

45 anos de Medicina de Família e Comunidade e 40 anos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade: papel, desafios e perspectivas no processo de fortalecimento e qualificação da Atenção Primária e do Sistema Único de Saúde no Brasil

45 years of Family and Community Medicine and 40 years of the Brazilian Society of Family and Community Medicine: role, challenges and perspectives in the process of strengthening and qualifying primary care and the Unified Health System in Brazil

45 años de Medicina Familiar y Comunitaria y 40 años de la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria: rol, desafíos y perspectivas en el proceso de fortalecimiento y calificación de la Atención Primaria y del Sistema Único de Salud en Brasil

Maria Inez Padula Anderson¹ , Leonardo Cançado Monteiro Savassi^{2,3}  (Organizadores)

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Universidade Federal de Ouro Preto – Ouro Preto (MG), Brasil.

³Universidade Aberta do SUS – Ouro Preto (MG), Brasil.

No ano comemorativo dos 40 anos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e dos 45 anos da Medicina de Família e Comunidade (MFC) como especialidade no Brasil, este artigo, na forma de entrevistas, traz visões e percepções sobre os programas de residência em MFC e a participação da especialidade na graduação, na pesquisa na gestão em saúde. Os entrevistados e entrevistadas, aqui, estão representando o passado, o presente e o futuro da MFC e da SBMFC¹. São profissionais que se relacionam com sua história nestes 40/45 anos, considerando algumas de suas funções na MFC e da SBMFC nesse período. Suas relações com a MFC e a SBMFC podem ser lidas no Editorial desta edição comemorativa. Neste bloco, respondem a perguntas que abrangem os desafios enfrentados, os avanços e as perspectivas da MFC e da SBMFC no fortalecimento e na qualificação da Atenção Primária e do Sistema de Saúde como um todo.

¹Referências e breve histórico dos autores e autoras podem ser lidos no editorial.

Como citar: Anderson MIP, Savassi LCM (orgs.). 45 anos de Medicina de Família e Comunidade e 40 anos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade: papel, desafios e perspectivas no processo de fortalecimento e qualificação da Atenção Primária e do Sistema Único de Saúde no Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(Suppl 1):7-17. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(Suppl1\)3244](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(Suppl1)3244)

Autor correspondente:

Maria Inez Padula Anderson
E-mail: inezpadula@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência:

encomendado.

Avaliação por pares:

não se aplica.

Recebido em: 01/10/2021.

Aprovado em: 17/10/2021.

Editores:

Maria Inez Padula Anderson e Leonardo
Cançado Monteiro Savassi



RBMFC: Olhando a história, que fatores você identificaria como os que mais dificultaram/colocaram óbices à inserção da MFC no Brasil?

Ricardo Donato Rodrigues: O principal obstáculo relaciona-se ao modelo assistencial hospitalocêntrico centrado no paradigma biotecnológico, ainda hegemônico no país.

João Werner Falk: Por décadas a MFC, até o ano de 2001 denominada Medicina Geral Comunitária (MGC), foi pouco ou nada valorizada pelas entidades médicas e até combatida por elas e pelas demais especialidades médicas. A população brasileira e a mídia a desconheciam completamente. E o mercado de trabalho era praticamente inexistente. No final dos anos 1980 intensificam-se as críticas à MGC, tanto da “corporação médica” e da “direita” (considerando a área como “Medicina de Comunista”, estatizante) quanto da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), dos sanitaristas e da “esquerda” (entendendo a MGC como a “Medicina de Família americana disfarçada” da época — modelo “saúde pobre para gente pobre” etc.). Em 1988, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Pessoal (sob a Presidência de professor da UERJ ligado à ABRASCO) cortou todas as bolsas de Residência Médica para Medicina Geral Comunitária no Brasil — e só cortou as bolsas dessa especialidade. Muitos programas fecharam, outros mudaram de nome para Medicina Preventiva e Social para não se encerrarem, os pouquíssimos que sobreviveram eram aqueles cujas bolsas não eram do Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS). A MGC quase acabou no Brasil. E foram 21 anos de tentativas de filiar a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária à Associação Médica Brasileira (AMB) até que se conseguiu, e com muitas dificuldades, em 2002, já com o nome de SBMFC.

Airton Tetelbom Stein: Foi o pioneirismo na formação de um especialista com interesse na prevenção e na qualidade de vida. Geralmente, o interesse do especialista focal é numa doença, esse novo paradigma para o médico foi sempre uma dificuldade.

