</sup>, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, ESF e o PACS. Dentre essas diretrizes são itens necessários à ESF existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.<sup>3</sup>

A formação de uma ESF não é uma questão trivial em face da complexidade dos problemas e demais necessidades de saúde inerentes a Atenção Primária. Basta lembrar a carência de profissionais de saúde com formação específica para atuar neste nível do sistema, inclusive no tocante a formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade<sup>4</sup>. Os profissionais das ESF, dentre os quais os médicos, deveriam ser generalistas e com formação típica para atender às especificidades do ambiente da APS. Em nosso país, o especialista médico generalista cuja formação é a mais apropriada para a ESF chama-se Médico de Família e Comunidade. <sup>1</sup>Para caminhar de forma consistente e qualificada para a consolidação da Atenção Primária no Brasil, é

necessário incrementar e valorizar a formação de recursos humanos, com ênfase para o Médico de Família e Comunidade.<sup>5</sup>

Desta forma, a partir das premissas discutidas acima e da relevância em problematizar sobre a qualidade da APS, o objetivo deste relato de experiência é propor uma reflexão sobre a ESF como modelo organizacional da Atenção Primária dentro do SUS e demonstrar o impacto para os usuários coma transição do cuidado de uma UBS tradicional para uma UBS de estratégia básica, composta por Médicas de Família e Comunidade.

### Relato de experiência

Em março de 2018, iniciou uma nova turma de residentes em Medicina de Família e Comunidade- MFC pela Universidade Federal de Uberlândia-UFU. O programa objetiva integrar os residentes em uma Equipe de Saúde da Família que constitui majoritariamente o cenário de prática nos dois anos de residência. Diante da indisponibilidade de cenários de prática com a rede municipal, estes foram alocados em uma Unidade Básica de Saúde da própria UFU, o Centro de Saúde Escola Jaraguá (CEJAR).

O CEJAR foi construído e instalado mediante convênio entre UFU, Fundação de Assistência Estudo e Pesquisa de Uberlândia e Prefeitura de Uberlândia, no ano de 1982. Está localizado no bairro Jaraguá, no setor Oeste da cidade de Uberlândia/MG e é responsável pelo atendimento da população dos bairros Tubalina e Jaraguá.

Segundo os dados de 2010 da Prefeitura Municipal de Uberlândia<sup>6</sup>, a população total atendida é de 14.909. O bairro Jaraguá abrange uma população de cerca de 8.090 habitantes e o bairro Tubalina abrange uma população de 6.819. Não estão presentes assentamentos, ocupações, áreas de aglomerações urbanas (favelas e cortiços) e áreas rurais. Toda a área encontra-se pavimentada. O perfil socioeconômico é considerado de classe média a classe média-baixa. As casas são de alvenaria, mas muitas não apresentam revestimento. As residências da área possuem rede de esgoto e energia, água encanada e coleta de lixo.

Uma área do bairro já foi coberta por uma equipe de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), instituída em 2014, porém extinta em 2016. Existiam também diferentes serviços dentro de um mesmo espaço físico: o Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária e Hanseníase (CREDESH), Unidade Básica de Saúde (Atenção Básica) e a Odontologia.

Atualmente o Centro de Saúde é caracterizado como Unidade Básica de Saúde Tradicional, composta por uma médica clínica, um obstetra, um ginecologista, uma pediatra, duas enfermeiras, nove técnicas em enfermagem, quatro assistentes administrativos, uma psicóloga, uma assistente social e uma farmacêutica. Estes atuam com cuidados convencionais centralizado no médico e pouco vínculo com a comunidade, não há adstrição da clientela, nem territorialização. Os residentes foram inseridos nesta equipe nos primeiros

quatro meses do programa de residência. Após a contratação de duas médicas de família e comunidade, a partir de julho de 2018, além dessa formação já estabelecida, e com a adequação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), criou-se uma equipe, da qual fazem parte os três médicos residentes e duas preceptoras. A equipe não está devidamente regulamentada como ESF, pois para isso é necessária a contratação de enfermeiro e agentes comunitários de saúde que tenham jornada de trabalho de 40 horas semanais para o cadastramento no Ministério da Saúde.

