

# Sumário / Contents / Sumario

## EDITORIAL

### 1 VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade

VI Summit on Family and Community Medicine

*VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria*

Thomas Meoño Martín, Maria Inez Padula Anderson, Miguel Ángel Fernández

## ENSAIOS

### 4 A Medicina de Família e Comunidade como Eixo da Universalidade nos Sistemas de Saúde de Ibero-América: uma análise exploratória da região

Family and Community Medicine as the core of Health Systems Universality in Latin America: an exploratory analysis of the region

*La Medicina Familiar y Comunitaria como Eje de la Universalidad en los Sistemas de Salud de Latinoamérica: un análisis exploratorio de la región*

Thomas Meoño Martín, Maria Inez Padula Anderson, Marcela Cuadrado Segura, Pablo Araya Via

### 17 A Medicina de Família e Comunidade como eixo central da Equidade nos Sistemas de Saúde de Ibero-América: uma análise exploratória da região

Family and Community Medicine as the core of the Health Systems Equity in Latin America: an exploratory analysis of the region

*La Medicina Familiar y Comunitaria como eje central de la Equidad en los Sistemas de Salud de Latinoamérica: un análisis exploratorio de la región*

Marcela Cuadrado Segura, Maria Inez Padula Anderson, Thomas Meoño Martín

### 26 Avaliação da Qualidade em Saúde na Medicina de Família e na Atenção Primária na Ibero-América

Health Quality Assessment in Family Medicine and Primary Care in Ibero America

*Evaluación de la Calidad en Salud en la Medicina Familiar y en la Atención Primaria en Iberoamérica*

Maria Inez Padula Anderson, Macarena Moral, Marcela Cuadrado Segura, Thomas Meoño Martín, Sergio Minué, Ricardo Donato, Lilia González

### 37 Os Sistemas de Referência e Contra-Referência de pacientes na América Latina: Mecanismos de Coordenação Assistencial e papel da Medicina de Família e Comunidade

Referral and Counter-Referral Patient Management Systems in Latin America: Care Coordination Mechanisms and the role of Family and Community Medicine

*Los Sistemas de Referência y Contrarreferencia de pacientes en América Latina: Mecanismos de Coordinación Asistencial y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria*  
Miguel Ángel Fernández Ortega, Jacqueline Beatriz Roo Prato, Arnulfo Emanuel Irigoyen Coria, Sofía Blanco Lara, Alan Edward Barrell, Víctor Manuel Juárez Téllez

**46 Fortalecimento do processo de ensino-aprendizagem da Medicina de Família e Comunitária em Ibero-américa**

Strengthening the teaching-learning process of Family and Community Medicine in Iberoamerica

*Fortalecimiento del proceso de enseñanza aprendizaje de la Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica*

Fernando Coppolillo, Humberto Jure, Maria Beatriz Ciuffolini, Diana Yuruhán

**55 Certificação, Recertificação e Acreditação em Medicina de Família e Comunidade na Ibero-América**

Certification, Recertification and Accreditation in Family and Community Medicine in Iberoamerica

*Certificación, Recertificación y Acreditación en Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica*

Haydee Cabrera Reyes, Diana Yuruhán Mohrbach, Patricia Vargas, Nancy del R. López Vásquez, Johanna Montalvo Vásquez

**64 Pesquisa em Medicina de Família e Comunidade na Ibero-América**

Research in Family and Community Medicine in Ibero-America

*Investigación en Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica*

Noris Margarita Serrudo de Domínguez, Jacqueline Ponzó, José Manuel Ramírez Aranda, Carla Alexandra Argudo Haro, Miriam Elisa Riveros Ríos, Pablo Vargas Villarreal, Juan Víctor Ariel Franco, Sergio Adrián Terrasa, Juan Carlos Perozo García, María Cristina da Costa Días, Fausto Gady Torres Toala, Roberto Flete González

**75 Prevenção Quaternária: Ética Médica, Avaliação e Eficiência nos Sistemas de Saúde**

Quaternary Prevention: Medical Ethics, Evaluation and Efficiency in the Health Systems

*Prevención Cuaternaria: Ética Médica, Evaluación y Eficiencia en los Sistemas de Salud*

Miguel Pizzanelli, Marina Almenas, Robert Quirós, Carlos Pineda, Esteban Cordero, Niurka Taureaux, María de Lourdes Rojas, Karin Kopitowski, Ricardo La Valle, Mónica Niveló, Verónica Menares, Agustina Piñero, Sonia Ortiz, Rolando Herrera, Alexis Correa Taja

**CARTA DE SAN JOSÉ**

**86 CARTA DE SAN JOSÉ**

**VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade**

**San José, Costa Rica**

**12 e 13 de Abril de 2016**

## VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade

VI Summit on Family and Community Medicine

*VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria*

Nos últimos anos, com o aumento das doenças crônicas não-transmissíveis, as desigualdades de gênero, a iniquidades sociais e de saúde, a violência, as alterações climáticas, os estilos de vida da sociedade humana e a reafirmação da saúde como um direito humano fundamental, os sistemas de saúde tem sido levados a valorizar e fortalecer o nível dos cuidados primários.

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) no mundo tem sido pilar de uma Atenção Primária à Saúde (APS) de qualidade, por desenvolver uma assistência integral para as pessoas, oferecendo melhores serviços de saúde a todas as populações e em todos os ambientes sociais. É uma especialidade médica e disciplina acadêmica que estuda o processo saúde-doença da pessoa, sua família e comunidade a partir de uma perspectiva sistêmica e uma abordagem biopsicosociocultural. Sua prática é caracterizada por conhecimentos, habilidades e atitudes que a diferenciam das demais. Mas é uma especialidade que necessita de maior apoio político e financeiro no contexto da América Latina.