Maria Inez Padula Anderson: Penso que o paradigma biomédico, focado na doença, corporificado e fortalecido no seio das escolas médicas, especialmente a partir de 1910, pelo resultado dos estudos de Flexner (Relatório Flexner), teve um papel relevante nesse processo de não reconhecimento ou não valorização da especialidade. Esse paradigma, ainda hegemônico, trouxe muitos benefícios para a saúde das pessoas, mas trouxe também importantes limitações uma vez que sua lógica é a de que sistemas de saúde de base hospitalocêntrica seriam os mais adequados para formar médicos e médicas para atender às necessidades de saúde da população. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) — *locus* central da atuação da MFC — ganha rótulo de “medicina simplificada” porque trata de “doenças simples” para as quais não seriam necessários especialistas e, conseqüentemente, a MFC adquire um rótulo de baixa valorização e “baixo *status*”.

Gustavo Gusso: A confusão de estratégias populacionais com individuais e o entendimento que o foco do MFC deveria ser populações e não a pessoa.

Nulvio Lermen: 1. Falta de uma política clara de formação profissional que focasse na residência médica como padrão necessário para a atuação e que, dessa forma, agisse na regulação da oferta de especialistas e distribuição destes no país. 2. Falta de compreensão e apoio das entidades médicas quanto ao papel e à formação do MFC. 3. Investimento insuficiente em APS tanto no setor público como no privado.

Thiago Trindade: Nas primeiras décadas da história da MFC, a falta de apoio dos órgãos formadores e das entidades da sociedade civil, representantes de profissionais de saúde, dificultaram a formação desses profissionais especialistas, associada a uma falta de abertura no mercado de trabalho em função da pouca organização do sistema vigente em estruturar a APS. Nas décadas seguintes, a pouca valorização da MFC por gestores das três esferas dificultou o reconhecimento desse especialista

como fundamental e essencial para a estruturação da APS e do Sistema Único de Saúde (SUS), muitas vezes competindo com modelos de APS ultrapassados.

Daniel Knupp: Historicamente a baixa demanda pela MFC tem sido um importante obstáculo. Em outros termos, a pouca valorização da especialidade no campo teórico-científico e, principalmente, no campo da valorização da MFC nos espaços de trabalho faz com que relativamente poucos optem pela especialidade. Com isso, temos, por exemplo, uma grande ociosidade nas vagas de residência em MFC, que pouco têm respondido aos estímulos que foram tentados nos últimos dez anos.

Zeliete Zambon: O principal fator que identifiquei como dificultador à inserção da MFC no Brasil para mim é a não valorização da APS como importante para a organização do sistema de saúde. Outra questão é o próprio currículo da graduação em Medicina, que também não valorizava a especialidade. A ausência de professores Médicos de Família e Comunidade (MFC). Por fim a MFC sendo considerada por estudiosos da saúde pública na década de 1980, ao acharem que ela seria uma atuação na contramão do fortalecimento da Saúde Pública e a base de um formato de serviços de saúde de pobre para pobre, ou o fortalecimento de uma cesta básica de cuidados em saúde muito aquém do necessário.

Ana Clara Arantes Gonçalves e Geferson Pelegrini pela Diretoria de Residentes: A inserção da MFC no Brasil passou a ser mais valorizada a partir do momento em que a graduação em Medicina dedicou maior carga horária a essa especialidade, bem como às atividades práticas na APS. No entanto, considerando-se que, desde 1970, a MGC já era uma prática no país, essa inserção, assim como a reformulação do currículo, foi feita tardiamente. Além disso, houve o desafio de criar programas de residência bem estruturados e que estivessem presentes em todas as regiões do país. Sem programas de residência fortes, ficou mais difícil conseguir o reconhecimento da especialidade. Hoje, no mercado de trabalho e na sociedade em geral, ainda há a valorização do especialista focal em detrimento do generalista, e acredito que o MFC ainda precise ocupar mais espaços para que tenha mais reconhecimento e maior alcance para sua prática.

Priscila Ferraz Bortolini pela ALASF: A falta de políticas públicas que fortalecem a APS e o preconceito médico em relação à especialidade são, a meu ver, os principais fatores que dificultaram a inserção da MFC no Brasil.

RBMFC: Quais os fatores que você identificaria como os que mais contribuíram para a inserção da MFC no Brasil?

Ricardo Donato Rodrigues: A necessidade de reorientar o modelo assistencial com base no desenvolvimento de um modelo qualificado de atenção primária só alcançável com o trabalho de um médico com formação generalista, e não com especialistas focais, de modo a fazer frente à crônica situação de crise experimentada pelo setor saúde no Brasil. Nessa perspectiva, foram instituídos três programas pioneiros de residência médica nessa área no ano de 1976. A implantação da Estratégia Saúde de Família (ESF) em 1994 veio reforçar esse processo de mudança do modelo docente-assistencial.

