

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

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

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.

En el año conmemorativo de los 40 años de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad (SBMFC) y de los 45 años de la Medicina Familiar y Comunidad (MFC) como especialidad en Brasil, este artículo, en la forma de entrevistas, trae visiones y percepciones sobre los programas de residencia en MFC y la participación de la especialidad en la graduación, en la investigación y en la gestión en salud. Los entrevistados y entrevistadas, aquí, están representando el pasado, el presente y el futuro de la MFC y de la SBMFC¹. Son profesionales que se relacionan con su historia en estos 40/45 años, considerando algunas de sus funciones en la MFC y en la SBMFC en ese período. Sus relaciones con la MFC y la SBMFC pueden ser leídas en el Editorial de esta edición conmemorativa. En las entrevistas, son explorados aspectos relacionados a los desafíos, a los avances y a las perspectivas de la MFC y de la SBMFC en el proceso de la calificación de la docencia, del aumento del número de especialistas y del incremento de la investigación y de la calificación de la gestión en el campo de la MFC y de la Atención Primaria a la Salud (APS).

¹Referencias y breve histórico de los autores y autoras pueden ser leídos en el editorial.

Como citar: Anderson MIP, Savassi LCM (orgs.). Formación, Docencia e Investigación em la Medicina Familiar y Comunidad y en la Atención Primaria a la Salud en Brasil: situación actual, desafíos y 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

Fuente de financiamiento:

no se aplica.

Parecer CEP:

no se aplica.

Procedencia:

encomendado.

Evaluación por pares:

no se aplica.

Recibido el: 01/10/2021.

Aprobado el: 17/10/2021.

Editores:

Leonardo Cançado Monteiro Savassi y
Maria Inez Padula Anderson



RBMFC: ¿Cómo evalúa la situación actual de los Programas de Residencia en Medicina Familiar y Comunidad (PRMFC)?

Ricardo Donato Rodrigues: No tengo conocimiento suficiente de todos los PRMFC, pero en mi experiencia personal considero que la mayoría absoluta es de buena calidad, entendiendo que siempre es posible mejorar. En ese requisito incluyo la importancia de la preceptoría y de la capacitación en MFC con todas las letras. No se puede descuidar del abordaje familiar y del abordaje comunitario al lado del abordaje clínico centrado en la persona.

João Werner Falk: En general están bien, pero hay mucha diversidad en la calidad de los programas y de sus supervisores, así como en la relación cualitativa entre residentes y supervisores, dificultando el alcance mínimo necesario en la matriz de competencias que los residentes deberían tener al concluir su tiempo en el PRM. Hay necesidad de más programas y de más vacantes en los ya existentes, pues el número de especialistas en MFC está aún muy distante de lo necesario para la población.

Airton Tetelbom Stein: Creo que aún hay mucha variabilidad — programas de excelente calidad y otros que necesitan apoyo de la SBMFC. Hay necesidad de mayor intercambio entre los PRMFC. Después de la pandemia del COVID-19 sugiero que esta sea también una de las áreas a ser apoyada para el mayor intercambio. Se deben estimular visitas de Médicos de Familia y Comunidad (MFC) de otros países en los PRMFC, así como preceptores y residentes deben visitar programas en otros países. El método centrado en la persona y la salud basada en evidencias deben ser estimulados y enfatizados en la formación de los futuros MFC.

Maria Inez Padula Anderson: Las políticas de fomento habidas en los últimos 15 años llevaron a un crecimiento cuantitativo exponencial del número de programas en Brasil. Ese es un dato muy positivo y debemos tener esa comprensión. Sin embargo, considerando que aún tenemos poca cantidad relativa y absoluta de MFC, inclusive para la preceptoría, debemos reconocer la necesidad de cualificar progresivamente los programas de residencia actualmente existentes. En ese sentido, y con base en la situación actual, necesitamos tener un norte concreto sobre adónde queremos llegar, cómo y en cuánto tiempo, especialmente con relación a las competencias estructurantes — las fundamentales — que deben ser desarrolladas en los dos años de residencia médica. En ese caso, más de que “presentar **los diferentes tipos de pez** durante la residencia, en una visión fragmentada de cuidado, **necesitamos enseñar a pescar**”, y, para eso, las competencias estructurantes a ser desarrolladas son relacionadas al paradigma sistémico, al abordaje centrado en la persona, al abordaje familiar y al abordaje comunitario. La SBMFC ha participado de ese esfuerzo de cualificación, principalmente cuanto a la formación de preceptores, iniciada hace 15 años en territorio nacional. Pero necesitamos avanzar más ahora, trabajando en las competencias mínimas a ser desarrolladas en los PRMFC — considerando, a seguir, el proceso de desarrollo profesional continuo como una estrategia central de mediano y largo plazo. Necesitamos, también, actuar directamente en los espacios de formación de preceptoras y preceptores de PRMFC. Ellas y ellos son los multiplicadores y multiplicadoras de esas acciones de perfeccionamiento.