Os residentes do PRMFC puderam então vivenciar o processo de trabalho em um ambiente com uma equipe da atenção básica tradicional (com clínico, pediatra, ginecologista e obstetra), e com uma equipe de atenção básica coordenada por médicas de família e comunidade. A inserção da residência neste cenário trouxe mudanças na estrutura e organização do Centro de Saúde. Com a inclusão de profissionais engajados ao sistema ensino-aprendizagem e alinhados com a qualificação da atenção à saúde, se iniciou uma nova forma de prestar serviços à comunidade do Bairro Jaraguá.

A alteração inicial ocorreu através da definição dos territórios de atuação de cada equipe. O processo de territorialização foi a primeira atividade dos residentes na unidade, possibilitando conhecer os moradores com maior proximidade, identificar os aparelhos sociais do bairro, definir o perfil epidemiológico e demográfico.

Ficou estabelecido que a Unidade Básica tradicional ficaria responsável pela área do bairro Tubalina e o PRMFC com a área do bairro Jaraguá, o qual foi dividido em quatro micro-áreas. Cada residente médico ficou responsável por uma microárea.

O próximo passo foi desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a comunidade para garantir a continuidade das ações de saúde e longitudinalidade do cuidado. Para tanto, foi fundamental a experiência das preceptoras, que orientaram a construção de planilhas com dados de cada paciente atendido, a fim de obter a classificação de risco individual. Assim, foi possível conhecer o perfil dos usuários e estabelecer vigilância em saúde, planejar e implementar ações. Dentre elas, destacam-se as visitas domiciliares, a organização da agenda (garantindo acesso a grupos prioritários) e de grupos operativos de hipertensão, diabetes, saúde mental, dor crônica e gestantes.

A presença da equipe multiprofissional contribuiu para o sucesso destes grupos e para promoção de saúde. Reuniões foram realizadas com todos os funcionários para a pactuação de processos de trabalho e repasse dos resultados obtidos; reuniões da equipe com médicas de família e residentes foram realizadas com frequência maior com as mesmas finalidades, além de propiciarem espaço de educação permanente na Atenção Básica e a formulação de Projetos Terapêuticos Singulares.

Outra mudança ocorreu ao identificar a existência de “demanda reprimida” em relação ao acesso ao

serviço de saúde. Iniciou-se uma série de estudos na literatura sobre acesso em Atenção Primária e articulações entre os funcionários, a fim de implantar um modelo visando equalizar o atendimento da demanda espontânea e ainda realizar o seguimento programático em saúde. Suscitou-se então a ideia de trabalhar com o “acesso avançado”, em que 70% das vagas da agenda médica são dedicadas a demanda espontânea, e 30% dedicada a demanda programada, com o objetivo de facilitar e ampliar o acesso da população ao seguimento de saúde.

À medida em que as mudanças ocorriam no Centro de Saúde Escola Jaraguá, a população foi mostrando satisfação com a forma de cuidado recebida. Houve aumento da participação nos grupos e foram dados *feedbacks* positivos ao final das consultas. A equipe do Jaraguá se tornou, de fato, referência em saúde para sua área adstrita.

Essa satisfação foi demonstrada por meio da Ouvidoria de Saúde: na lista de elogios, a forma e a qualidade dos atendimentos ocupam um dos primeiros lugares, enquanto o maior problema ainda é regulação e a oferta de consultas /procedimentos especializados. Em relação aos profissionais da unidade, aqueles ligados à Medicina de Família e Comunidade, estão satisfeitos e confiantes quanto ao modelo adotado.

Ainda comparativamente, foram analisados por meio de dados secundários alguns indicadores, identificando, melhoras nos índices de produtividade (17%) das duas equipes (uma com

modelo tradicional-clínico, pediatra, ginecologista e obstetra- e a outra com médicas e residentes de Medicina de Família e Comunidade) (Figura 1).

Tal análise possibilitou também verificar a redução de atendimentos por especialidades médicas, que passaram a ser realizados pela MFC (Figura 2).