João Werner Falk: A mobilização de um pequeno grupo de preceptores, residentes e ex-residentes de MGC a partir de 1985, que fizeram encontros regionais e nacionais, participaram da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e, no mesmo ano, reativaram a SBMGC, realizaram o 1º Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária em Sete Lagoas/MG e conseguiram que o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconhecesse a MGC como especialidade médica e a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária como sua representante. Também criaram a Revista Brasileira de Medicina Geral Comunitária, que infelizmente só teve um número e terminou. Nos anos seguintes, teve importância cada um dos Congressos Brasileiros de MGC — do 2º em 1987 ao 4º em 1991 e depois já como Congressos

Brasileiros de MFC de 2001 em diante. Também a realização do 1º Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária no Rio de Janeiro (RJ); a fundação de cada uma das Sociedades Estaduais de MGC, depois Associações Estaduais de MFC; e as reativações da SBMGC em 1986, em 1990 e em 2001, agora já como SBMFC. Muito importante, ainda, foi a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, depois mudado para ESF, aumentando muito o mercado de trabalho para a MFC. Em 2002 a SBMFC se filia à Confederação Ibero-Americana de Medicina de Familiar (CIMF) e à Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). A partir de 2004 iniciam os concursos de prova e currículo para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC) em parceria da SBMFC com a AMB, possibilitando grande aporte de novos especialistas em MFC.

Airton Tetelbom Stein: O fortalecimento do SUS como sistema de saúde público e responsivo às necessidades da população. O incentivo da SBMFC e também as associações estaduais foram muito importantes para a sua inserção. Outro fator foi o fato de vários colegas terem feito mestrado e doutorado e começado a atuar, não apenas nos serviços de saúde, mas também nas faculdades de Medicina.

Maria Inez Padula Anderson: Penso que o movimento de reforma sanitária, que ocorreu no Brasil, antes mesmo de 1978, a partir da Conferência Mundial de Saúde de Alma Ata, foi o primeiro grande marco que contribuiu para a inserção da MFC e da APS nos Sistemas de Saúde. Essa conferência evidenciou as graves limitações do modelo hospitalocêntrico e colocou a APS na agenda internacional dos sistemas de saúde, embora ainda com problemas de interpretação e conceituação do que seria a APS e ainda simplificando o seu papel e função. No Brasil, a partir da ESF, a MFC, apesar de já existir há 45 anos e nunca ter sido devidamente valorizada nem pela academia nem pela gestão, passou a ter uma janela de oportunidades para sua visibilidade.

Gustavo Gusso: A relação com colaboradores de outros países, em especial europeus, a iniciativa pessoal de algumas lideranças e a dissociação epistemológica da saúde coletiva e da medicina preventiva.

Nulvio Lermen: 1. Expansão da Atenção Primária no setor público com a ESF. 2. Necessidade de profissionais médicos com perfil generalista para atuação em áreas de pouca densidade populacional. 3. Sucesso do ponto de vista clínico e de custo-efetividade de estratégias de Atenção Primária inicialmente no setor público e posteriormente no setor privado.

Thiago Trindade: Destacaria inicialmente o pioneirismo dos primeiros programas de residência nas décadas de 1970 e 1980, que foram fundamentais para apresentar esse especialista à sociedade e ao sistema de saúde brasileiro. Depois, a criação do PSF em 1994 trouxe uma grande abertura do mercado de trabalho para o MFC. Nas décadas de 2000 e 2010, destacaria os programas de apoio à formação em MFC, desde a graduação (com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino de graduação da Medicina e para outras áreas da saúde de 2001 e 2014, PRO-SAUDE, PET-SAUDE) e depois com os incentivos de fomento à residência, com políticas federais indutoras dessas duas décadas (PRORESIDENCIA, Programa Mais Médicos em seu eixo de fomento à residência), que ajudaram a expandir as vagas de residência no Brasil. O apoio dos municípios, especialmente na última década, com complementação das bolsas de residência e apoio à preceptoria, tem sido fundamental para atrair novos residentes e qualificar a formação com preceptoria qualificada.

Daniel Knupp: A SBMFC teve um papel determinante no crescimento da especialidade ao longo da última década, buscando articular-se nas entidades médicas para defender a importância da especialidade e colaborando com os Ministérios da Saúde e da Educação em uma série de ações, particularmente na ampliação de vagas de residência médica em MFC e na inserção da MFC no ensino de graduação. Além da articulação e das ações interinstitucionais, a atuação da SBMFC na expansão da prova de título, no crescimento dos congressos brasileiros de MFC, na elaboração do currículo baseado em competências,

no desenvolvimento da oficina de preceptores e do Euract, na tradução e produção de livros de importância para a especialidade e no protagonismo na WONCA e na CIMF (incluindo a realização do WONCA Rio em 2016) também foi fundamental para o crescimento da especialidade.

Zeliete Zambon: Busca de um formato de Atenção Primária mais abrangente e resolutivo, gastos em Saúde aumentando de forma acelerada — eu os identificaria como os fatores que mais favoreceram a inserção da MFC no Brasil.