Gustavo Gusso: Creo que son excesivamente heterogéneos, siendo la mayoría enfocada en la Estrategia Salud Familiar (ESF) y no en la MFC específicamente, o sea, incapaz de enseñar tales especificidades (MFC vs. ESF vs. APS).

Nulvio Lermen: Evalúo que hay un movimiento de expansión histórica que ya fue mayor en otros períodos. Veo que, a pesar de los avances, existe la necesidad de una política nacional de regulación de la formación médica que pueda dar respuesta adecuada a las necesidades de providencia médica, y eso afecta directamente la MFC.

Thiago Trindade: Alcanzamos una expansión importante, sin embargo aún tenemos programas muy heterogéneos del punto de vista de calidad. Destacaría la necesidad de revisar nuestro currículo basado

en competencias, de implementarlo plenamente en los programas. De seguir calificando la preceptoría y los modelos, así como los procesos de evaluación. Por último, necesitamos caminar para un programa de acreditación de esos programas.

Daniel Knupp: Después de algunos años de expansión del número de vacantes, me parece que llegamos a un nivel. Para que avancemos más allá de ese nivel, creo que será fundamental enfrentar la cuestión de la ociosidad de las vacantes, que está asociada a la situación de la MFC en general y a la manera por la cual se regula la formación de especialistas en el país.

Zeliete Zambon: Hoy tenemos cantidad de vacantes abiertas, pero estamos lejos de tener calidad y el mínimo de homogeneidad. El currículo por competencia necesita ser revisitado: 334 competencias es un número grande para dos años de residencia, y también tenemos que trabajar con formas de evaluación factibles en busca del alcance de esas competencias.

Ana Clara Arantes Gonçalves y Geferson Pelegrini por la Dirección de Residentes: Notamos una expansión y la presencia en gran número de esos programas de residencia, especialmente en ciudades menores, lo que contribuye para la fijación del MFC en esos locales. Sin embargo, la misma diversidad, la falta de preceptores o de profesionales focales en la supervisión, además de las bajas tasas de ocupación de vacantes, hacen con que haya gran dificultad de una evaluación más homogénea de esos programas, y por eso hoy en día hay una heterogeneidad importante en la formación de los médicos de familia en cada programa de residencia. En ese sentido, aún es necesario avanzar en los métodos de evaluación, así como cobrar los criterios mínimos de calidad exigidos para esos programas para garantizar una formación de mejor calidad.

Priscila Ferraz Bortolini por la Asociación Brasileña de Ligas Académicas de Salud Familiar (ALASF): El PRMFC viene siendo estructurado de manera sólida, pero aún tenemos dificultades, como la preceptoría “hombro a hombro”, por la falta de profesionales calificados para el papel.

RBMFC: ¿Cómo piensa que los PRMFC pueden contribuir para el perfeccionamiento de la MFC y el aumento cuantitativo del número de MFC en Brasil?

Ricardo Donato Rodrigues: La residencia es el modelo más adecuado de formación. La preceptoría es indispensable para la capacitación de los residentes — idealmente, dos residentes/preceptor; la inserción del residente en servicio con MFC y condiciones adecuadas de trabajo, con profundización teórica y teórica-práctica en todas áreas de actividad de la especialidad, acorde con metodologías activas de docencia-aprendizaje; e inserción en proyectos de investigación/conocimiento en el campo de la especialidad.

João Werner Falk: Calificando los preceptores con actividades de educación permanente; la SBMFC y asociaciones estatales de MFC promoviendo eventos remotos o presenciales para residentes y preceptores; aumentando la participación de la MFC en la enseñanza de graduación en Medicina y, para tal, aumentando el número de profesores MFC en las escuelas médicas. Seguir realizando los concursos de prueba y currículo para Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunidad (TEMFC).

Airton Tetelbom Stein: Las habilidades clínicas a ser evaluadas de forma más estandarizada, como la implementación de examen clínico objetivo estructurado (OSCE), y también disponer de laboratorios de simulación para la capacitación de la colecta de datos y la realización de exámenes físicos. Debe ser estimulada la capacitación de prevención cuaternaria y evitado el sobrediagnóstico.

