

Formação, Ensino e Pesquisa na Medicina de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde no Brasil: situação atual, desafios e perspectivas

Training, Teaching, and Research in Family and Community Medicine and Primary Health Care in Brazil: current situation, challenges, and perspectives

Formación, Docencia e Investigación en Medicina Familiar y Comunitaria y Atención Primaria de Salud en Brasil: situación actual, desafíos y perspectivas

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 no e 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 na SBMFC nesse período. Suas relações com a MFC e a SBMFC podem ser lidas no Editorial desta edição comemorativa. Nas entrevistas, são explorados aspectos relacionados aos desafios, aos avanços e às perspectivas da MFC e da SBMFC no processo da qualificação do ensino, do aumento do número de especialistas e do incremento da pesquisa e da qualificação da gestão no campo da MFC e da Atenção Primária à Saúde (APS).

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

Como citar: Anderson MIP, Savassi LCM (orgs.). Formação, Ensino e Pesquisa na Medicina de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde no Brasil: situação atual, desafios e perspectivas. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(Suppl 1):18-27. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(Suppl1\)3249](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(Suppl1)3249)

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: Como avalia a situação atual dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC)?

Ricardo Donato Rodrigues: Não tenho conhecimento suficiente de todos os PRMFC, mas na minha experiência pessoal considero que a maioria absoluta é de boa qualidade, entendendo que sempre é possível melhorar. Nesse quesito incluo a importância da preceptoria e do treinamento em MFC com todas as letras. Não se pode descuidar da abordagem familiar e da abordagem comunitária ao lado da abordagem clínica centrada na pessoa.

João Werner Falk: No geral estão bem, mas há muita diversidade na qualidade dos programas e de seus supervisores, assim como na relação quantitativa entre residentes e supervisores, dificultando o atingimento mínimo necessário na matriz de competências que os residentes deveriam ter ao concluírem seu tempo no PRM. Há necessidade de mais programas e de mais vagas nos já existentes, pois o número de especialistas em MFC está ainda muito distante do necessário para a população.

Airton Tetelbom Stein: Acho que ainda tem muita variabilidade — programas de excelente qualidade e outros que necessitam de apoio da SBMFC. Há necessidade de maior intercâmbio entre os PRMFC. Após a pandemia do COVID-19 sugiro que esta seja também uma das áreas a ser apoiada para o maior intercâmbio. Devem-se estimular visitas de Médicos de Família e Comunidade (MFC) de outros países nos PRMFC, assim como preceptores e residentes devem visitar programas em outros países. O método centrado na pessoa e a saúde baseada em evidências devem ser estimulados e enfatizados na formação dos futuros MFC.

Maria Inez Padula Anderson: As políticas de fomento havidas nos últimos 15 anos levaram a um crescimento quantitativo exponencial do número de programas no Brasil. Esse é um dado muito positivo e devemos ter essa compreensão. Entretanto, considerando que ainda temos pouca quantidade relativa e absoluta de MFC, inclusive para a preceptoria, devemos reconhecer a necessidade de qualificar progressivamente os programas de residência atualmente existentes. Nesse sentido, e com base na situação atual, precisamos ter um norte concreto sobre aonde queremos chegar, como e em quanto tempo, especialmente em relação às competências estruturantes — as fundamentais — que devem ser desenvolvidas nos dois anos de residência médica. Nesse caso, mais do que “apresentar **os diferentes tipos de peixe** durante a residência, numa visão fragmentada de cuidado, **precisamos ensinar a pescar**”, e, para isso, as competências estruturantes a serem desenvolvidas são relacionadas ao paradigma sistêmico, à abordagem centrada na pessoa, à abordagem familiar e à abordagem comunitária. A SBMFC tem participado desse esforço de qualificação, principalmente quanto à formação de preceptores, iniciada há 15 anos em território nacional. Mas precisamos avançar mais agora, trabalhando nas competências mínimas a serem desenvolvidas nos PRMFC — considerando, a seguir, o processo de desenvolvimento profissional contínuo como uma estratégia central de médio e longo prazo. Precisamos, também, atuar diretamente nos espaços de formação de preceptoras e preceptores de PRMFC. Elas e eles são os multiplicadores e multiplicadoras dessas ações de aperfeiçoamento.