Ana Clara Arantes Gonçalves e Geferson Pelegrini pela Diretoria de Residentes: A reformulação do currículo das escolas de Medicina foi fundamental para aproximar os acadêmicos da realidade da APS. O fortalecimento dos programas de residência e seu aumento também em número fez com que a especialidade alcançasse mais regiões do país. Hoje, ainda é crescente a necessidade das pessoas por um cuidado em saúde mais integral e individualizado, principalmente quando se pensa em coordenação de cuidado, tanto na rede pública quanto no sistema suplementar. Inclusive, acredito que a presença do MFC atendendo em planos de saúde e/ou seu próprio consultório contribuiu nos últimos anos para a visibilidade e a valorização desse profissional.

Priscila Ferraz Bortolini pela ALASF: Esforço coletivo de população, gestores e profissionais da saúde seriam os fatores que identifico como favorecedores à inserção da MFC em nosso país.

RBMFC: Como avalia a inserção e a situação atual da MFC no sistema de saúde no Brasil? Quais os principais avanços? Quais os principais desafios?

Ricardo Donato Rodrigues: A expansão da ESF favoreceu a ampliação dos programas de formação em MFC e a absorção dos seus egressos nos quadros de pessoal das secretarias municipais de saúde. A criação de incentivos para complementação da bolsa desses residentes tem contribuído para um preenchimento mais adequado das vagas ofertadas. As políticas governamentais que visavam à expansão e qualificação da ESF, que vinham em execução até 2016, proporcionaram ganhos indiscutíveis com os resultados alcançados nesse campo. Entretanto, esse processo foi interrompido já com a Política Nacional de Atenção Básica 2016. O Ministro da Saúde do governo Temer afirmara que o SUS não cabia no orçamento da nação e as políticas de desmonte da ESF continuaram desde o primeiro ano do governo Bolsonaro, quadro este que provoca considerável pressão sobre os MFC e favorece o jogo do mercado privado de saúde no país. Resistir ao desmonte e dar continuidade ao processo que vinha em curso é o grande desafio nos dias correntes.

João Werner Falk: O mercado de trabalho para os MFC vem crescendo no SUS desde a criação do PSF em 2004 (hoje ESF) na APS, assim como para docentes em universidades, preceptores de residências, na gestão em saúde — principalmente na esfera municipal — e, mais recentemente, na saúde suplementar. Tudo isso com o reconhecimento cada vez maior da importância da MFC. A qualidade e a atualização dos profissionais também vêm crescendo de forma contínua, assim como vêm contribuindo os cursos, concursos, congressos e demais eventos, debates em grupos de trabalho e na lista de discussão da SBMFC. Alguns dos desafios são os de melhorar a qualidade dos postos de trabalho, aumentar a remuneração e estabelecer vínculos mais estáveis e menos precários, com mais longitudinalidade, menos terceirizações etc.

Airton Tetelbom Stein: Vejo a inserção atual do MFC atuando em várias frentes — no serviço público, no serviço privado, como profissional capacitado para atender à demanda num posto de saúde, como gestor, como educador e principalmente fazendo *advocacy* para que os pacientes, especialmente os mais vulneráveis, possam receber um atendimento integral, centrado na pessoa e que valorize a efetividade das intervenções, para termos um desfecho de qualidade de vida dos pacientes que moram

no território onde atuam os MFC. O aprendizado em trabalhar em equipe multidisciplinar também é uma das características essenciais.

Maria Inez Padula Anderson: Avalio que a MFC ganhou espaço e visibilidade no cenário nacional, embora ainda de maneira heterogênea, considerando que a APS é de maior responsabilidade municipal, e que temos quase 6 mil municípios, a grande maioria de pequeno porte e com poucos recursos e conhecimento técnico para possibilitar o desenvolvimento de uma APS de qualidade, nos moldes da ESF. Nesse contexto, são fundamentais as políticas indutoras e de suporte técnico-financeiro pelo Ministério da Saúde, como as iniciadas na primeira década dos anos 2000 — desde o Pró-Saúde, que atuou na inserção da APS na graduação em Medicina; passando pelo Pró-Residência, que permitiu a criação e/ou a ampliação de programas de MFC, a criação do ProfSaúde; pelo Mestrado em Saúde da Família; até políticas de financiamento da ESF, incluindo apoio para pagamento de pessoal à construção predial. Uma grande preocupação é a descontinuidade desses processos com a introdução e a prática de um governo de base fortemente capitalista/neoliberal, como vem acontecendo desde 2016, com o golpe de estado.

Gustavo Gusso: Os avanços foram a maior clareza de definição, conteúdo e atributos, especialmente a diferença entre APS, MFC e ESF, embora ainda haja muita confusão. O desafio é a confusão com a política partidária e os conceitos de sistema privado, serviço privado, serviço mercantilizado, sistema público e sistema estatal.