Maria Inez Padula Anderson: Por sus características, los programas de residencia son el patrón-oro para la formación de especialistas. Así, son el medio más adecuado para formar MFC y también para incrementar el conocimiento y las prácticas de la especialidad, una vez que reúnen las condiciones más favorables para tanto, sea con relación a los escenarios de actuación, sea por el proceso docencia-

aprendizaje de carácter reflexivo que deben desarrollar. Cuanto al aumento cuantitativo, las iniciativas de interiorización de los PRMFC son estratégicas y promisoras en ese sentido, una vez que pueden actuar como bola de nieve con relación a la calificación de la APS de los municipios y, simultáneamente, contribuir para el aumento del número de vacantes.

Gustavo Gusso: Necesitaría una regulación de las vacantes de residencia con un plazo para que la residencia sea obligatoria.

Nulvio Lermen: Los PRMFC son fundamentales en la formación de especialistas en el área. Su fortalecimiento debe ser prioridad de gobierno, pero el éxito de su expansión es dependiente de una política nacional de regulación de la formación médica que se hace necesaria hace por lo menos una década.

Thiago Trindade: La formación del MFC por la residencia continúa siendo el patrón-oro de formación, y todos los nuevos médicos que desearan trabajar en la APS deberían hacer la residencia. Así, tendremos programas de calidad, que atraigan y formen más MFC para el sistema, es una garantía para el crecimiento de la especialidad y el aumento de la oferta de ese especialista para el SUS. Aún tenemos un “*gap*” enorme de ese especialista, en la casa de por lo menos 40 mil, si consideramos solo los equipos actuales de salud de la familia. Entonces urge la necesidad de que sigamos formando con rapidez por medio de los PRMFC.

Daniel Knupp: Los PRMFC siempre asumieron el papel de formación en el estado del arte en la especialidad. Ciertamente ese papel debe ser mantenido. Pero es importante que exista más cooperación e intercambio entre los PRMFC de forma de buscar el perfeccionamiento de la MFC y sanar déficits puntuales que puedan existir en algunos PRMFC. Hay que garantizar que cualquier egreso de los PRMFC haya desarrollado las competencias deseables a la especialidad. Además de eso, una mayor aproximación entre PRMFC, graduación y los servicios también es fundamental como estímulo a la formación de más MFC.

Zeliete Zambon: Primer paso, tenemos que calificar los PRMFC.

Ana Clara Arantes Gonçalves y Geferson Pelegrini por la Dirección de Residentes: Los programas de residencia son los grandes responsables por la calificación de la práctica del médico de familia. Sin ellos, la especialidad mucho perdería, ya que es durante la residencia médica que el residente observará la práctica de profesionales con más experiencia y también formará su base teórica sobre los atributos de la especialidad, contando con supervisión y con estrategias de evaluación que buscan el perfeccionamiento constante. Eso no es una posibilidad para aquellos que trabajan en la APS sin estar en un programa de residencia, con consultas protegidas y con duración más larga. Los PRMFC pueden aumentar el cuantitativo de MFC en Brasil al disponer vacantes y ocupar las Unidades Básicas de Salud que aún no poseen residentes, aliando a eso una preceptoría de calidad.

Priscila Ferraz Bortolini por la ALASF: El programa es esencial para que el académico/residente conozca la real actuación del MFC y para formar competencias que la graduación no propicia.

RBMFC: ¿Qué sería necesario hacer para aumentar el número de residencias y residentes en MFC?

Ricardo Donato Rodrigues: 1) Ampliación progresiva de la oferta de vacantes (hasta alcanzar un 40% de las vacantes de residencia); 2) complementación de las becas, considerándose la realidad del mercado en esa área; 3) condiciones adecuadas de las unidades de capacitación; y 4) perspectiva de carrera.

João Werner Falk: Además de todo lo que ya fue relacionado anteriormente, es necesario tener: políticas nacionales de apoyo presupuestario para la creación de nuevo programas; complementación del valor de las

bolsas para todos los residentes en MFC en el país; y posibilidad de bolsas para preceptores. Verificar los locales que más necesitan MFC y crear en ellos condiciones para el establecimiento de nuevo PRMFC.