O discurso político e as recomendações internacionais falam da importância da APS e da MFC na prestação de serviços de saúde, com base nas premissas de uma melhor utilização dos recursos, equidade e justiça social. No entanto, os diferentes graus de comprometimento e esforços realizados para fortalecer os sistemas de saúde, de educação e formativos para a APS e a MFC na América Latina têm sido insuficientes. Pode dizer-se que em muitos casos são muito lentos ou quase nulos, quando não contraditórios, até mesmo ao contrário dos compromissos assumidos.

Como forma de refletir, discutir e apoiar o desenvolvimento de políticas adequadas para os sistemas de saúde até uma APS qualificada, com médicos de família e comunidade, a Confederação Iberoamericana de Medicina de Família e Comunidade (WONCA Iberoamericana CIMF), promove a realização de Cúpulas Ibero-Americanas de Medicina de Família. As cúpulas, além de serem um evento político, são também um evento técnico e acadêmico. Através da troca de experiências e atividades participativas, com representantes estratégicos das áreas de saúde, educação e pesquisa, se buscam soluções para os problemas organizacionais, de assistência, formação e pesquisa nos sistemas de saúde da Iberoamérica, especialmente àqueles relacionados aos Cuidados Primários e Medicina de Família.

**Como citar:** Meoño TM, Anderson MIP, Ángel MF. VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):1-3. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1397](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1397)

**Fonte de financiamento:**  
declaram não haver.

**Parecer CEP:**  
não se aplica.

**Conflito de interesses:**  
declaram não haver.

**Procedência e revisão por pares:**  
revisado por pares.

Recebido em: 15/08/2016.  
Aprovado em: 15/09/2016.

Ministros da Saúde da Região Iberoamericana, representantes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da OPAS/OMS, representantes da CIMF e da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), assim como Gestores da Saúde e da Educação, representantes Sociedades Científicas interessadas em Medicina de Família e Atenção Primária à Saúde, e representantes da sociedade organizada, são convidados a participar desses eventos.

Desde 2002, houve 6 Cúpulas: em 2002, Sevilha, Espanha; 2005, Santiago, Chile; 2008, Fortaleza, Brasil; 2011, Assunção, Paraguai; 2014, Quito, Equador e a última em 2016, San José, Costa Rica, objeto de este Suplemento da RBMFC.

A VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade foi realizada durante 12 e 13 de Abril de 2016, na cidade de San José, Costa Rica, sob o tema: **“Universalidade, Equidade e Qualidade nos Sistemas Saúde: a Medicina de Família e Comunidade como eixo”**.

Este grande evento foi organizado pelo Ministério da Saúde da Costa Rica, pela Caixa Costarricense de Seguridade Social, pela Confederação Iberoamericana de Medicina de Família (CIMF), pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), pela Associação de Medicina de Família e Comunidade de Costa Rica (MEDFAMCOM), pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), e com a colaboração da Universidade Iberoamericana (UNIBE).

Tivemos a honrosa participação do Dr. Fernando Llorca Castro, Ministro da Saúde da Costa Rica; Dra. Maria del Rocio Saenz Madrigal, Presidente Executivo Caixa Costarricense de Seguridade Social; Dr. Lilia Reneau-Vernon, OPAS de Costa Rica; autoridades do Comité Executivo da WONCA: Presidente Prof. Michel Kidd; Secretário Executivo Dr. Garth Manning e Presidente Eleita Professora Amanda Howe, bem como da Comité Executivo e da Junta Diretiva de CIMF e representantes dos Ministérios da Saúde do Brasil, Colômbia, Honduras, México, Panamá e Porto Rico; além de gestores de saúde, professores, residentes e estudantes. Ao todo, 170 pessoas de 24 países estiveram reunidos refletindo e discutindo a MFC.

Nas atividades técnico-acadêmica e de pesquisa desta Cúpula, participaram de representantes dos 20 países que conformam a VI Região WONCA Iberoamericana CIMF, a fim de revisar os conceitos de Universalidade, Qualidade e Equidade nos sistemas de saúde e o papel que exerce a Medicina de Família e Comunidade em cada um deles. Por esta razão, foram formados cinco grupos de trabalho nos seguintes eixos temáticos:

- Eixo 1. Universalidade, Equidade e Qualidade nos Sistemas de Saúde: A Medicina de Família e Comunidade como Eixo
- Eixo 2. Formação em Medicina de Família e Comunidade, Certificação e Recertificação
- Eixo 3. Sistema de Referência e Contra-referência: mecanismos de coordenação de cuidados e papel da Medicina Família e Comunidade na estrutura da Rede dos Serviços de Saúde
- Eixo 4. Investigação em Medicina de Família e Comunidade
- Eixo 5. Prevenção Quaternária: Ética Médica, Avaliação e Eficiência nos Sistemas de Saúde

Durante a VI Cúpula, foi apresentado o diagnóstico situacional que os países da região disponibilizaram em relação aos eixos acima mencionados. Foram, então, formados cinco grupos de discussão para realizar uma análise integrada, com especialistas e representantes dos diferentes países e instituições de educação, saúde e sociedades médicas civis, obtendo como produtos sete definições essenciais e 22 recomendações que constituem a “Carta de San Jose”; além disso, foram apresentados os diagnósticos situacionais dos 20 países que compõem a WONCA Iberoamericana CIMF, cujos resultados se publicam nesta edição suplementar da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC).