Nulvio Lermen: A MFC está muito bem-estabelecida no setor público e com inserção cada vez maior no setor privado de saúde. Há ainda necessidade de avanços na regulação da formação médica e no reconhecimento entre os pares. Somada a isso, há ainda a necessidade de estabelecer o papel do MFC como um clínico competente e resolutivo, e não um profissional voltado apenas para a prevenção e a promoção de saúde — visão que tem sido mudada ao longo do tempo, mas que tem ligação direta com a falta de exigência de formação específica para a atuação na APS. Como desafio maior para a manutenção do crescimento da especialidade, penso ser essencial manter no setor público a priorização da Atenção Primária como política de Estado, protegendo-a assim da alternância de governo, o que pode ser um risco para sua continuidade. Apesar dos desafios e dificuldades, tenho uma visão bastante otimista para a MFC nos próximos anos. Com o avanço da tecnologia, o vínculo e o acesso ganham relevância e podem ser facilitados pelo advento de estratégias como a telemedicina, por exemplo.

Thiago Trindade: Hoje a MFC é reconhecida no SUS e na saúde suplementar como a especialidade-chave para o desenvolvimento da APS com qualidade. Tivemos um avanço substancial na oferta de vagas de residência em todas as regiões do país, trazendo para as distintas populações a oferta desse profissional. Ainda precisamos seguir expandindo as vagas e ocupando-as. Destacaria a necessidade de tornarmos a MFC obrigatória para a prática na APS no Brasil, fato que na experiência internacional ficou evidente como o ponto-chave de virada para a orientação dos sistemas de saúde a uma APS de qualidade. Com essas duas medidas, caminharíamos para equilibrar a oferta e a demanda desse especialista no sistema, chegando a 30–40% dos médicos brasileiros, e assim teríamos de fato um sistema de saúde orientado à APS com esse especialista ocupando todas as equipes de saúde da família no futuro.

Daniel Knupp: Avançamos na valorização da MFC na assistência e na gestão, de modo geral. No âmbito do SUS me parece um avanço que, embora significativo, ainda é bastante restrito a municípios e períodos específicos, e é algo tímido e pouco linear se pensarmos no sistema de saúde como um todo. No âmbito da saúde suplementar, considerando que se trata de um espaço historicamente marcado por um sistema fragmentado, com pouco ou nenhum papel da APS e da MFC, pode-se dizer que a inserção da especialidade também avançou de forma significativa.

Zeliete Zambon: Neste momento somos a especialidade que mais se destaca, com um crescente de atuação no Brasil. Somos reconhecidos como a especialidade que vai fazer diferente; que será responsável por uma gestão de saúde das pessoas de forma a trazer melhores resultados e mais satisfação. O maior desafio que enfrentamos é que essa visão não seja atrelada somente à expectativa de aumento de lucros para empresas de saúde. Outro grande desafio é trazer esta visão para os e as Médicos/as de Família e Comunidade: de que temos muito a mostrar em cuidados com as pessoas, as comunidades e o meio ambiente, fazendo ciência, gestão e assistência e podendo mudar tempo e qualidade de vida para todos, o que afetaria, inclusive, a sustentabilidade econômica do país.

Ana Clara Arantes Gonçalves e Geferson Pelegrini pela Diretoria de Residentes: Há um avanço visível no que diz respeito ao acesso das pessoas a um MFC, bem como ao conhecimento sobre o que esse profissional faz. A divulgação do trabalho de diversos desses médicos no Brasil pelas redes sociais aumentou muito a busca dos estudantes de Medicina por saberem mais sobre a especialidade e terem interesse na residência em MFC. Além disso, o entendimento de que havia um recorte social, em que o médico de família atendia apenas àquela parte mais vulnerável da população, tem sido desfeito aos poucos, a partir do momento em que todos podem contar com um médico de família, seja no sistema de saúde público, seja no suplementar. O desafio é conciliar a prática baseada nas melhores evidências científicas do médico de família, baseada nos interesses e necessidades de sua comunidade, com a lógica de mercado da saúde, quando for o caso. Também é um desafio atuar em contextos em que não há um território bem-delimitado ou em que há falta de recursos.

Priscila Ferraz Bortolini pela ALASF: A MFC ainda caminha a passos curtos, mas percebo um maior interesse dos estudantes de medicina em conhecer a especialidade. Isso se dá por conta da divulgação feita pelas Ligas Acadêmicas associadas a movimentos estudantis, que não aceitam mais essa medicina hospitalocêntrica das décadas passadas. Os maiores desafios são vincular esses estudantes e mantê-los engajados na causa, visto que ainda temos escassez de MFC na docência. E, sem eles, é difícil trazer bons exemplos aos estudantes.

RBMFC: Como avalia a situação atual e o papel da SBMFC em relação à MFC e à APS? Quais os principais avanços? Quais os principais desafios?