Airton Tetelbom Stein: Un contacto con el Ministerio de la Salud y viabilizar un programa nacional de formación en MFC en todos los municipios — estimular el concepto de que “*everyone should have access to a family doctor*” y mostrar en campañas para la sociedad la importancia de ese concepto, principalmente que se valore el equipo de APS y se incentiven conceptos clínicos y determinantes sociales y, ahora, cada vez más la salud planetaria.

Maria Inez Padula Anderson: Pienso que es fundamental que haya regulación del número/ porcentual de vacantes de los programas de residencia para todas las especialidades, como ocurre en muchos países, como Canadá, por ejemplo. Esa regulación es esencial para que el poder público actúe de modo de formar profesionales de acuerdo con las necesidades de salud de la población, y no por intereses corporativos y/o institucionales, como ocurre en Brasil actualmente. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el porcentual de MFC de un país debe ser del orden del 40 al 50%. En ese tópico, la SBMFC tiene papel relevante en el sentido de actuar técnica y políticamente para el establecimiento de políticas que alcancen ese porcentual.

Gustavo Gusso: Regulación de las vacantes y plan para tornar la residencia obligatoria para la práctica de las diversas especialidades.

Nulvio Lermen: Una Política Nacional de Regulación de la Formación Médica volcada para proveer especialistas para todas las regiones del país.

Thiago Trindade: Es necesario el apoyo financiero de los gobiernos de las tres esferas para la garantía de bolsas atractivas para residentes y preceptores, lo que ayuda en la atracción y retención de esos residentes y garantiza parcialmente la calidad de esos programas. Pero el gran punto de virada para la ocupación dependerá de la reglamentación del sistema, de tornar obligatoria la especialidad para el ejercicio profesional en la APS para las futuras generaciones. Asociada a eso, una ampliación del mercado de trabajo, así como la garantía de vínculos no precarios, con buenos planos de cargos, carrera y salarios.

Daniel Knupp: Además del papel de los PRMFC citado anteriormente, pienso que hay que defender cambios sustanciales en la regulación de la formación de especialistas en el país. Es necesario seguir defendiendo vehementemente la residencia médica obligatoria para el ejercicio de la medicina, la regulación de la distribución de vacantes de residencia conforme las necesidades del SUS, con por lo menos un 40% de las vacantes para MFC, la eliminación de prerrequisitos entre las especialidades (acceso directo a todas ellas) y la residencia médica como vía única de formación de especialistas.

Zeliete Zambon: En el momento creo que el camino es cualificar los programas ya existentes. No sería aumentar número de vacantes.

Ana Clara Arantes Gonçalves y Geferson Pelegrini por la Dirección de Residentes: Para aumentar el número de residencias es necesario que más MFC migren para los locales donde la especialidad aún es una carencia, o incluso para locales donde aún no hay un PRMFC, pero donde habrá un vínculo académico para tal. Primeramente, sin embargo, hay que considerar el gran número de vacantes ociosas de MFC en los programas ya vigentes y direccionar el esfuerzo para la ocupación de esas vacantes y también para la calificación de esos programas. Para aumentar el número de residentes, algunos esfuerzos ya vienen siendo hechos, como el aumento de carga horaria destinada a la especialidad durante la graduación. Otro factor que aumenta el número de residentes es el beneficio concedido a aquellos que tienen interés en ingresar en la residencia de otras especialidades después de terminar la residencia en MFC, así como la complementación de beca, la cual en su valor actual está extremadamente desactualizada para todas las especialidades médicas y cobra la carga horaria deshumana e insalubre

de 60 horas semanales. El número de residentes de MFC puede aumentar a partir del momento en que los programas ya existentes fueran calificados. Esos programas de calidad sí, formarán especialistas de excelencia y capaces de multiplicar una buena práctica donde quiera que estén. Esos mismos especialistas, cuando más comprometidos en el medio académico, también favorecen el interés de estudiantes por el área y el comprometimiento en investigaciones en el ámbito de la APS. En ese sentido, vigilar la calidad de los programas y apreciar para que ellos cuenten con médicos de familia en cargos de preceptoría y coordinación es fundamental.

Priscila Ferraz Bortolini por la ALASF: Más MFC en la docencia de la graduación. Desmitificación de la especialidad, mostrando que la MFC está basada en la ciencia y no una especialidad “mística”.

RBMFC: ¿Cómo evalúa la importancia de la inserción de la MFC en la graduación?

Ricardo Donato Rodrigues: La inserción de la MFC en la graduación es fundamental, desde los primeros años de la facultad, idealmente, en articulación con los PRMFC.