Nesta cúpula, diferentemente da anterior, quando fizemos a publicação apenas em espanhol, decidimos fazê-lo agora em 3 idiomas: espanhol, português e inglês, com o que pretendemos proporcionar informações relevantes para a comunidade médica e os tomadores de decisões sobre os pontos fortes e as oportunidades apresentadas pelos países da Iberoamérica, acerca de temas centrais para o desenvolvimento de Sistemas de Saúde mais justos e eficientes, com base MFC e na APS.

Sabemos que temos um caminho no sentido de aperfeiçoar os processos de produção científica, como associações científicas que somos. Consideramos que os artigos que compõem este número da RBMFC fazem parte da construção desta história. Uma história que vem sendo construída com base na cooperação e espírito de colaboração entre os médicos e médicas de família e comunidade e comprometidos com a MFC e provenientes de todos os países que conformam nossa Confederação. Além disso, os artigos são relevantes, pois fornecem informações importantes e inéditas.

Para finalizar, agradecemos a todos e todas envolvidos na publicação deste trabalho, desde a parte científica, até os que contribuíram para a produção editorial, como é o caso da Marli Machado da RBMFC; aos nossos colaboradores externos, Professor Arnulfo E. Irigoyen-Coria, editor da Revista Atenção Familiar e professor da Faculdade de Medicina da Universidade Nacional Autónoma do México (UNAM); ao Mestre José Enrique Alfonso Manzanet, Chefe do Departamento de Revistas Médicas, Editorial Ciências Médicas, Centro Nacional de Informação de Ciências Médicas de Cuba e da Licenciada Dánae Ricardo Aldana, Editora da mesma instituição.

*A publicação de documentos de posicionamento e as conclusões das Cúpulas da CIMF representam um claro esforço tanto editorial como científico para consolidar a Medicina de Família - nossa especialidade - no âmbito latino-americano.*

*Devemos estar convencidos de que sem a execução árdua e complexa dessas tarefas - a Medicina de Família na Ibero-América não poderá consolidar-se. Mais de quarenta anos se passaram desde que, no México, se iniciou a formação acadêmica de especialistas em medicina de família; e pode-se dizer que sem esses esforços científico-editoriais, a consolidação desejada da especialidade se verá cada dia mais distante.*

*Arnulfo E. Irigoyen Coria*

**Thomas Meoño Martin**  
**Presidente**  
**VI Cumbre Iberoamericana de**  
**Medicina Familiar**  
**Presidente MEDFAMCOM**

**Maria Inez Padula Anderson**  
**Presidente**  
**Wonca Iberoamericana CIMF**  
**Editora Suplementario**  
**VI Cumbre - RBMFC**

**Miguel Ángel Fernández**  
**Vicepresidente Mesoamérica**  
**Wonca Iberoamericana CIMF**  
**Editor Suplementario**  
**VI Cumbre- RBMFC**

# A Medicina de Família e Comunidade como Eixo da Universalidade nos Sistemas de Saúde de Ibero-América: uma análise exploratória da região

## Family and Community Medicine as the core of Health Systems Universality in Latin America: an exploratory analysis of the region

### *La Medicina Familiar y Comunitaria como Eje de la Universalidad en los Sistemas de Salud de Latinoamérica: un análisis exploratorio de la región*

Thomas Meoño Martín. Escola de Medicina da Universidade Autônoma da América Central; Coordenação Técnica do Câncer da Gerência Médica da Caixa Costaricense do Seguro Social; Curso de Medicina e Cirurgia da Universidade da Costa Rica; Associação de Especialistas em Medicina de Família e Comunidade da Costa Rica (MEDFAMCOM). Costa Rica. drmeono@gmail.com  
(Autor correspondente)

Maria Inez Padula Anderson. Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária (FCM/UERJ); Confederação Ibero-Americana de Medicina Familiar (CIMF). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. inezpadula@yahoo.com.br

Marcela Cuadrado Segura. Departamento de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade da República do Uruguai; Sociedade Uruguia de Medicina de Família e Comunidade (SUMEFAC); Grupo CIMF de Medicina de Família e Comunidade em meio rural. Uruguai. marcelacua@gmail.com

Pablo Araya Via. Universidade de Valparaíso, Chile; Movimento Waynakay na Sociedade Chilena de Medicina de Família; CESFAM Jean e Marie Thierry. Chile. pabloarayavia@gmail.com

#### Equipe de Trabalho

Andrea de Angulo (Colômbia), Arnaldo Ortiz Fanego (Paraguai), Carlos Martínez Rentería (México), Carmen Cabezas (Equador), Catalina Coral, Christine Leyns (Bolívia), Clarivel Presno Labrador (Cuba), Daymé Quintero (Panamá), Edgar León (Equador), Jenny Magne Anzoleaga (Bolívia), José Obando Romero (Costa Rica), Karen Muñoz (Colômbia), Lilia González (Cuba), Lysdamis Morera (Perú), Macacrena Moral (Chile), Mauricio Vargas (Costa Rica), Milagro Muñoz (Costa Rica), Sergio Minué (Espanha), Xenia Sancho Mora (Costa Rica)