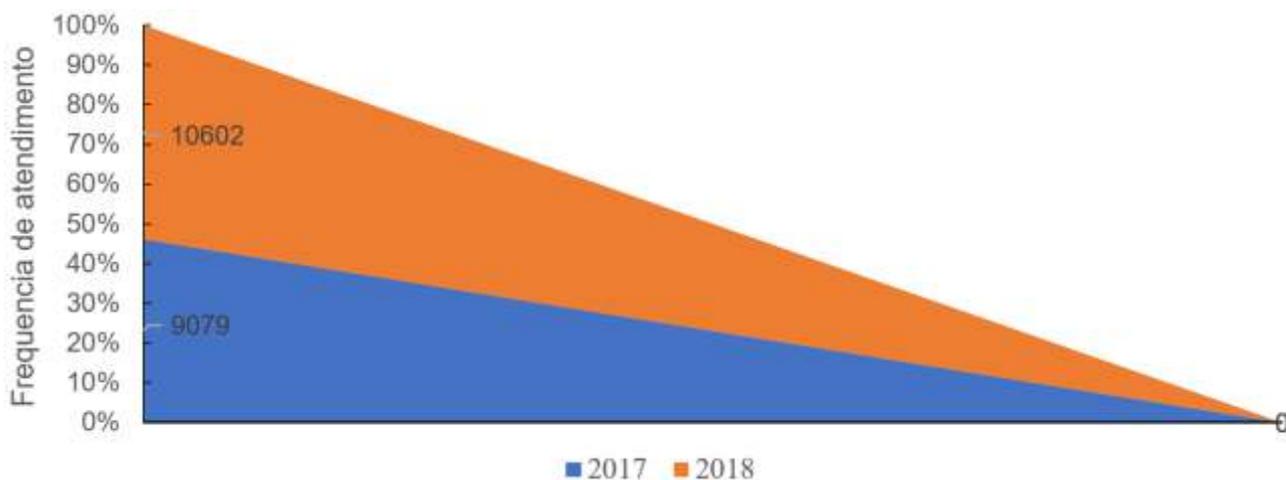
### Análise de dados da produtividade do Centro de Saúde e Escola Jaraguá

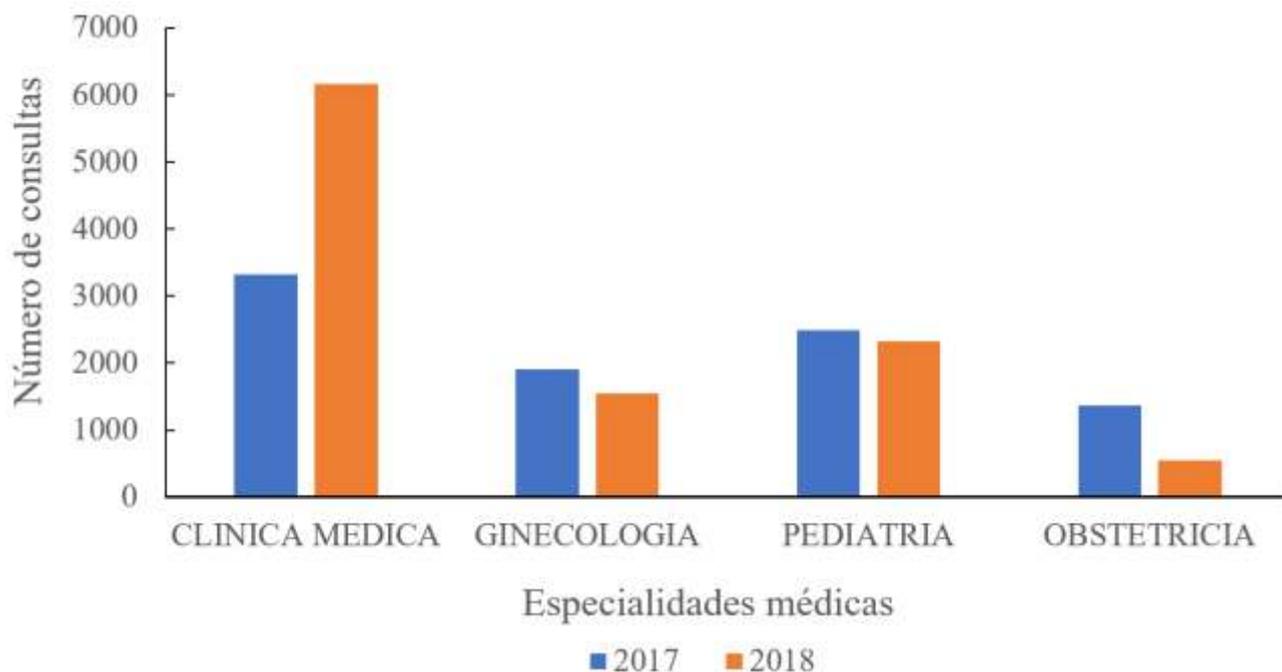
Em um comparativo entre os anos de 2017 e 2018, foram observados (18%) menos

atendimentos com ginecologista, (7%) menos atendimentos com pediatra, (60%) menos pré-natal com obstetra (Figura 2) e (40%) menos exames laboratoriais (Figura 3).