Gustavo Gusso: Creio que são excessivamente heterogêneos, sendo a maioria focada na Estratégia Saúde da Família (ESF) e não na MFC especificamente, ou seja, incapaz de ensinar tais especificidades (MFC vs. ESF vs. APS).

Nulvio Lermen: Avalio que há um movimento de expansão histórica que já foi maior em outros períodos. Vejo que, apesar dos avanços, há a necessidade de uma política nacional de regulação da formação médica que possa dar resposta adequada às necessidades de provimento médico, e isso afeta diretamente a MFC.

Thiago Trindade: Atingimos uma expansão importante, porém ainda temos programas muito heterogêneos do ponto de vista de qualidade. Destacaria a necessidade de revisar nosso currículo baseado em competências, de implementá-lo plenamente nos programas. De seguir qualificando a preceptoria e os modelos, assim como os processos de avaliação. Por último, precisamos caminhar para um programa de acreditação desses programas.

Daniel Knupp: Após alguns anos de expansão do número de vagas, me parece que chegamos a um patamar. Para avançarmos além desse patamar, acredito que será fundamental enfrentar a questão da ociosidade das vagas, que está ligada à situação da MFC em geral e à maneira pela qual se regula a formação de especialistas no país.

Zeliete Zambon: Hoje temos quantidade de vagas abertas, mas estamos longe de ter qualidade e o mínimo de homogeneidade. O currículo por competência precisa ser revisitado: 334 competências é um número grande para dois anos de residência, e também temos que trabalhar com formas de avaliação factíveis em busca do atingimento dessas competências.

Ana Clara Arantes Gonçalves e Geferson Pelegrini pela Diretoria de Residentes: Percebemos uma expansão e a presença em grande número desses programas de residência, especialmente em cidades menores, o que contribui para a fixação do MFC nesses locais. No entanto, a mesma diversidade, a falta de preceptores ou de profissionais focais na supervisão, além das baixas taxas de ocupação de vagas, fazem com que haja grande dificuldade de uma avaliação mais homogênea desses programas, e por isso hoje em dia há uma heterogeneidade importante na formação dos médicos de família em cada programa de residência. Nesse sentido, ainda é preciso avançar nos métodos de avaliação, bem como cobrar os critérios mínimos de qualidade exigidos para esses programas para garantir uma formação de melhor qualidade.

Priscila Ferraz Bortolini pela Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Saúde da Família (ALASF): O PRMFC vem sendo estruturado de maneira sólida, mas ainda temos dificuldades, como a preceptoria “ombro a ombro”, pela falta de profissionais qualificados para o papel.

RBMFC: Como pensa que os PRMFC podem contribuir para o aperfeiçoamento da MFC e o aumento quantitativo do número de MFC no Brasil?

Ricardo Donato Rodrigues: A residência é o modelo mais adequado de formação. A preceptoria é indispensável para o treinamento dos residentes — idealmente, dois residentes/preceptor; a inserção do residente em serviço com MFC e condições adequadas de trabalho, com aprofundamento teórico e teórico-prático em todas as áreas de atividade da especialidade, acorde com metodologias ativas de ensino-aprendizagem; e inserção em projetos de pesquisa/conhecimento no campo da especialidade.

João Werner Falk: Qualificando os preceptores com atividades de educação permanente; a SBMFC e associações estaduais de MFC promovendo eventos remotos ou presenciais para residentes e preceptores; aumentando a participação da MFC no ensino de graduação em Medicina e, para tanto, aumentando o número de professores MFC nas escolas médicas. Seguir realizando os concursos de prova e currículo para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC).

Airton Tetelbom Stein: As habilidades clínicas serem avaliadas de forma mais padronizada, como a implementação de exame clínico objetivo estruturado (OSCE), e também dispor-se de laboratórios de simulação para o treinamento da coleta de dados e a realização de exames físicos. Deve ser estimulado o treinamento de prevenção quaternária e evitado o sobrediagnóstico.