## Resumo

O alcance da Universalidade na prestação de serviços nos sistemas de saúde é uma das estratégias que tem demonstrado ter grande impacto sobre os indicadores globais de saúde. **Objetivo:** contribuir para o desenvolvimento de conceitos e práticas relacionadas à universalidade na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Medicina de Família e Comunidade (MFC) na Ibero-América, mediante a exploração da situação dos países latino-americanos em relação ao acesso aos serviços de saúde e o papel do especialista em medicina familiar e comunitária para alcançar uma estratégia adequada para a cobertura individual, familiar e comunitária. **Metodologia:** estudo exploratório quali-quantitativo, realizado por aplicação de um questionário em formato eletrônico auto-respondido, com perguntas abertas e fechadas, dirigido aos membros de associações de medicina familiar e comunitária na Ibero-América, associações científicas, professores e gestores de saúde identificados em cada país. **Resultados:** 63 pessoas de 20 países completaram a pesquisa eletrônica enviada, havendo uma amostra representativa de os países Ibero-Americanos; 84% concordaram com o conceito de universalidade elaborado a partir do enfoque da Atenção Primária à Saúde e da Medicina de Família e Comunidade; 47% concordam que o principal fator determinante que limita o alcance da universalidade nos cuidados sanitários é a estrutura da gestão em saúde, seguido do financiamento (36%) e do modelo de atenção (30%). Do total de entrevistados, 67% acreditam que a principal restrição para a cobertura universal é a gestão da estrutura da saúde e 60% sentiram que as políticas nacionais de saúde não estão focadas e priorizadas para a universalidade da APS e da MFC.

**Como citar:** Meoño TM, Anderson MIP, Cuadrado MS, Araya P. A Medicina de Família e Comunidade como Eixo da Universalidade nos Sistemas de Saúde de Ibero-América: uma análise exploratória da região. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):4-16. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1382](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1382)

#### Palavras-chave:

Universalidade  
Cobertura Universal em Saúde  
Atenção Primária em Saúde  
Determinantes de Saúde  
Saúde Global

**Fonte de financiamento:**  
declaram não haver.

**Parecer CEP:**  
não se aplica.

**Conflito de interesses:**  
declaram não haver.

**Procedência e revisão por pares:**  
revisado por pares.

Recebido em: 15/08/2016.  
Aprovado em: 15/09/2016.

## Abstract

The scope of Universality in service delivery in health care systems is one strategy that has proven to have great impact on global health indicators; this paper explores the situation of Latin American countries in the access to health services and the role of the specialist in Family and Community Medicine as an appropriate strategy to achieve individual, family and community coverage. **Objective:** To contribute to the development of concepts and practices related to Universality in Primary Care and Family and Community Medicine in Latin America. **Methodology:** qualitative and quantitative exploratory study by applying an electronic form self-administered survey type with open and closed questions to members of associations of family and community medicine in Latin America, scientific associations, teachers and health managers identified in each country. **Results:** 63 people from 21 countries completed the electronic survey sent, taking a representative sample of Latin American countries; 84% agreed with the concept of universality with focus on Primary Health Care and Family and Community Medicine, 47% agree that the main determinant limiting the scope of the universality in health care is the structure in management and health, followed by finance (36%) and the model of care (30%). Of the total respondents, 67% believe that the main constraint to universal coverage is the structure and health management and 60% felt that national health policies are not focused and prioritized towards universality of the APS and the MFC.

### Keywords:

Universality  
 Universal Health Coverage  
 Primary Health Care  
 Health Determinants  
 Global Health

## Resumen

El alcance de la Universalidad en la prestación de servicios en los sistemas de salud, es una de las estrategias que ha demostrado tener gran impacto sobre los indicadores de salud global. **Objetivo:** contribuir con el desarrollo de los conceptos y de las prácticas relacionadas a la Universalidad en Atención Primaria y Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica, mediante la exploración de la situación de los países iberoamericanos en cuanto al acceso a los servicios de salud y el papel que cumple el médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria para lograr una adecuada estrategia de cobertura individual, familiar y comunitaria. **Metodología:** estudio exploratorio cuali-cuantitativo mediante la aplicación de un formulario electrónico autoadministrado mediante una encuesta con preguntas abiertas y cerradas a los miembros de las asociaciones de medicina familiar y comunitaria de Iberoamérica, asociaciones científicas, profesores y gestores de salud identificados en cada país. **Resultados:** 63 personas de 20 países cumplimentaron la encuesta electrónica enviada, teniendo una muestra representativa de los países iberoamericanos; 84% estuvieron de acuerdo con el concepto de universalidad con enfoque en Atención Primaria en Salud y Medicina Familiar y Comunitaria, 47% acuerdan que el principal determinante que limita el alcance de la universalidad en la atención en salud es la estructura en gestión y salud, seguido del financiamiento (36%) y del modelo de atención (30%). Del total de encuestados, 67% consideran que el principal limitante hacia la cobertura universal es la estructura y gestión en salud y 60% consideraron que las políticas nacionales en salud no están enfocadas y priorizadas hacia la universalidad de la APS y la MFC.