João Werner Falk: La inserción de la MFC en la graduación es fundamental para que los estudiantes conozcan la especialidad, la valoren, tengan en mente la posibilidad de realizar residencia en MFC. Es importante la existencia de ligas de MFC en todos los cursos de graduación en Medicina del país.

Airton Tetelbom Stein: Creo esencial. Una buena experiencia en la graduación en MFC va a hacer con que el egreso sea un buen médico, independientemente de la especialidad. Ese momento de formación posibilita conocer la importancia de la prevención y de la actuación en el nivel de indicadores poblacionales, y no apenas en la atención clínica individual.

Maria Inez Padula Anderson: Sin MFC en la graduación, sin departamentos de MFC o estructura equivalente en las facultades de Medicina, no tenemos una referencia concreta de qué es la MFC para los y las estudiantes de Medicina, no tenemos *role model*. Nadie desea aquello que no sabe que existe. En ese sentido, necesitamos políticas públicas para incluir de forma obligatoria especialistas en MFC y departamentos/núcleos de MFC en las graduaciones en Medicina. En buena parte de las veces, las iniciativas de inserción de los conceptos y prácticas de la MFC están a cargo de los departamentos de Medicina Preventiva y/o Social, sin especialistas en MFC, como si eso fuese suficiente. Naturalmente que la primera es importante, pero no se sobrepone a la segunda. Muchas veces, también, apuntan para una práctica profesional alejada de las competencias clínicas esenciales de la MFC, y eso es contraproducente para la especialidad, que es eminentemente clínica, aún que se trate de una clínica diferenciada. Además de eso, es fundamental pensar y construir la APS como escenario de docencia-aprendizaje, así como tenemos hospitales universitarios. Esos dos parámetros deben entrar en los instrumentos de evaluación de las escuelas médicas.

Gustavo Gusso: Creo que hubo avances al incorporar profesores, pero aún faltan departamentos, donde es departamental. El mayor problema ha sido la segregación de las disciplinas vinculadas a la atención primaria de las disciplinas clínicas. En países como Canadá, el 70% de las disciplinas de la graduación es dada por médicos de familia, como, por ejemplo, la propedéutica. Otro problema ha sido la confusión semántica: muchas veces el contenido enfocado en medicina preventiva y políticas de salud pasó a ser llamado de “APS”.

Nulvio Lermen: La MFC debería ser la base de la formación. La propuesta de terminalidad del curso de Medicina debería ser sustituida por la visión de una formación tronco generalista que después, obligatoriamente, debería diferenciarse para una formación especializada complementar a la de graduación, entendiéndose aquí que la MFC es una especialidad con sus especificidades, que necesitan ser comprendidas y ejercidas en una formación específica por medio de la residencia médica.

Thiago Trindade: Es fundamental la inserción de la MFC en la graduación, pues en ella se presenta la especialidad al graduando y se forman las competencias necesarias para la práctica de ese médico generalista. Eso tiene un impacto esencial mientras es papel de modelo de profesores MFC para que los graduandos reconozcan la especialidad.

Daniel Knupp: La MFC en la graduación tiene un papel fundamental en la valorización y en el desarrollo científico de la especialidad. Pero también es fundamental en la calificación de la formación médica en general, pues la presencia de los principios de la MFC en la docencia garantiza que incluso aquellos egresos de la graduación que no sigan para la MFC/APS sean mejores profesionales de salud.

Zeliete Zambon: Es muy importante la inserción de la MFC en la graduación. Sin *role model*, el graduando no puede escoger de hecho la MFC.

Ana Clara Arantes Gonçalves y Geferson Pelegrini por la Dirección de Residentes: La inserción de la MFC en la graduación es fundamental, dado que es una especialidad médica como cualquier otra y que, por eso, debe ser conocida por los médicos en formación. Además de eso, el conocimiento sobre y el respeto a la especialidad empiezan a partir del momento en que se entiende lo que el médico de familia hace. La percepción de que la unidad básica de salud es un local donde no es hecha una buena medicina, o incluso de que es un escenario sin grandes desafíos, todavía es presente en muchos contextos, aunque eso esté mejorando. Cuando se inserte la especialidad en la graduación, queda posible mostrar que, teniendo los estudiantes la oportunidad de tener contacto y aprender los principios de la especialidad, se califica también la asistencia a la salud en ese escenario, en que la mayoría de los estudiantes probablemente trabajará tras la graduación.