Maria Inez Padula Anderson: Pelas suas características, os programas de residência são o padrão-ouro para a formação de especialistas. Assim, são o meio mais adequado para formar MFC

e também para incrementar o conhecimento e as práticas da especialidade, uma vez que reúnem as condições mais favoráveis para tanto, seja em relação aos cenários de atuação, seja pelo processo ensino-aprendizagem de caráter reflexivo que devem desenvolver. Quanto ao aumento quantitativo, as iniciativas de interiorização dos PRMFC são estratégicas e promissoras nesse sentido, uma vez que podem atuar como bola de neve em relação à qualificação da APS dos municípios e, simultaneamente, contribuir para o aumento do número de vagas.

Gustavo Gusso: Precisaria de uma regulação das vagas de residência com um prazo para a residência ser mandatória.

Nulvio Lermen: Os PRMFC são fundamentais na formação de especialistas na área. Seu fortalecimento deve ser prioridade de governo, mas o sucesso de sua expansão é dependente de uma política nacional de regulação da formação médica que se faz necessária há pelo menos uma década.

Thiago Trindade: A formação do MFC pela residência continua sendo o padrão-ouro de formação, e todos os novos médicos que desejassem trabalhar na APS deveriam fazer a residência. Assim, termos programas de qualidade, que atraiam e formem mais MFC para o sistema, é uma garantia para o crescimento da especialidade e o aumento da oferta desse especialista para o SUS. Ainda temos um “gap” enorme desse especialista, na casa de pelo menos 40 mil, se considerarmos só as equipes atuais de saúde da família. Então urge a necessidade de seguirmos formando com rapidez por meio dos PRMFC.

Daniel Knupp: Os PRMFC sempre assumiram o papel de formação no estado da arte na especialidade. Certamente esse papel deve ser mantido. Mas é importante que exista mais cooperação e intercâmbio entre os PRMFC de forma a se buscar o aperfeiçoamento da MFC e se sanarem déficits pontuais que possam existir em alguns PRMFC. Há que se garantir que qualquer egresso dos PRMFC tenha desenvolvido as competências desejáveis à especialidade. Além disso, uma maior aproximação entre PRMFC, graduação e os serviços também é fundamental como estímulo à formação de mais MFC.

Zeliete Zambon: Primeiro passo, temos que qualificar os PRMFC.

Ana Clara Arantes Gonçalves e Geferson Pelegrini pela Diretoria de Residentes: Os programas de residência são os grandes responsáveis pela qualificação da prática do médico de família. Sem eles, a especialidade muito perderia, já que é durante a residência médica que o residente observará a prática de profissionais mais experientes e também formará seu embasamento teórico sobre os atributos da especialidade, contando com supervisão e com estratégias de avaliação que visam ao aperfeiçoamento constante. Isso não é uma possibilidade para aqueles que trabalham na APS sem estarem em um programa de residência, com consultas protegidas e com duração mais longa. Os PRMFC podem aumentar o quantitativo de MFC no Brasil ao disponibilizarem vagas e ocuparem as Unidades Básicas de Saúde que ainda não possuem residentes, aliando a isso uma preceptoria de qualidade.

Priscila Ferraz Bortolini pela ALASF: O programa é essencial para que o acadêmico/residente conheça a real atuação do MFC e para formar competências que a graduação não propicia.

RBMFC: O que seria necessário fazer para aumentar o número de residências e residentes em MFC?

Ricardo Donato Rodrigues: 1) Ampliação progressiva da oferta de vagas (até atingir 40% das vagas de residência); 2) complementação das bolsas, considerando-se a realidade do mercado nessa área; 3) condições adequadas das unidades de treinamento; e 4) perspectiva de carreira.

João Werner Falk: Além de tudo que já foi relacionado anteriormente, é necessário ter: políticas nacionais de apoio orçamentário para a criação de novos programas; complementação do valor das bolsas para todos os residentes em MFC no país; e possibilidade de bolsas para preceptores.

Verificar os locais que mais necessitam de MFC e criar neles condições para o estabelecimento de novos PRMFC.

Airton Tetelbom Stein: Um contato com o Ministério da Saúde e viabilizar um programa nacional de formação em MFC em todos os municípios — estimular o conceito de que “*everyone should have access to a family doctor*” e mostrar em campanhas para a sociedade a importância desse conceito, principalmente que se valorize a equipe de APS e se incentivem conceitos clínicos e determinantes sociais e, agora, cada vez mais a saúde planetária.