### Palabras clave:

Universalidad  
 Cobertura Universal en Salud  
 Atención Primaria en Salud  
 Determinantes de Salud  
 Salud Global

## Introdução

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata sobre Atenção Primária de Saúde chamou os setores sociais e econômicos à ação pela saúde a fim de “atingir o mais alto nível possível de saúde”, levando ao movimento de Saúde para Todos que teve grande impulso nos anos 1980 e 1990, especialmente nos países com maior desenvolvimento econômico. Em 1997, um novo conceito é inserido no setor saúde, visando ampliar o suporte para incrementar as práticas sanitárias. Na Conferência de 1997 da Organização Mundial da Saúde, origina-se uma definição sobre a ação intersetorial na saúde:

*“Uma relação reconhecida entre parte ou partes do setor da saúde com parte ou partes de outro setor estabelecida para tomar uma decisão sobre como atingir resultados de saúde (ou resultados parciais de saúde) de uma forma mais eficaz, eficiente e sustentável do que poderia ser alcançada pelo setor saúde por si mesmo.”<sup>1</sup>*

Entretanto, a Cobertura Universal de Saúde revela um padrão insuficiente e irregular nos países da América Latina. Os dados disponíveis indicam que a melhora do acesso e da cobertura, bem como a redução das desigualdades em matéria de saúde, ainda não se tornaram realidade na maioria dos países, conforme afirmam a Organização Pan-Americana da Saúde, a OMS e a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe.

Os sistemas de saúde da América Latina encontram-se altamente fragmentados. O direito à saúde, a cobertura e a organização institucional variam entre os diferentes grupos da população. Nos países desta região, os sistemas de saúde costumam estar organizados por uma combinação de serviços: tradicionais e de natureza pública para os grupos de baixa renda; serviços de seguro social para os trabalhadores empregados no mercado formal de trabalho (em alguns casos extensivos às suas famílias); e serviços privados para aqueles que têm capacidade de pagar. A falta de coordenação entre os três subsetores tem sido fonte de ineficiências e iniquidades, já que a fragmentação dificulta o uso eficiente dos recursos requeridos para atingir a cobertura universal de saúde.

Em alguns países tentou-se integrar os sistemas contributivos, financiados por impostos sobre os salários, com os sistemas públicos financiados por impostos gerais; em outros, segue existindo uma grande segmentação. A Costa Rica é uma referência tradicional, em razão das fontes de financiamento se integrarem para assegurar um único nível de cobertura. Hoje em dia proporciona cobertura à saúde a mais de 93% da população, e aproximadamente 50% dos recursos aportados pelos trabalhadores do setor formal cobrem o financiamento dos serviços médicos da população que não contribui.<sup>2</sup>

Situação distinta ocorre no Chile, onde a integração é parcial, já que os indivíduos podem decidir pelo cadastramento no sistema público integrado (Fundo Nacional da Saúde, FONASA), financiado por suas contribuições e também por impostos gerais, ou por uma empresa privada de seguros (Instituições de Saúde Previsional, (ISAPRES). Considerando que a opção depende, de modo significativo, da renda do interessado, o sistema chileno é considerado um sistema dual. O Chile tem uma cobertura quase universal do seguro médico social, onde 80% da população se encontra coberta por FONASA, e 17% pelas ISAPRES.<sup>3</sup>

## Universalidade e Cobertura Universal em Saúde

A Universalidade em Saúde é definida como a cobertura disponível para a população acessar os serviços de saúde e tornar efetivo seu direito a ela devendo, para tanto, ser protegida financeiramente por políticas públicas e ações do Estado. Estas políticas e ações devem ter escala e intensidade proporcionais às necessidades, o que, nas palavras de Marmot seria o universalismo proporcional: *“as atuações devem ser universais, mas com uma escala e intensidade que sejam proporcionais aos mais desfavorecidos, mais do que se centrar só nos mais favorecidos”*,<sup>4</sup> articulando desta forma a definição de Universalidade com a de Equidade. Portanto, é necessário reconhecer o acesso equitativo aos serviços de saúde como um direito humano e não como um privilégio para aqueles que trabalham no setor formal ou que têm maiores recursos econômicos.

Refere-se então, ao direito que tem a população de ter acesso aos serviços de saúde com enfoque integral, integrado e contínuo, independentemente da condição socioeconômica ou geográfica do indivíduo, da família ou comunidade.

Construir sistemas universais de saúde requer não só vontade das autoridades sanitárias, mas também de um consenso da sociedade para que coloque a saúde e seus determinantes no centro das prioridades nacionais. Significa estabelecer um novo pacto social que empregue as maiores energias na melhoria das condições e qualidade de vida, atendendo integralmente as necessidades de saúde e promovendo intervenções propositivas em fatores e determinantes sociais como: educação, alimentação, segurança social e cuidado com o ambiente.

Embora o reconhecimento da universalidade como direito humano possa constituir um denominador comum entre as nações, as estratégias para alcançar esta meta devem ser definidas por cada país, uma vez que se trata de um processo complexo de adaptação dos sistemas de saúde no nível nacional. Atingir uma cobertura universal requer definir metas progressivas de cobertura, dos serviços oferecidos e respectivos custos.<sup>5</sup>

O Relatório Mundial da Saúde de 2010 define o conceito de Cobertura Universal da Saúde (CUS) como um objetivo no qual *“todas as pessoas tenham acesso aos serviços e não sofram dificuldades econômicas pagando por eles”*. Segundo esta definição, o objetivo da CUS é claro, isto é, garantir, para todos, acesso à assistência sanitária que se necessita com a devida proteção financeira.<sup>6</sup>

Para que uma comunidade ou um país possam alcançar uma cobertura universal devem atender vários requisitos, a saber:

1. Existência de um sistema de saúde sólido, eficiente e em bom funcionamento, que satisfaça as necessidades prioritárias de saúde no contexto de uma atenção centrada nas pessoas (incluídos os serviços relacionados com a atenção a pacientes com AIDS, tuberculose, paludismo, doenças não transmissíveis, saúde materno-infantil): devendo para tanto:
  - proporcionar informação e estímulos para que as pessoas se mantenham sadias, prevenindo doenças,
  - detectar doenças, precocemente,
  - dispor de meios para tratar as doenças,
  - proporcionar serviços de reabilitação.
2. Acessibilidade: deve estruturar um sistema de financiamento dos serviços de saúde, de modo que as pessoas não tenham que enfrentar crises financeiras ao utilizá-los.
3. Acesso a medicamentos e tecnologias essenciais para o diagnóstico e tratamento de problemas médicos.
4. dotação suficiente de pessoal sanitário bem capacitado e motivado para prestar serviços que satisfaçam as necessidades dos pacientes, com base das melhores evidências científicas disponíveis.