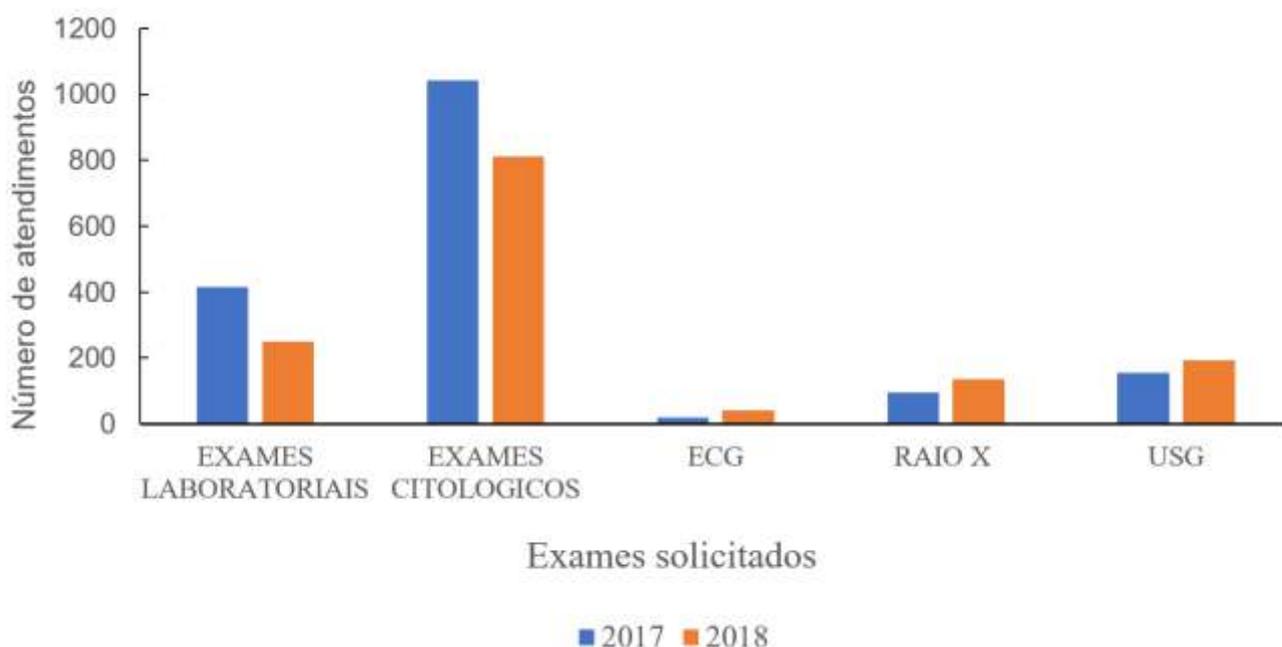
O novo modelo, apesar de recente, passou a ter um ganho de qualidade de atendimento importante, trazido pela melhora do cuidado longitudinal e integral do paciente, demonstrado pelo presente estudo. Os atendimentos pela Clínica Médica aumentaram (86%) quando comparados antes e depois das mudanças adotadas.

**Figura 1.** Frequência relativa e número absoluto do número de atendimentos médicos do CEJAR nos anos 2017 e 2018.



**Figura 2.** Número absoluto das consultas da clínica médica do CEJAR nos anos 2017 e 2018.

**Nota:** A especialidade “Clínica Médica” no sistema de informação consultado, inclui os atendimentos da equipe de Medicina de Família e Comunidade.