Maria Inez Padula Anderson: Penso que é fundamental haver regulação do número/percentual de vagas dos programas de residência para todas as especialidades, como ocorre em muitos países, como o Canadá, por exemplo. Essa regulação é essencial para que o poder público atue de modo a formar profissionais de acordo com as necessidades de saúde da população, e não por interesses corporativos e/ou institucionais, como ocorre no Brasil atualmente. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o percentual de MFC de um país deve ser da ordem de 40 a 50%. Nesse tópico, a SBMFC tem papel relevante no sentido de atuar técnica e politicamente para o estabelecimento de políticas que alcancem esse percentual.

Gustavo Gusso: Regulação das vagas e plano para tornar a residência mandatória para a prática das diversas especialidades.

Nulvio Lermen: Uma Política Nacional de Regulação da Formação Médica voltada para o provimento de especialistas para todas as regiões do país.

Thiago Trindade: É preciso o apoio financeiro dos governos das três esferas para a garantia de bolsas atrativas para residentes e preceptores, o que ajuda na atração e retenção desses residentes e garante parcialmente a qualidade desses programas. Mas o grande ponto de virada para a ocupação dependerá da regulamentação do sistema, de tornar mandatória a especialidade para o exercício profissional na APS para as futuras gerações. Associada a isso, uma ampliação do mercado de trabalho, assim como a garantia de vínculos não precários, com bons planos de cargos, carreira e salários.

Daniel Knupp: Além do papel dos PRMFC citado anteriormente, penso que há que se defenderem mudanças substanciais na regulação da formação de especialistas no país. É preciso seguir defendendo veementemente a residência médica obrigatória para o exercício da medicina, a regulação da distribuição de vagas de residência conforme as necessidades do SUS, com pelo menos 40% das vagas para MFC, a eliminação de pré-requisitos entre as especialidades (acesso direto a todas elas) e a residência médica como via única de formação de especialistas.

Zeliete Zambon: No momento acho que o caminho é qualificar os programas já existentes. Não seria aumentar número de vagas.

Ana Clara Arantes Gonçalves e Geferson Pelegrini pela Diretoria de Residentes: Para aumentar o número de residências é necessário que mais MFC migrem para os locais onde a especialidade ainda é uma carência, ou mesmo para locais onde ainda não há um PRMFC, mas onde haverá um vínculo acadêmico para tal. Primeiramente, no entanto, há que se considerar o grande número de vagas ociosas de MFC nos programas já vigentes e direcionar o esforço para a ocupação dessas vagas e também para a qualificação desses programas. Para aumentar o número de residentes, alguns esforços já vêm sendo feitos, como o aumento de carga horária destinada à especialidade durante a graduação. Outro fator que aumenta o número de residentes é o benefício concedido àqueles que têm interesse em ingressar na residência de outras especialidades após terminarem a residência em MFC, bem como a complementação de bolsa, a qual em seu valor atual está extremamente desatualizada para todas as especialidades médicas e cobra a carga horária

desumana e insalubre de 60 horas semanais. O número de residentes de MFC pode aumentar a partir do momento em que os programas já existentes forem qualificados. Esses programas de qualidade sim, formarão especialistas de excelência e capazes de multiplicar uma boa prática onde quer que estejam. Esses mesmos especialistas, quando mais engajados no meio acadêmico, também favorecem o interesse de estudantes pela área e o engajamento em pesquisas no âmbito da APS. Nesse sentido, vigilar a qualidade dos programas e prezar por que eles contem com médicos de família em cargos de preceptoria e coordenação é fundamental.

Priscila Ferraz Bortolini pela ALASF: Mais MFC na docência da graduação. Desmistificação da especialidade, mostrando que a MFC é baseada na ciência e não uma especialidade “mística”.

RBMFC: Como avalia a importância da inserção da MFC na graduação?

Ricardo Donato Rodrigues: A inserção da MFC na graduação é fundamental, desde os primeiros anos da faculdade, idealmente, em articulação com os PRMFC.

João Werner Falk: A inserção da MFC na graduação é fundamental para que os estudantes conheçam a especialidade, valorizem-na, tenham em mente a possibilidade de realizarem residência em MFC. É importante a existência de ligas de MFC em todos os cursos de graduação em Medicina do país.