Ricardo Donato Rodrigues: Conforme comentado na resposta anterior, a situação atual é crítica pela instabilidade criada pelas políticas do Ministério da Saúde instituídas à revelia do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nos últimos cinco anos. Cabe à SBMFC articular-se ao movimento em defesa do SUS e da ESF liderado pelo próprio CNS e desenvolver esforços visando à implantação de plano de carreira de Estado, especialmente para os profissionais de saúde da APS/ESF, particularmente da MFC. No mesmo sentido, envidar esforços visando à universalização das vagas de residência médica, com 40% destinadas à MFC; à implantação de programas para a formação e fixação de preceptores, a expansão e qualificação da ESF, a continuidade das ações no campo da educação continuada e da educação permanente e, também, a redução do número de pessoas/famílias cadastradas por equipe, à medida que houver expansão da formação e inserção de novos profissionais nas unidades, com conseqüente aumento do número de equipes. Finalmente, contribuir para a formação e capacitação de gestores no âmbito da ESF e para a incorporação dos novos conhecimentos e tecnologias nessa área.

João Werner Falk: A SBMFC já vem trabalhando muito, mas deve continuar a apoiar atividades científicas, políticas e interinstitucionais em prol dos/as Médicos/as de Família e Comunidade e demais profissionais da APS. Deve seguir buscando a qualificação da APS de diversas formas para a melhoria da

atenção à saúde das pessoas, famílias, comunidades e população como um todo. Os diversos grupos de trabalho da SBMFC estão sendo fundamentais para isso.

Airton Tetelbom Stein: Melhorou muito o mercado de trabalho para o MFC, houve maior interesse dos egressos das faculdades de Medicina por MFC e, particularmente, os melhores estudantes muitas vezes optam por fazer uma especialização em MFC. Houve maior diversificação de posições para os MFC. Um dos principais desafios é melhorar a qualidade da pesquisa na APS e há necessidade de investir na formação de pesquisador em APS. Uma outra área essencial a ser desenvolvida é a de governança clínica, e uma das estratégias é a formação de diretrizes clínicas. A atuação de saúde global é uma das áreas que também merece ênfase, particularmente nas ações de saúde planetária.

Maria Inez Padula Anderson: Entendo que a SBMFC sempre foi um espaço de resistência e de resiliência em prol da MFC; uma referência técnica e política para as e os Médicas/os de Família e Comunidade e também para outros médicos e médicas e profissionais de saúde que atuam na APS. Nos últimos 20 anos, passamos por alguns ciclos e chegamos a ter visibilidade para além da MFC — para outras especialidades e para fora do Brasil também. Tive a oportunidade ser eleita, em duas gestões consecutivas, pelas Associações de Medicina de Família de 20 países da Ibero-América e fui então, por cinco anos, presidente da Confederação Ibero-Americana de Medicina Familiar. Entendo isso como um reconhecimento, para além do pessoal, mais da atuação que tive à frente da SBMFC e, principalmente, o reconhecimento institucional dado a ela. Avalio também, que, a partir da ESF, a SBMFC teve e aproveitou uma grande janela de oportunidades e cresceu, sempre buscando influenciar e agir para a valorização da especialidade, no campo do ensino, da assistência, da gestão e da pesquisa. Penso que, hoje, a SBMFC está estabelecida como uma referência na área da APS e, naturalmente, da própria MFC. O desafio principal que vejo é o de manter coerência com os princípios da MFC, especialidade que nasceu para a construção de sistemas de saúde mais equânimes, mais adequados às necessidades da população. Nesse sentido, lembro McWhinney: temos que saber sobre a “importância de sermos diferentes”. Quando fazemos “mais do mesmo”, não conseguimos mostrar nossas competências e ficamos diluídos, sem distinção. Ou seja, precisamos reforçar e desenvolver a MFC, com todas as suas letras, como vimos fazendo na gestão da atual diretoria — da qual tenho a honra de fazer parte como diretora científica —, o que tem sido reconhecido e valorizado pelo número de novos e novas associados e associadas, que aliás cresceram em mais de 50% nestes 14 meses de atuação. Caminhar neste sentido, de valorizar a MFC com todas as letras, exige ação técnico-política, que alguns, infelizmente, avaliam erroneamente como “política partidária”.

Gustavo Gusso: Creio que houve uma excessiva politização (no sentido partidário). É fundamental retornar ao conteúdo específico da MFC, que tem chance de unir os profissionais novamente.

Nulvio Lermen: A SBMFC pode e deve exercer um papel mediante o Estado e entidades médicas e da saúde para o fortalecimento da APS e, conseqüentemente, da própria especialidade. Vejo algumas vezes como um risco focarmos apenas nas entidades que têm entendimentos ideológicos e do setor saúde semelhantes aos nossos. Certamente temos que fortalecer esses vínculos, mas é de suma importância buscar pontos em comum com as demais entidades e o governo que possam garantir maior apoio às políticas de valorização da APS. Mesmo entendendo que todos temos um papel político que devemos exercer, e que a maioria dos nossos especialistas tem ideologia semelhante, temo que, com a polarização política que estamos experimentando, a radicalização traga prejuízo à especialidade como um todo. Sendo assim, defendo uma atuação da SBMFC firme na defesa da APS e da especialidade, mas moderada no que diz respeito à políticas que não atingem a nossa área de atuação cotidiana.