Priscila Ferraz Bortolini por la ALASF: Es imprescindible la inserción de la MFC en la graduación para que tengamos más MFC en el futuro, una vez que es en la graduación que vamos consolidando algunas certezas sobre qué tipo de profesional nos gustaría ser.

RBMFC: ¿Cómo evalúa la importancia de la inserción de la MFC en la gestión?

Ricardo Donato Rodrigues: La inserción de la MFC en la gestión también fundamental. La complejidad de la ESF/APS requiere gestores con formación y experiencia en ese nivel.

João Werner Falk: Muchos de los problemas enfrentados por los MFC y demás profesionales de la APS son debidos a gestores de baja competencia gerencial o con desconocimiento de la importancia de la APS y, dentro de ella, de la MFC. Cuando MFC asumen cargos de gestión, la tendencia es, generalmente, el alcance de mejores resultados.

Airton Tetelbom Stein: La inserción de la MFC en la gestión también es esencial y debe estimular el conocimiento de coordinación como uno de los atributos de la formación del MFC.

Maria Inez Padula Anderson: Incluir MFC en la gestión en salud, en todos los niveles — municipal, estadual y federal —, especialmente, pero no exclusivamente, en la APS, es fundamental. Por cuenta de la falta de entendimiento de lo que es una APS calificada, suele haber una “simplificación” también de los espacios de gestión de ese nivel del sistema. Las experiencias que ocurrieron en el Ministerio de la Salud con, por ejemplo, Claunara Mendonça, y en el municipio de Rio de Janeiro con Daniel Soranz, antes como Subsecretario de la APS y después como Secretario de Salud, son ejemplos de resultados promisoros de esas iniciativas, con reflejos en todo el sistema de salud, sea con relación a la gestión de unidades, sea de secretarías de atención primaria, de espacios habituados a la APS y a los demás niveles del sistema. El hecho de que la APS debe ser la coordinadora del sistema de salud explica, por sí solo, las ventajas de tener profesionales con conocimiento y práctica en la APS, en la gestión en salud. Necesitamos caminar para tener MFC en la gestión académica y de investigación también.

Gustavo Gusso: De la misma forma que en la graduación, la MFC en la gestión tuvo avances, pero las iniciativas aún están confinadas en “guetos” segregados de la amplia red, que sigue descoordinada y no hace distinción entre atención primaria y secundaria.

Nulvio Lermen: La formación generalista de la MFC y los principios descritos por McWhinney, especialmente el de que el MFC sea el gestor de recursos para su población, traen una ventaja para los profesionales formados en esa especialidad para la actuación en la gestión de servicios de salud y en la formulación de políticas públicas para la salud de la población. Pienso ser esencial que más especialistas en el área ejerzan papeles de destaque en la gestión pública y también en la salud complementaria, teniendo en vista la conformación de nuestro sistema de salud, garantizando así la aplicación de los atributos de la APS en la construcción del sistema de salud y resultando en una mejor adecuación clínica y en mayor costo-efectividad para el sistema como un todo.

Thiago Trindade: En la gestión, los MFC han hecho diferencia por su capacidad de percibir un sistema de salud centrado en el usuario, por conocer en la práctica las necesidades de ese usuario. Así, con su formación en los aspectos comunitarios y colectivistas, cuando aplicada a la gestión, ellos consiguen avanzar en la expansión y en la calificación de la APS brasileña.

Daniel Knupp: La presencia de la MFC en todos los niveles — municipal, estadual y federal —, en los espacios de gestión, tiene gran importancia en el fortalecimiento del SUS, particularmente en la calificación de la APS.

Zeliete Zambon: Sin la MFC en la gestión va a quedar cada vez más difícil organizar el sistema de salud, llevando, de un lado, a una APS con menos inversión; a una atención terciaria con mayores inversiones, totalmente desvinculada de la APS; y a una atención secundaria insuficiente, con un obstáculo del sistema de salud, o sea: nunca daremos acceso a la salud, de hecho, a las personas.

Ana Clara Arantes Gonçalves y Geferson Pelegrini por la Dirección de Residentes: La MFC en la gestión puede traer la óptica de esa especialidad sobre los parámetros de calidad de su trabajo. Teniendo en vista el gran número de profesionales que trabajan en las Unidades Básicas de Salud sin la calificación en MFC, el MFC necesita mostrar lo que es el diferencial de su trabajo y por qué, muchas veces, su dinámica de trabajo es diferente de aquella de los clínicos generales que trabajan en la APS, pero sin la especialización. De esa manera queda más fácil justificar o incluso incentivar la creación de los recursos destinados a la atención primaria de forma más eficiente. Otro factor importante es tornar la gestión más receptiva a las actividades de enseñanza inherentes a la MFC, como la residencia médica.