Airton Tetelbom Stein: Acho essencial. Uma boa experiência na graduação em MFC vai fazer com que o egresso seja um bom médico, independentemente da especialidade. Esse momento de formação possibilita conhecer a importância da prevenção e da atuação no nível de indicadores populacionais, e não apenas no atendimento clínico individual.

Maria Inez Padula Anderson: Sem MFC na graduação, sem departamentos de MFC ou estrutura equivalente nas faculdades de Medicina, não temos uma referência concreta do que é a MFC para os e as estudantes de Medicina, não temos *role model*. Ninguém deseja aquilo que não sabe que existe. Nesse sentido, precisamos de políticas públicas para incluir de forma obrigatória especialistas em MFC e departamentos/núcleos de MFC nas graduações em Medicina. Em boa parte das vezes, as iniciativas de inserção dos conceitos e práticas da MFC ficam a cargo dos departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social, sem especialistas em MFC, como se isso fosse suficiente. Naturalmente que a primeira é importante, mas não se sobrepõe à segunda. Muitas vezes, também, apontam para uma prática profissional alijada das competências clínicas essenciais da MFC, e isso é contraproducente para a especialidade, que é eminentemente clínica, ainda que se trate de uma clínica diferenciada. Além disso, é fundamental pensar e construir a APS como cenário de ensino-aprendizagem, assim como temos hospitais universitários. Esses dois parâmetros devem entrar nos instrumentos de avaliação das escolas médicas.

Gustavo Gusso: Creio que houve avanços ao incorporar professores, mas ainda faltam departamentos, onde é departamental. O maior problema tem sido a segregação das disciplinas vinculadas à atenção primária das disciplinas clínicas. Em países como o Canadá, 70% das disciplinas da graduação são dadas por médicos de família, como, por exemplo, a propedêutica. Outro problema tem sido a confusão semântica: muitas vezes o conteúdo focado em medicina preventiva e políticas de saúde passou a ser chamado de “APS”.

Nulvio Lermen: A MFC deveria ser a base da formação. A proposta de terminalidade do curso de Medicina deveria ser substituída pela visão de uma formação tronco generalista que depois, obrigatoriamente, deveria se diferenciar para uma formação especializada complementar à de graduação, entendendo-se aqui que a MFC é uma especialidade com suas especificidades, que precisam ser compreendidas e exercidas em uma formação específica por meio da residência médica.

Thiago Trindade: É fundamental a inserção da MFC na graduação, pois nela se apresenta a especialidade ao graduando e se formam as competências necessárias para a prática desse médico generalista. Isso tem um impacto essencial enquanto papel de modelo de professores MFC para os graduandos reconhecerem a especialidade.

Daniel Knupp: A MFC na graduação tem um papel fundamental na valorização e no desenvolvimento científico da especialidade. Mas também é fundamental na qualificação da formação médica em geral, pois a presença dos princípios da MFC no ensino garante que mesmo aqueles egressos da graduação que não sigam para a MFC/APS sejam melhores profissionais de saúde.

Zeliete Zambon: É muito importante a inserção da MFC na graduação. Sem *role model*, o graduando não pode escolher de fato a MFC.

Ana Clara Arantes Gonçalves e Geferson Pelegrini pela Diretoria de Residentes: A inserção da MFC na graduação é fundamental, dado que é uma especialidade médica como qualquer outra e que, por isso, deve ser conhecida pelos médicos em formação. Além disso, o conhecimento sobre e o respeito à especialidade começam a partir do momento em que se entende o que o médico de família faz. A percepção de que a unidade básica de saúde é um local onde não é feita uma boa medicina, ou mesmo de que é um cenário sem grandes desafios, ainda é presente em muitos contextos, embora isso esteja melhorando. Quando se insere a especialidade na graduação, fica possível mostrar que, tendo os estudantes a oportunidade de ter contato e aprender os princípios da especialidade, qualifica-se também a assistência à saúde nesse cenário, em que a maioria dos estudantes provavelmente trabalhará após a graduação.

Priscila Ferraz Bortolini pela ALASF: É imprescindível a inserção da MFC na graduação para que tenhamos mais MFC no futuro, uma vez que é na graduação que vamos consolidando algumas certezas sobre que tipo de profissional gostaríamos de ser.

RBMFC: Como avalia a importância da inserção da MFC na gestão?