A CUS pode ser conquistada mediante diferentes estratégias institucionais e financeiras, mas chegou a ser pensada como uma oferta de planos de seguros que cobrem um conjunto limitado de ações de saúde, ofertados por instituições públicas ou privadas de saúde. Mas, diferente disto, os sistemas universais de saúde (SUS) buscam promover o desenvolvimento de uma única instituição pública que oferte e financie todos os serviços médico-assistenciais e preventivos necessários aos cidadãos.<sup>7</sup>

Na década de setenta, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta como o modelo central para assegurar que todo cidadão possa desfrutar seu direito à saúde, sendo os governos responsáveis por inseri-la no contexto de sistemas integrais nacionais de saúde.<sup>8</sup> Este desenho institucional denominado sistema integral, unificado ou universal de saúde (SUS),<sup>9,10</sup> pressupõe, portanto, a existência de uma única entidade pública responsável pela oferta de serviços preventivos e médico-assistenciais a todos os cidadãos, com o mesmo padrão de cuidado, independentemente da situação socioeconômica dos mesmos. A equidade é um dos principais objetivos do SUS, porque todas as pessoas recebem atenção integral baseada em suas necessidades de saúde e, não, na sua capacidade de pagar.<sup>7</sup>

Na Carta de Quito, produto final da V Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade, a cobertura universal é definida como: *“a garantia do direito à saúde para todos e todas, proporcionada por um sistema integral e integrado de base estatal com financiamento público, que possibilita o acesso aos serviços, de forma equitativa, igualitária, oportuna, integral e de qualidade, baseado nos princípios de solidariedade e participação social; tendo o Primeiro Nível de Atenção como eixo do cuidado, com Médicos e Médicas de Família e Comunidade nas equipes de saúde, assegurando o primeiro contato e o seguimento contínuo, centrado na pessoa no seu contexto familiar e comunitário, em conformidade com as necessidades de saúde que apresentam ao longo das suas vidas”*.<sup>11</sup>

## Universalidade na Ibero-América

Os sistemas de saúde Latino-Americanos enfrentam o desafio de retomar o princípio da equidade por meio de medidas a serem adotadas nas diferentes esferas de governo.

Não se trata de decidir se há que estabelecer prioridades, mas qual a melhor maneira de fazê-lo. No processo de alcançar a universalidade, os países têm utilizado de diferentes formas para definir prioridades e conformar os planos de benefícios de saúde, experiências das quais podemos extrair três lições:

1. Os planos de benefícios ofertados na região assumem formas e dimensões diferentes e não se restringem a uma lista de serviços essenciais ainda que em sociedades com severas limitações de recursos. Planos

abrangentes se descrevem em países como Chile, Colômbia, Costa Rica e Uruguai; planos restringidos se descrevem no México, Peru e Argentina.

2. Os países da região requerem capacidades institucionais para definir e atualizar regularmente os planos de benefícios. Requerem liderança política e técnica respaldada por fundamentos legais, além de contar com recursos adequados para oferecer serviços de qualidade, disponíveis, acessíveis e aceitáveis; daí a importância de recursos financeiros e investimentos em recursos humanos e infraestrutura.
3. É necessário melhorar o monitoramento das políticas em saúde e a avaliação no âmbito nacional, a fim de verificar se, de fato, os planos se traduziram em melhoras na saúde e na qualidade em saúde com uma cidadania mais satisfeita.

Para atingir a Cobertura Universal de Saúde é necessário estabelecer uma agenda centrada em pesquisa e desenvolvimento de competências para fixar prioridades, tendo as experiências Latino-Americanas como ponto de partida.<sup>3</sup>

Outro desafio é exercer uma política efetiva de Estado que se traduza em uma presença geradora de ordenamento e de provisão, levando em conta todos os recursos disponíveis e conforme as tendências tecnológicas e científico-bioéticas, que garanta o direito à proteção à saúde e se reflita em acesso com qualidade e oportunidade. Tudo isto será possível se existir um financiamento responsável e sustentável com critérios de equidade, eficiência, transparência e prestação de contas; fundamentado em um modelo de atenção homogêneo baseado nos determinantes sociais e na atenção primária cada vez mais resolutiva. Além disso, em ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, organizadas por meio de redes de instituições públicas e privadas que ofereçam serviços integrais e de alta qualidade à população, que de sujeito passivo assumiria uma condição de sujeito ativo.

Atualmente vários países estão em processo de implementação de reformas de seus sistemas de saúde baseadas na APS. A maioria de se depara com desafios como: dispor de talento humano qualificado em número suficiente; necessidade de superar a fragmentação/segmentação dos sistemas de saúde, garantir a sustentabilidade financeira, melhorar a gestão, a qualidade da atenção e dos sistemas de informação, bem como, a necessidade de reduzir as inequidades em saúde, ampliar coberturas, afrontar as consequências do envelhecimento populacional e a mudança do perfil epidemiológico e, por fim, de aumentar a capacidade resolutiva do sistema público de saúde.