Priscila Ferraz Bortolini por la ALASF: Pocas especialidades tienen la capacidad de ver la gestión de salud de forma integral, como tiene el MFC.

RBMFC: ¿Cómo evalúa el papel y la importancia del máster y del doctorado para el desarrollo y la calificación de la MFC y de la APS? ¿Cómo evalúa la necesidad del desarrollo de investigaciones ser pensado y realizado por MFC?

Ricardo Donato Rodrigues: Máster y doctorado en MFC/APS son fundamentales para la formación docente y la producción de conocimiento especializado en ese ámbito. Realizar investigaciones en el escenario de la APS, por MFC y profesionales que allí trabajan, también es esencial para la evaluación de las tecnologías existentes y de la producción e incorporación de nuevas tecnologías, sean ellas leves, sean industrialmente producidas (duras), ajustadas a la práctica de la especialidad.

João Werner Falk: Máster y doctorado en MFC/APS son importantes para el desarrollo científico de la APS y para el aumento del número de MFC con prerrequisito para inscripción/ingreso en concursos para profesores en escuelas médicas y en otros concursos o selecciones. Con relación a la investigación,

sabemos que el desarrollo de un área de conocimiento, como por ejemplo la APS y la especialidad MFC, es fundamental para ella propia y para la población. Cuando MFC planifican y ejecutan investigaciones, con sus visiones y experiencias acumuladas por su trabajo cotidiano, los resultados se tornan aún más relevantes. Además, eso alimenta sus currículos y propicia mayores posibilidades en el mercado de trabajo, incluyendo por ejemplo el ingreso como docentes en escuelas médicas y como preceptores en residencias.

Airton Tetelbom Stein: Cada vez más la formación del médico, independientemente de la especialidad, debe ser estimulada para componer una formación académica más abarcadora, y hay una necesidad creciente de que tengamos profesores con competencia para enseñar a los futuros MFC. Hay una gran necesidad de desarrollar investigación en MFC. Que tengamos indicadores para evaluar la efectividad del MFC en su territorio es esencial; por ejemplo, desarrollar investigaciones en el área de condiciones sensibles de atención ambulatoria es esencial para evaluar el desempeño y también definir estrategias para mejorar la calidad de vida de los pacientes que son atendidos en un área geográfica definida.

Maria Inez Padula Anderson: Máster y doctorado son especialmente importantes para la formación y la inserción académica de cualquier especialidad. Así es también para la MFC, especialmente para la elaboración de investigaciones y estudios en el campo de la APS y de la propia MFC. La mayoría de los conocimientos que utilizamos en la APS advienen de otros niveles del sistema y aún preserva una lógica centrada en la epidemiología positivista, de carácter cuantitativo. Incluso que tengamos mucho a aprender con los demás niveles del sistema, necesitamos identificar, desarrollar y registrar experiencias y aprendizajes con base en los conceptos de la MFC y de la APS y de su aplicabilidad práctica. Nadie podrá hacer eso por nosotros. En ese campo, es necesario que nos apropiemos de metodologías que avancen en el campo de la investigación cualitativa, especialmente cuando tratamos de tecnologías leves, que son de gran importancia para la MFC y para la APS y tal vez menos relevantes en los otros niveles. También necesitamos de metodologías que den cuenta de los paradigmas biopsicosocial y espiritual y de la evaluación de la eficiencia/eficacia de los abordajes diagnósticos y terapéuticos que advienen de esos conceptos. Necesitamos establecer indicadores de salud más habituales y ese paradigma. Aún trabajamos con indicadores terminales y muy poco hemos estudiado sobre indicadores de proceso, de carácter cualitativo o cuantitativo. Por ejemplo, seguimos buscando identificar resultados adecuados o inadecuados de hemoglobina glicada, pero no identificamos los procesos terapéuticos involucrados con esos resultados que, seguramente, van más allá de la simple prescripción de medicamentos. En ese camino, no valoramos la esencia de la MFC y de la APS y seguimos siendo guiados por otras especialidades y otros niveles del sistema.

Gustavo Gusso: Sería importante el máster con enfoque en MFC, lo que aún no existe en Brasil. Entiendo que las investigaciones en la APS y por la APS tuvieron menos avances mientras área, pero eso es común hasta en países europeos y es reflejado en el bajo factor de impacto de las revistas científicas enfocadas en la APS/MFC.

