



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

Arabella Barros de Melo; Enida Lane Souza de Oliveira Nogueira; Jonathan Gonçalves de Souza; Ana Clara Onofre Brito Chaves; Arnaldo Rodrigues Neiva Neto; Antonio Denizar Costa Neto; José Hugo Moreira de Sousa Lima; Maria Júlia Adad Chagas; Gabriel Souza Gozi; Abdon Adynan De Araujo Sousa; Wânia Andressa Lima Andrade; Felipe Machado Dourado Bastos; Thainá do Couto Nabarro Fraga; Ademilton Matias Rocha Neto; Adriana Santos Crepaldi; Luciane Mari Brito Cavalcante; Amanda Florentino do Nascimento.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n3p455-467>

Artigo publicado em 07 de Março de 2025

### **ARTIGO ORIGINAL**

#### **RESUMO**

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. 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, diferentes formas de incentivos vêm sendo concedidas pelo Estado ao setor privado, enquanto, no SUS, existe importante subfinanciamento. A isso, soma-se uma construção simbólica e imaginária na sociedade brasileira, valorando positivamente o setor privado de saúde em detrimento do público.

**Palavras-chave:** Medicina de Família e Comunidade; Sistema Único de Saúde (SUS); Saúde.

## ***Family and Community Medicine in supplementary health in Brazil: implications for the Unified Health System and for doctors***

### **ABSTRACT**

This article aims to problematize the interaction between Family and Community Medicine and supplementary health in the current scenario in Brazil. To do so, it starts from a historical contextualization until arriving at the examination of some central aspects of this movement. In the history of health policies in Brazil, before and after the creation of the Unified Health System (SUS), one of the biggest challenges has been public-private relations. In this process, a field of interests, actors and disputes emerged, which weaken the possibilities of materializing health as a right of citizenship and the SUS as a State social policy. At the same time that arguments indicate that the provision of the private sector in health was a condition for the approval of the health chapter in the 1988 Federal Constitution, different forms of incentives have been granted by the State to the private sector, while, in the SUS, there is significant underfunding. Added to this is a symbolic and imaginary construction in Brazilian society, positively valuing the private health sector to the detriment of the public one.

**Keywords:** Family and Community Medicine; Unified Health System (SUS); Health.

**Autor correspondente:** *Arabella Barros de Melo* - [bellamelo@gmail.com](mailto:bellamelo@gmail.com)

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





## INTRODUÇÃO

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. Além de atributos internacionalmente reconhecidos, como acesso e primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, 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.

Na trajetória de implementação da ESF, formação, distribuição, contratação, remuneração e desenvolvimento de profissionais, notadamente médicos, têm sido desafios. Nesse sentido, em que pese a existência da Medicina de Família e Comunidade no Brasil desde os anos 1970, a partir de 2011<sup>9</sup>, 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.

## METODOLOGIA

Foram utilizados como motores de busca os indexadores Google Scholar, Scopus e Web of Science para seleção dos artigos, através dos unitermos “Medicina da Família e Comunidade, SUS, Atenção primária à saúde”. Foram excluídos artigos com mais de 20 anos de publicação ou que não se encaixavam dentro do escopo da pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

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. 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. 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 dos 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.



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).

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. 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 ditas. 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 desnecessários.

Por outro lado, o modelo contratual do 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 2017. 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 políticos.

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.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**





Enquanto especialidade médica, a Medicina de Família e Comunidade vem investindo nos últimos anos na consolidação de um núcleo de conhecimentos e práticas caracterizado por uma clínica centrada na pessoa (e não na doença), no cuidado continuado e na gestão de planos terapêuticos individuais e familiares. A dimensão comunidade, por sua vez, é abordada quase que exclusivamente por meio do olhar epidemiológico. Apesar de fundamental, tal consolidação de um núcleo disciplinar da Medicina de Família e Comunidade não parece ser suficiente para elucidar novas e velhas questões que impactam as práticas dos médicos de família. Qual a diferença, por exemplo, entre realizar uma clínica ampliada na atenção primária à saúde do SUS ou nos planos privados de saúde?

O que muda na prática clínica do médico de família quando sua formação é realizada em residências exclusivamente médicas (maioria das residências de Medicina de Família e Comunidade no Brasil) e quando é realizada ao lado de pós-graduandos de outras profissões de saúde? Como trabalhar a questão dos afetos e sensibilidades na formação do médico de família? Essas e outras perguntas podem ser mais bem respondidas quando construídas pontes interdisciplinares com áreas como a saúde coletiva, a sociologia, as artes cênicas, dentre outras.

Por fim, chama-se a atenção para duas situações preocupantes que têm potencial de impacto sobre o atual perfil de práticas da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. A primeira delas é o agressivo movimento que algumas operadoras de planos de saúde vêm fazendo para contratar médicos de família para atuar no setor privado. Esse movimento pode aumentar ainda mais o déficit desses profissionais no SUS e gerar mais iniquidade no acesso aos serviços de saúde. Uma segunda preocupação é a perspectiva de agravamento do já insuficiente financiamento do SUS. Desde 2015, vem sendo implantado no Brasil um conjunto de políticas de austeridade caracterizadas por forte restrição do orçamento na área social, incluindo as verbas destinadas à saúde. Dentre as medidas mais polêmicas, está o congelamento do orçamento federal da saúde e educação por um período de 20 anos, aprovado pelo parlamento brasileiro em 2016. Estima-se que essa decisão possa retirar até 197 bilhões de dólares do orçamento do SUS até 2036, o que equivale a aproximadamente seis vezes



o total de recursos anuais destinado ao sistema atualmente. Mais do que restringir a expansão de serviços a uma população que se torna cada vez mais idosa, o efeito previsto dessa drástica medida é o fechamento de serviços de saúde, como apontam alguns especialistas, fato que trará inevitável impacto no exercício da Medicina de Família e Comunidade no Brasil.

## **REFERÊNCIAS**



Agência Nacional de Saúde Suplementar. Perfil do setor - dados gerais. <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais> (acessado em 11/jan/2025). »  
<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. [acessado 2016 Jun 6]. Disponível em:  
[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)

Brasil. Ministério da Educação (MEC). Diretrizes Curriculares Nacionais 2014. [acessado 2016 Jun 6]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces-003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces-003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)

Demarzo M, Almeida R, Marins J, Trindade T, Anderson M, Stein A, Guimarães F, Oliveira F, Carvalho F, Silva F, Oliveira F, Carlos G, Marques J, Geniole L, Silveira L, Pinto M, Silva N, Bagatelli R, Batista S, Barboza T, Sarti T, Barreto V, Gusso G, Belaciano M. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. *Rev Bras Med Fam Com* 2011, 6(19):145–150.

Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003. p. 55-124.

Giovanella L, Mendonça MH. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 493-545.

Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu, Online)* 2015; 19:623-34.



Vieira FS, Benevides RPS. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Nota técnica.

[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/160920\\_nt\\_28\\_disoc.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf)

(acessado em 21/Jan/2025)

[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/160920\\_nt\\_28\\_disoc.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf)

Reis CAA, Soter MAP, Furtado LAC, Pereira SSS. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde Debate* 2016; 40:122-35.