Ricardo Donato Rodrigues: A inserção da MFC na gestão também é fundamental. A complexidade da ESF/APS requer gestores com formação e experiência nesse nível.

João Werner Falk: Muitos dos problemas enfrentados pelos MFC e demais profissionais da APS são decorrentes de gestores de baixa competência gerencial ou com desconhecimento da importância da APS e, dentro dela, da MFC. Quando MFC assumem cargos de gestão, a tendência é, geralmente, o alcance de melhores resultados.

Airton Tetelbom Stein: A inserção da MFC na gestão também é essencial e deve estimular o conhecimento de coordenação como um dos atributos da formação do MFC.

Maria Inez Padula Anderson: Incluir MFC na gestão em saúde, em todos os níveis — municipal, estadual e federal —, especialmente, mas não exclusivamente, na APS, é fundamental. Por conta da falta de entendimento do que é uma APS qualificada, costuma haver uma “simplificação” também dos espaços de gestão desse nível do sistema. As experiências que ocorreram no Ministério da Saúde com, por exemplo, Claunara Mendonça, e no município do Rio de Janeiro com Daniel Soranz, antes como Subsecretário da APS e depois como Secretário de Saúde, são exemplos de resultados promissores dessas iniciativas, com reflexos em todo o sistema de saúde, seja em relação à gestão de unidades, seja de secretarias de atenção primária, de espaços afeitos à APS e aos demais níveis do sistema. O fato de a APS dever ser a coordenadora do sistema de saúde explica, por si só, as vantagens de ter profissionais com conhecimento e prática na APS, na gestão em saúde. Precisamos caminhar para ter MFC na gestão acadêmica e de pesquisa também.

Gustavo Gusso: Da mesma forma que na graduação, a MFC na gestão teve avanços, mas as iniciativas ainda estão confinadas em “guetos” segregados da ampla rede, que segue descoordenada e não faz distinção entre atenção primária e secundária.

Nulvio Lermen: A formação generalista da MFC e os princípios descritos por McWhinney, especialmente o de o MFC ser o gestor de recursos para sua população, trazem uma vantagem para os profissionais formados nessa especialidade para a atuação na gestão de serviços de saúde e na formulação de políticas públicas para a saúde da população. Penso ser essencial que mais especialistas na área exerçam papéis de destaque na gestão pública e também na saúde complementar, tendo em vista a conformação do nosso sistema de saúde, garantindo assim a aplicação dos atributos da APS na construção do sistema de saúde e resultando numa melhor adequação clínica e em maior custo-efetividade para o sistema como um todo.

Thiago Trindade: Na gestão, os MFC têm feito diferença por sua capacidade de enxergar um sistema de saúde centrado no usuário, por conhecerem na prática as necessidades desse usuário. Assim, com sua formação nos aspectos comunitários e coletivistas, quando aplicada à gestão, eles conseguem avançar na expansão e na qualificação da APS brasileira.

Daniel Knupp: A presença da MFC em todos os níveis — municipal, estadual e federal —, nos espaços de gestão, tem grande importância no fortalecimento do SUS, particularmente na qualificação da APS.

Zeliete Zambon: Sem a MFC na gestão vai ficar cada vez mais difícil organizar o sistema de saúde, levando, de um lado, a uma APS com menos investimento; a uma atenção terciária com maiores investimentos, totalmente desligada da APS; e a uma atenção secundária insuficiente, com um gargalo do sistema de saúde, ou seja: nunca daremos acesso à saúde, de fato, às pessoas.

Ana Clara Arantes Gonçalves e Geferson Pelegrini pela Diretoria de Residentes: A MFC na gestão pode trazer a ótica dessa especialidade sobre os parâmetros de qualidade do seu trabalho. Tendo em vista o grande número de profissionais que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde sem a qualificação em MFC, o MFC precisa mostrar o que é o diferencial do seu trabalho e por que, muitas vezes, sua dinâmica de trabalho é diferente daquela dos clínicos gerais que trabalham na APS, mas sem a especialização. Dessa maneira fica mais fácil justificar ou mesmo incentivar a criação dos recursos destinados à atenção primária de forma mais eficiente. Outro fator importante é tornar a gestão mais receptiva às atividades de ensino inerentes à MFC, como a residência médica.