A APS tem o potencial de reduzir as desigualdades sociais em saúde se aproximando da universalidade; para isto são sugeridos os seguintes objetivos e áreas fundamentais:<sup>12</sup>

1. Coletar e divulgar informação para a ação:
  - a. Variáveis sociais na história clínica como nível educativo, indicadores chave como gravidez em adolescentes; critérios de qualidade relacionados com equidade na atenção sanitária, ex. acessibilidade e perdas no acompanhamento segundo variáveis sociais; diagnóstico dos determinantes sociais da saúde; conhecimento e caracterização das necessidades da população atendida.
  - b. Gerar informação atualizada dos recursos locais e iniciativas comunitárias para os cidadãos.
  - c. Informar sobre: relação entre a posição socioeconômica e os resultados sanitários, desigualdades sociais e inequidades na qualidade da atenção relevantes em APS; impacto da gestão da APS na saúde da população, nos seus determinantes e nos determinantes sociais da saúde (DSS).
2. Fortalecer a participação social: fomentar capacidades e conhecimentos da população sobre a saúde:
  - a. Informar os usuários sobre seus direitos.
  - b. Colaborar para o desenvolvimento de programas de capacitação no âmbito da participação comunitária em saúde.
  - c. Considerar o papel de outros profissionais de saúde, como enfermeiros e farmacêuticos, e da equidade e dos determinantes sociais nas redes profissionais.

3. Formação e Capacitação de Recursos Humanos:
  - a. Ter conhecimentos práticos e competências técnicas na aplicação de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde.
  - b. Reforçar a formação em promoção da saúde e prevenção da doença no contexto das intervenções sobre os determinantes sociais da saúde além da difusão de boas práticas.
  - c. Aproveitar a ocorrência de distorções para mostrar a relevância da equidade. Gerar materiais formativos que revelem a contribuição da incorporação do eixo de equidade à efetividade clínica e social da atenção sanitária, e à definição dos recursos necessários para agir sobre as DSS.
4. Intersetorialidade:
  - a. Conhecer os recursos sócio sanitários.
  - b. Fomentar as relações de trabalho com outros setores - intersetorialidade (educação, serviços sociais, agentes locais, ...).
  - c. Incluir o eixo de equidade em todos os planos, projetos e ações intersetoriais.
  - d. Desenvolvimento de órgãos de participação intersetorial.
  - e. Incentivar os profissionais para favorecer a ação intersetorial.
5. Reorientação da atenção à saúde:
  - a. Considerar o impacto da prática diária nas desigualdades em saúde e de intervenções focalizadas nos mecanismos de cobertura universal.
  - b. Ampliar os programas de captação da população de rua e domiciliar não atendida.
  - c. Atenção integral da pessoa em função de suas necessidades dedicando tempo e esforço correspondentes a seus problemas de saúde.
  - d. Identificar grupos que não acessam e facilitar sua cobertura.
  - e. Desenvolvimento de estruturas a fim de reforçar a ação comunitária em saúde das equipes de atenção primária, em colaboração com outros setores (educação, serviços sociais, agentes locais, saúde pública, etc.).
  - e. Estabelecer procedimentos adequados frente às circunstâncias e necessidades dos grupos sociais desfavorecidos e marginalizados, e para eliminar as barreiras existentes de acessibilidade.

## Relação entre Universalidade, Atenção Primária e Medicina de Família e Comunidade

No ano 2010 os estados membros da OPS/OMS reafirmaram seu compromisso com a Declaração de Alma-Ata ao reconhecer que a APS, incluindo as ações de promoção e proteção da saúde são essenciais não só para o bem-estar dos indivíduos, mas para assegurar um desenvolvimento sócio-econômico sustentável e inclusivo.

Definir um sistema de saúde baseado na APS, como uma estratégia da organização e operacionalização dos sistemas de saúde, torna o direito de alcançar o maior nível possível de saúde seu principal objetivo, ao mesmo tempo que maximiza a equidade e a solidariedade do sistema.

Os indivíduos podem satisfazer suas necessidades de saúde obtendo cobertura universal e acesso à rede sem que a capacidade de pagamento constitua um fator restritivo. A universalidade se converte em uma imagem objetivo para orientar a transformação do sistema. Estes preceitos costumam ser traduzidos através da existência de unidades de atenção primária distribuídas de forma homogênea em um território.

A Universalidade é determinada fortemente pela Atenção Primária especialmente porque:

- Constitui a porta de entrada ao sistema de saúde.
- A localização territorial com diagnóstico situacional, identificando grupos que não acessam.
- A capacidade de ação de sua vertente comunitária: empoderamento, participação.
- As alianças que pode estabelecer com outros atores - intersetorialidade.

Vale destacar que la APS como eje central de los sistemas de salud se presenta, en la actualidad, con un enfoque renovado, razonado y basado en la evidencia para que pueda lograr una atención universal, integral e integrada.

Estudos evidenciam que os sistemas de saúde baseados nos princípios da APS têm a capacidade de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde de uma população adscrita, a um custo sustentável, especialmente se com o apoio e participação da comunidade e de setores econômicos e sociais.