Thiago Trindade: A SBMFC teve e tem um papel preponderante no reconhecimento e desenvolvimento da medicina de família brasileira e na qualificação da APS. Nos seus 40 anos de história, sempre esteve lutando por qualificar as políticas públicas de interesse e o nosso sistema de saúde. Os mais de 7 mil MFC brasileiros reconhecem a entidade como sua representação científica, que, por meio de suas diversas diretorias e grupos de trabalho, tem colaborado na formação em todos os níveis da MFC brasileira, buscando apoiar também as demais profissões da APS. A produção científica brasileira, em relação à APS e à MFC, cresceu consistentemente nas últimas décadas, com um papel forte também da SBMFC nas publicações de livros e na qualificação da revista. As parcerias internacionais também têm sido fundamentais para a qualificação de todos esses processos. Os desafios do momento são seguir defendendo a nossa APS e o SUS de forma que eles não sejam ainda mais fragilizados por governos que, com suas políticas neoliberais e de austeridade fiscal, levam a um sucateamento do sistema pelo agravamento do financiamento, que em última instância atinge frontalmente a APS brasileira em sua expansão e qualificação. A SBMFC deve seguir seu papel de qualificação científica da especialidade, apoiando e ofertando todos os formatos educacionais de maneira a garantir o desenvolvimento profissional contínuo de médicos da atenção primária no Brasil.

Daniel Knupp: A SBMFC até então tem sido a fortaleza da especialidade no Brasil, tanto institucionalmente como cientificamente. E também, há muitos anos, vem assumindo um protagonismo no que se refere à APS. Certamente que ao longo dos últimos anos a SBMFC galgou grande reconhecimento institucional como referência na especialidade e no campo da APS. O desafio que se imputa é pensar, diante do crescimento do número de MFC e das mudanças que vêm ocorrendo no cenário de saúde, tanto no SUS quanto na saúde suplementar/privada, como vai ficar a representatividade da SBMFC e como a instituição vai se posicionar.

Zeliete Zambon: A SBMFC hoje, dada toda a ação histórica de sua construção ao longo do tempo, representa os e as Médicos/as de Família e Comunidade de forma igualitária com outras especialidades. A SBMFC é reconhecida por estas como uma que traz um conhecimento próprio e necessário para acompanhar melhor a saúde das pessoas. Em relação à APS, a MFC é a especialidade médica reconhecida, que dá sustentação a ela como área de atuação da própria MFC. O principal desafio é fazer com que este momento histórico — que faz com que a APS e a MFC sejam consideradas importantes para a sustentação do sistema de saúde — não seja só uma marola que logo irá morrer. Nesse sentido, ampliar a importância da APS e da MFC como de fato coordenadoras do sistema, para além de diminuir gastos com saúde, é o único caminho de sobrevivência de uma nova saúde, num novo mundo, com outros valores.

Ana Clara Arantes Gonçalves e Geferson Pelegrini pela Diretoria de Residentes: A SBMFC tem garantido, ao longo do tempo, os interesses dos Médicos de Família e Comunidade, contribuindo com seus posicionamentos e também se comprometendo a defender as necessidades dos profissionais, para que não se percam seus princípios. Além disso, tem se aproximado muito dos médicos residentes e da graduação principalmente pelas redes sociais, facilitando o acesso deles aos processos de decisão e participação. Oferecer valores promocionais em congressos e acesso às bases de dados mais utilizadas em nossa prática também tem aumentado muito o interesse dos profissionais em se associar. Apesar disso, ainda são um empecilho para termos mais associados os valores de associação e congressos, muitas vezes proibitivos para a maioria dos médicos jovens ou médicos residentes.

Priscila Ferraz Bortolini (ALASF): Percebo uma aproximação da SBMFC tanto dos estudantes quanto dos profissionais da APS e outras associações que se debruçam sobre o estudo de saúde coletiva. Nestes últimos anos, a divulgação via mídias sociais foi crucial para a popularização e a aproximação da

SBMFC dos profissionais. O desafio segue sendo a permanência do interesse desses profissionais, visto que há uma desvalorização da classe e um sucateamento da saúde pública.

RBMFC: Atualmente, temos milhares de médicos e médicas que atuam na ESF/APS e não têm residência e ou titulação. Como fazer para atraí-los e incorporá-los na especialidade?