**Figura 3.** Número absoluto de exames solicitados no CEJAR nos anos 2017 e 2018.

### Discussão e considerações finais

Trabalhos de respeitadas fontes nos mostram que a ESF é uma solução criativa e bem-sucedida que serve de exemplo a um mundo que busca alternativas para viabilizar a universalização do acesso em saúde. Diversos estudos apontam para a efetividade da Estratégia de Saúde da Família. Macinko *et al.*<sup>7</sup> estabeleceram que um incremento de 10% na cobertura deste programa estava associado a um decréscimo estatisticamente significativo de 4,5% na taxa de mortalidade infantil, controlados outros determinantes. Rocha e Soares<sup>8</sup> demonstraram que o programa teve um impacto positivo na redução da mortalidade por toda a distribuição etária e estava associado a redução de fertilidade, melhoria nas matrículas escolares e aumento na oferta de emprego aos adultos. Macinko e Lima-Costa<sup>9</sup> demonstrou que altas taxas de cobertura pela Estratégia de Saúde da Família estavam associadas a maior redução em internações evitáveis por um número importante de doenças crônicas, excetuando-se diabetes e doença pulmonar obstrutiva crônica. É o sucesso da Estratégia de Saúde da Família em alcançar maior número de usuários e sua efetividade total que a tornam interessante a outros países em processo de implementação de políticas de cobertura universal.<sup>10</sup>

O presente relato mostra que a Residência de Medicina de Família e Comunidade ao contar com a presença de preceptores especialistas em MFC ofereceu condições e procedimentos considerados estratégicos para busca de padrões

de acesso e qualidade na Atenção Básica no Centro de Saúde Escola Jaraguá. Ou seja, as mudanças ocorreram, pois, existiam profissionais qualificados em: 1) solução de problemas que se apresentam indiferenciados; 2) competências preventivas; 3) competências terapêuticas (de problemas frequentes de saúde); 4) competência de gestão de recursos.<sup>11</sup> Os princípios e práticas da MFC são centrados na pessoa e não na doença, na relação médico-paciente, na interlocução com o indivíduo contextualizado.

A experiência vivenciada em unidade básica de saúde que se encontra em transição de modelo de atenção, permite aos residentes de MFC perceber que a Medicina de Família é especialidade de excelência para o desenvolvimento de uma APS de qualidade. Por isso, propõe-se que as esferas governamentais incentivem a seleção desses especialistas para atuarem na Atenção Básica.

Espera-se que o egresso da RMFC se converta em agente de mudança no campo da saúde, recusando-se a assumir o papel de mero prestador de serviços. Para caminhar de forma consistente e qualificada para a consolidação da Atenção Primária no Brasil, é necessário incrementar e valorizar a formação de recursos humanos, com ênfase para o Médico de Família e Comunidade; disponibilizar recursos diagnósticos e terapêuticos adequados à prática resolutive da APS; adequar a infraestrutura físico-funcional das unidades; estabelecer mecanismos eficientes de referência e contra referência e investir na educação permanente.<sup>5</sup>

Em relação ao impacto sobre a saúde da população atendida pelo CEJAR, devido a metodologia adotada neste relato de experiência e o pequeno tempo da reforma, ainda não permitem afirmar que as mudanças

ocorridas tenham incidido sobre a saúde dessas pessoas. Outros estudos devem ser realizados a fim de identificar potencial impacto sobre desfechos da Medicina de Família e Comunidade e ESF.

## Referências

1. Neiva, T. Atenção primária, estratégia saúde da família e medicina de família e comunidade: definições para uma atenção à saúde de alto rendimento, 2012. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22639:atencao-primaria-estrategia-saude-da-familia-e-medicina-de-familia-e-comunidade-definicoes-para-uma-atencao-a-saude-de-alto-rendimento&catid=46](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22639:atencao-primaria-estrategia-saude-da-familia-e-medicina-de-familia-e-comunidade-definicoes-para-uma-atencao-a-saude-de-alto-rendimento&catid=46)>. Acesso em 22 de maio de 2019.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro 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, Brasília DF, 22 de setembro. 2017, p. 68.
4. Rodrigues RD, Anderson MIP. Saúde da Família: uma estratégia necessária. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2011; 6(18): 21-24.
5. Anderson MIP, Gusso G, Filho EDC. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Revista APS**. 2005; 8(1): 61-67.
6. Boletim de Vigilância em Saúde. Uberlândia, MG, v.7, n.7, mai 2018. Disponível em: <>. Acesso em 15 jan 2019.
7. Macinko J, Guanais FC, Fátima M, Souza M. Evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J Epidemiol Community Health**. 2006 Jan;60(1):13-9.
8. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. **Health Economics**. 2010; 19: 126-158.
9. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. **Int J Equity Health**. 2012; 11(1):33.
10. Couttolenc B, Dmytraczenko TU. **Studies Series 2: Brazil's Primary Care Strategy**, The World Bank, Washington DC, 2013.
11. McWhinney IR. **Medicina de família**. Barcelona: DoymaLibros, 1995.

Submissão: 29/05/2019

Aceite: 29/05/2020