Priscila Ferraz Bortolini pela ALASF: Poucas especialidades têm a capacidade de ver a gestão de saúde de forma integral, como tem o MFC.

RBMFC: Como avalia o papel e a importância do mestrado e do doutorado para o desenvolvimento e a qualificação da MFC e da APS? Como avalia a necessidade de o desenvolvimento de pesquisas ser pensado e realizado por MFC?

Ricardo Donato Rodrigues: Mestrado e doutorado em MFC/APS são fundamentais para a formação docente e a produção de conhecimento especializado nesse âmbito. Realizar pesquisas no cenário da APS, por MFC e profissionais que ali trabalham, também é essencial para a avaliação das tecnologias existentes e da produção e incorporação de novas tecnologias, sejam elas leves, sejam industrialmente produzidas (duras), ajustadas à prática da especialidade.

João Werner Falk: Mestrado e doutorado em MFC/APS são importantes para o desenvolvimento científico da APS e para o aumento do número de MFC com pré-requisito para inscrição/ingresso em concursos para professores em escolas médicas e em outros concursos ou seleções. Em relação à

pesquisa, sabemos que o desenvolvimento de uma área de conhecimento, como por exemplo a APS e a especialidade MFC, é fundamental para ela própria e para a população. Quando MFC planejam e executam pesquisas, com suas visões e experiências acumuladas por seu trabalho cotidiano, os resultados se tornam ainda mais relevantes. Além disso, isso alimenta seus currículos e propicia maiores possibilidades no mercado de trabalho, incluindo por exemplo o ingresso como docentes em escolas médicas e como preceptores em residências.

Airton Tetelbom Stein: Cada vez mais a formação do médico, independentemente da especialidade, deve ser estimulada para compor uma formação acadêmica mais abrangente, e há uma necessidade crescente de termos professores com competência para ensinar os futuros MFC. Há uma grande necessidade de desenvolver pesquisa em MFC. Termos indicadores para avaliar a efetividade do MFC em seu território é essencial; por exemplo, desenvolver pesquisas na área de condições sensíveis de atenção ambulatorial é essencial para avaliar o desempenho e também definir estratégias para melhorar a qualidade de vida dos pacientes que são atendidos numa área geográfica definida.

Maria Inez Padula Anderson: Mestrado e doutorado são especialmente importantes para a formação e a inserção acadêmica de qualquer especialidade. Assim é também para a MFC, especialmente para a elaboração de pesquisas e estudos no campo da APS e da própria MFC. A maioria dos conhecimentos que utilizamos na APS advém de outros níveis do sistema e ainda preserva uma lógica centrada na epidemiologia positivista, de caráter quantitativo. Ainda que tenhamos muito a aprender com os demais níveis do sistema, precisamos identificar, desenvolver e registrar experiências e aprendizados com base nos conceitos da MFC e da APS e de sua aplicabilidade prática. Ninguém poderá fazer isso por nós. Nesse campo, é necessário nos apropriarmos de metodologias que avancem no campo da pesquisa qualitativa, especialmente quando tratamos de tecnologias leves, que são de grande importância para a MFC e para a APS e talvez menos relevantes nos outros níveis. Também precisamos de metodologias que deem conta dos paradigmas biopsicossocial e espiritual e da avaliação da eficiência/eficácia das abordagens diagnósticas e terapêuticas que advêm desses conceitos. Precisamos estabelecer indicadores de saúde mais afeitos e esse paradigma. Ainda trabalhamos com indicadores terminais e muito pouco temos estudado sobre indicadores de processo, de caráter qualitativo ou quantitativo. Por exemplo, seguimos buscando identificar resultados adequados ou inadequados de hemoglobina glicada, mas não identificamos os processos terapêuticos envolvidos com esses resultados que, seguramente, vão além da simples prescrição de medicamentos. Nesse caminho, não valorizamos a essência da MFC e da APS e seguimos sendo guiados por outras especialidades e outros níveis do sistema.

Gustavo Gusso: Seria importante o mestrado com foco em MFC, o que ainda não existe no Brasil. Entendo que as pesquisas na APS e pela APS tiveram menos avanços enquanto área, mas isso é comum até em países europeus e é refletido no baixo fator de impacto das revistas científicas focadas na APS/MFC.