Ricardo Donato Rodrigues: Antes de mais nada, é necessário implantar: um processo de educação permanente em todas as unidades, salientando a importância dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família nesse quesito; sessões de reflexão das atividades práticas realizadas; e facilidades para a participação em eventos científicos e outras atividades quanto à educação continuada. Por fim, é preciso proporcionar cursos de especialização cancelados pela SBMFC.

João Werner Falk: Realizar frequentes concursos para TEMFC, disponibilizar cursos de atualização gratuitos e com qualidade, divulgar atividades da SBMFC, seu *site*, sua lista de discussão, e convidá-los a se associarem à SBMFC.

Airton Tetelbom Stein: Uma maneira é mostrar, por meio de pesquisa, que os MFC com residência têm melhor desempenho. Nesse sentido, ter um melhor salário para os que têm residência; ter um plano de carreira em que fique claro o benefício de ter uma residência; estimular a formação em cursos de especialização como o da Universidade Aberta do SUS (Unasus) para fazer esse tipo de formação formal.

Maria Inez Padula Anderson: Há exemplos internacionais que podemos analisar. Mas ainda andamos pouco nesse caminho — basicamente, temos feito a titulação por meio das provas da AMB/SBMFC. Penso que podemos tomar como exemplo o que ocorreu em alguns países, que consideraram como especialistas os médicos que atuavam na APS havia determinado número de anos e, concomitantemente, ofertaram cursos de especialização e de desenvolvimento profissional contínuo a eles. A partir de um determinado ponto no tempo, e para atuar na APS, todos deveriam ser formados pela residência e/ou fazer prova de títulos. Temos hoje cerca de 45 mil médicos e médicas atuando na ESF. Se não tivermos uma política corajosa, ainda que imperfeita, para incorporá-los, não sairemos do círculo vicioso: 1) não temos quantidade de MFC, 2) logo não podemos exigir formação na área, sob pena de fragilizar ainda mais a APS, e 3) não somos valorizados porque não se exige titulação para trabalhar na área; e assim seguimos *ad aeternum*...

Gustavo Gusso: Seria importante um projeto nacional com várias ações. Uma ação isolada como remuneração diferenciada não seria efetiva.

Nulvio Lermen: Isso já foi feito em diversos países e já foi descrito em documentos da própria SBMFC, que prevê a absorção desses profissionais e sua qualificação para que se tornem MFC e o estabelecimento de um ponto de corte a partir do qual todo médico formado, após esse marco, deverá ter formação especializada para a atuação no SUS. Uma política pública nesses termos é passível de ser implementada em menos de uma década e resultará em uma qualificação da assistência prestada à população e certamente em melhor custo-efetividade do sistema de saúde como um todo.

Thiago Trindade: Esses médicos e médicas precisam ser apoiados em seu processo formativo, com oferta de programas de educação continuada. É necessário fazer parcerias entre as três esferas gestoras do SUS, buscando titular todos os profissionais que atuam na APS e não fizeram formação por residência, assim acabando com esse muro que divide especialista e não especialista da APS. Dessa forma, esses médicos tenderiam a se sentir muito mais pertencentes à especialidade da MFC e certamente exerceriam uma prática ainda mais qualificada, com apoio formativo e titulação como forma de validação entre pares. Os empregadores municipais poderiam definir em seus planos de carreira incentivos financeiros para o especialista em MFC. Isso ajudaria enquanto política de incentivo à busca pela especialidade.

Daniel Knupp: O mecanismo mais potente de atração passa pelo estímulo no campo do trabalho, tanto na diferenciação do título e da residência na carreira e na remuneração profissional como no apontamento para a necessidade da residência/título para o exercício profissional na ESF/APS.

Zeliete Zambon: Para enfrentar esse desafio, precisamos de uma formação de qualidade construída pela SBMFC, com a efetivação de parceria com órgãos públicos, de preferência com representatividade municipal, para chegar de forma disseminada a quem pode se beneficiar da formação. Formar para depois titular.

Ana Clara Arantes Gonçalves e Geferson Pelegrini pela Diretoria de Residentes: Para aqueles que já atuam na rede mas ainda não têm a especialidade, o único incentivo que, na prática, trará esses profissionais para a especialização na residência é mostrar que o profissional qualificado por um Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade é mais valorizado do que aquele que não fez residência. Tendo em vista o funcionamento de nosso sistema de saúde, acreditamos que a melhor forma de fazer isso é com incentivo financeiro, ou seja, aqueles que possuem titulação pela residência ganharem salário mais alto do que os que não possuem e, no futuro, ser obrigatória a residência ou titulação em MFC para trabalhar na APS.

Priscila Ferraz Bortolini (ALASF): Para atrair esses profissionais para a especialidade, temos que nos aproximar deles por meio de campanhas fortes, mostrando a importância da MFC, apresentando como as tecnologias leves são importantes, eficazes e eficientes na grande maioria dos casos da APS.