Nulvio Lermen: Tener máster y doctorado en MFC/APS, pienso como muy importante para la inserción de la especialidad en la academia y como una garantía de que tengamos más docentes e investigadores en el área. Con eso, podremos viabilizar que la MFC esté cada vez más presente en el proceso de graduación médica. Pienso que la política de posgraduación al nivel de máster y doctorado debe ser estimulada para nuestra especialidad, pero con enfoque en los profesionales con deseo de actuación académica, ya que hay falta de MFC con tal formación para que ocupen cargos en las universidades. En ese sentido, considerándose la necesidad de concentración de esfuerzos para el aumento del número de

MFC, no veo como esencial y ni deseable en este momento esa formación de máster y doctorado para profesionales que deseen mantenerse exclusivamente en la actuación clínica. Para ellos, una política de perfeccionamiento y certificación continuados sería mucho más provechosa. Las investigaciones en APS son de gran importancia para la calificación del sistema de salud como un todo, tanto del punto de vista clínico como para la organización de los recursos y el perfeccionamiento del proceso de trabajo. Siendo así, deberían ser esenciales para el proceso de toma de decisión de los gestores del sistema. En ese sentido, de mi punto de vista, deberían ser estimuladas y financiadas por el sistema de salud como un recurso para su gestión.

Thiago Trindade: La formación *stricto sensu* es esencial para el desarrollo de la MFC mientras área de conocimiento, pues con la investigación conseguimos evaluar y calificar los fundamentos de la especialidad de forma de calificar aún más la APS brasileña. Necesitamos avanzar para que tengamos programas propios de máster volcados a la MFC. Esa es una carencia del área en nivel brasileño. La esencialidad de la visión del MFC, en la mirada del individuo, su familia y comunidad, trae para la investigación centrada en la APS una producción de conocimiento significativa y mucho más aplicada a la práctica. Estudiar la epidemiología de la APS, problemas prevalentes en nivel comunitario, hace plena diferencia en la búsqueda de nuevas evidencias distintas de aquellas exhibidas por estudios hechos en otros escenarios de formación. Aún tenemos una investigación en Brasil y en el mundo muy volcada para el área hospitalaria, de modo que necesitamos avanzar en la producción en APS, con MFC liderando grupos de investigación con sus miradas.

Daniel Knupp: Así, como con relación a la gestión, la presencia de la MFC en el escenario de la investigación espacio tiene gran importancia en el fortalecimiento del SUS, particularmente en la calificación de la APS.

Zeliete Zambon: Necesitamos aumentar, sistematizar y calificar la investigación en APS. Además de eso, es una estrategia para la MFC estar dentro del centro formador médico. También necesitamos referencias de investigaciones con desenlaces en APS y parar de importar datos hospitalarios o de especialidades focales.

Ana Clara Arantes Gonçalves y Geferson Pelegrini por la Dirección de Residentes: El máster y el doctorado son herramientas que, primeramente, califican al profesional a respecto del método científico, método este que utilizamos para guiar conductas y hacer descubiertas en salud y que es pautado en criterios rigurosos. De esa forma, ya se sabe que el profesional sabrá utilizar buenas evidencias en favor de su práctica. Además de eso, el máster y el doctorado expanden el andamiaje teórico del profesional, que podrá, por su vez, defender la organización de la APS y la valorización de la especialidad con una base teórica más consolidada. Las investigaciones hechas en la y por la APS son fundamentales para guiar las prácticas del MFC porque son hechas en un contexto de comunidades y poblaciones semejantes, lo que genera evidencias mucho más próximas de la realidad de la MFC y expande los estudios para más allá de la lógica hospitalaria, con poblaciones muy diferentes, que generalmente son pacientes de otros niveles de la atención a la salud.

Priscila Ferraz Bortolini por la ALASF: La inserción del máster y del doctorado en MFC/APS tal vez sea el punto en que encontramos mayor déficit de profesionales, una vez que el MFC acaba quedando sobrecargado por varias actividades, desde la docencia hasta la gestión, teniendo dificultad para especializarse y seguir estudiando. La formación en la posgraduación es esencial para que esos profesionales accedan la docencia y, de esa forma, traigan más estudiantes para el PRMFC. La investigación es uno de los pilares para la desmitificación de la especialidad. Ella se hace esencial para mostrarle a la sociedad médica que la MFC es una especialidad basada en evidencias.