Nulvio Lermen: Ter mestrado e doutorado em MFC/APS, penso como muito importante para a inserção da especialidade na academia e como uma garantia de que tenhamos mais docentes e pesquisadores na área. Com isso, poderemos viabilizar que a MFC esteja cada vez mais presente no processo de graduação médica. Penso que a política de pós-graduação ao nível de mestrado e doutorado deve ser estimulada para a nossa especialidade, mas com foco nos profissionais com desejo de atuação acadêmica, já que há falta de MFC com tal formação para que ocupem cargos nas universidades. Nesse sentido, considerando-se a necessidade de concentração de esforços para o aumento do número de MFC, não vejo como essencial e nem desejável neste momento essa formação de mestrado e doutorado para profissionais que desejem se manter exclusivamente na atuação clínica. Para eles, uma política de

aperfeiçoamento e certificação continuados seria muito mais proveitosa. As pesquisas em APS são de grande importância para a qualificação do sistema de saúde como um todo, tanto do ponto de vista clínico como para a organização dos recursos e o aperfeiçoamento do processo de trabalho. Sendo assim, deveriam ser essenciais para o processo de tomada de decisão dos gestores do sistema. Nesse sentido, do meu ponto de vista, deveriam ser estimuladas e financiadas pelo sistema de saúde como um recurso para sua gestão.

Thiago Trindade: A formação *stricto sensu* é essencial para o desenvolvimento da MFC enquanto área de conhecimento, pois com a pesquisa conseguimos avaliar e qualificar os fundamentos da especialidade de forma a qualificar ainda mais a APS brasileira. Precisamos avançar para termos programas próprios de mestrado voltados à MFC. Essa é uma carência da área em nível brasileiro. A essencialidade da visão do MFC, no olhar do indivíduo, sua família e comunidade, traz para a pesquisa centrada na APS uma produção de conhecimento significativa e muito mais aplicada à prática. Estudar a epidemiologia da APS, problemas prevalentes em nível comunitário, faz a plena diferença na busca de novas evidências distintas daquelas exibidas por estudos feitos em outros cenários de formação. Ainda temos uma pesquisa no Brasil e no mundo muito voltada para a área hospitalar, de modo que precisamos avançar na produção em APS, com MFC liderando grupos de pesquisa com seus olhares.

Daniel Knupp: Assim, como em relação à gestão, a presença da MFC no cenário da pesquisa espaço tem grande importância no fortalecimento do SUS, particularmente na qualificação da APS.

Zeliete Zambon: Precisamos aumentar, sistematizar e qualificar a pesquisa em APS. Além disso, é uma estratégia para a MFC estar dentro do centro formador médico. Também precisamos de referências de pesquisas com desfechos em APS e parar de importar dados hospitalares ou de especialidades focais.

Ana Clara Arantes Gonçalves e Geferson Pelegrini pela Diretoria de Residentes: O mestrado e o doutorado são ferramentas que, primeiramente, qualificam o profissional a respeito do método científico, método este que utilizamos para guiar condutas e fazer descobertas em saúde e que é pautado em critérios rigorosos. Dessa forma, já se sabe que o profissional saberá utilizar boas evidências em favor de sua prática. Além disso, o mestrado e o doutorado expandem o arcabouço teórico do profissional, que poderá, por sua vez, defender a organização da APS e a valorização da especialidade com um embasamento teórico mais consolidado. As pesquisas feitas na e pela APS são fundamentais para guiar as práticas do MFC porque são feitas em um contexto de comunidades e populações semelhantes, o que gera evidências muito mais próximas da realidade da MFC e expande os estudos para além da lógica hospitalar, com populações muito diferentes, que geralmente são pacientes de outros níveis da atenção à saúde.

Priscila Ferraz Bortolini pela ALASF: A inserção do mestrado e do doutorado em MFC/APS talvez seja o ponto em que encontramos maior déficit de profissionais, uma vez que o MFC acaba ficando sobrecarregado por várias atividades, desde a docência até a gestão, tendo dificuldade para se especializar e seguir estudando. A formação na pós-graduação é essencial para que esses profissionais acessem a docência e, dessa forma, tragam mais estudantes para o PRMFC. A pesquisa é um dos pilares para a desmistificação da especialidade. Ela faz-se essencial para mostrar à sociedade médica que a MFC é uma especialidade baseada em evidências.