Diversas experiências de APS com a participação efetiva do Médico de Família e Comunidade podem ser encontradas em diversos países, inclusive no México, onde “a Atenção Primária é baseada na Medicina de Família, em uma atenção permanente proporcionada a partir do primeiro de contato, orientada à pessoa e a sua família, que satisfaz as necessidades de saúde de cada pessoa. Refere somente os casos pouco comuns. Coordena a atenção, o que implica em atenção contínua, em equidade, com ênfase na prevenção e promoção. Além disso, atividades de organização e gestão em todos os níveis a fim de atingir qualidade, eficiência e efetividade com recursos humanos, econômicos e tecnológicos adequados e sustentáveis”.<sup>13</sup>

## Objetivo

Considerando a importância da Universalidade e o papel da Medicina de Família e Comunidade, assim como de uma Atenção Primária qualificada para alcançá-la, este estudo teve por objetivos: realizar uma revisão do conceito de Universalidade nos Sistemas de Saúde Latino-Americanos e conhecer a perspectiva dos Médicos de Família e Comunidade sobre este conceito. Além disso, obter informação sobre a situação dos países latino-americanos em relação à cobertura universal em saúde, considerando o cenário da Atenção Primária e da Medicina de Família e Comunidade na Ibero-América.

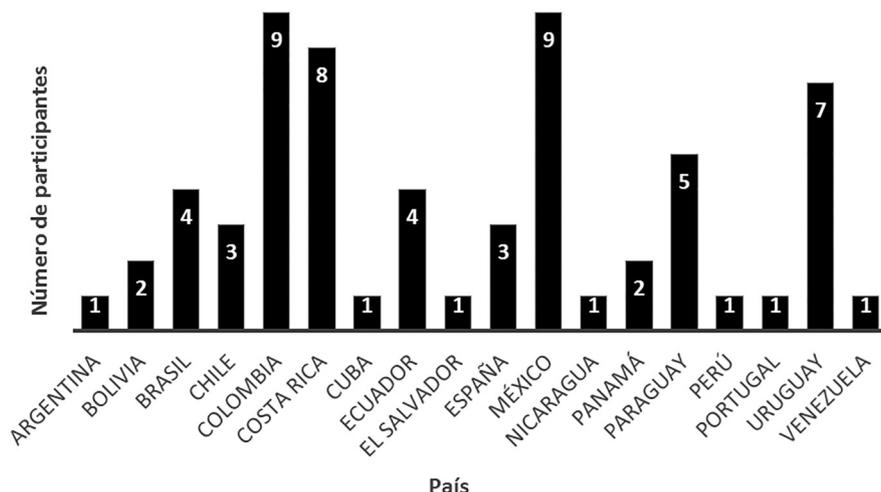
## Metodologia

Estudo exploratório quali-quantitativo, realizado através da aplicação de um questionário por via eletrônica, com perguntas abertas e fechadas, para os membros das associações de medicina de família e comunitária da Ibero-América, associações científicas, professores e gestores de saúde identificados em cada país. Em uma primeira fase foi solicitado ao grupo de colaboradores revisarem uma proposta inicial de conceituação de Universalidade, baseada nos conceitos concebidos durante as cúpulas anteriores. Além disso, formular perguntas, cujas respostas poderiam atender aos objetivos relacionados à obtenção de informações sobre a situação da Ibero-América em relação ao conceito proposto. Na segunda fase, foi elaborado um questionário como instrumento de coleta de dados, baseado na análise e nas propostas do grupo colaborador (ver anexo). A terceira fase foi desenvolvida no transcurso da VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade realizada nos dias 12 e 13 de abril de 2006 em San José de Costa Rica; onde o Subgrupo de Trabalho de Universalidade teve a oportunidade de revisar os aportes derivados da enquete e propor uma série de recomendações a fim de promover melhor acesso aos serviços de saúde na região, de acordo com os critérios avaliados.

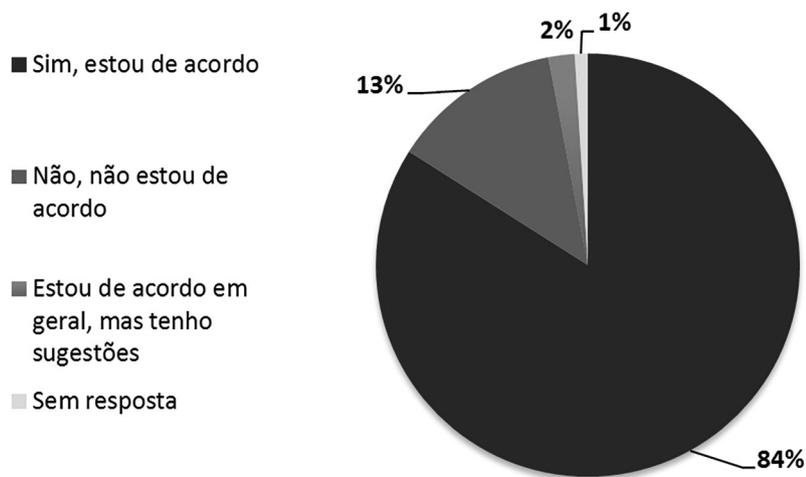
## Resultados

63 pessoas de 20 países responderam à enquete eletrônica perfazendo uma amostra representativa dos países ibero-americanos; 58 eram médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade e os 5 restantes, eram médicos residentes da mesma especialidade (Gráfico 1).

Em relação à concordância com o conceito proposto para Universalidade na perspectiva da Medicina de Família e Comunidade, 84% dos participantes concordaram com o proposto, 13% concordaram em geral, mas deram sugestões, 2% não concordaram e 1% não respondeu (Gráfico 2).

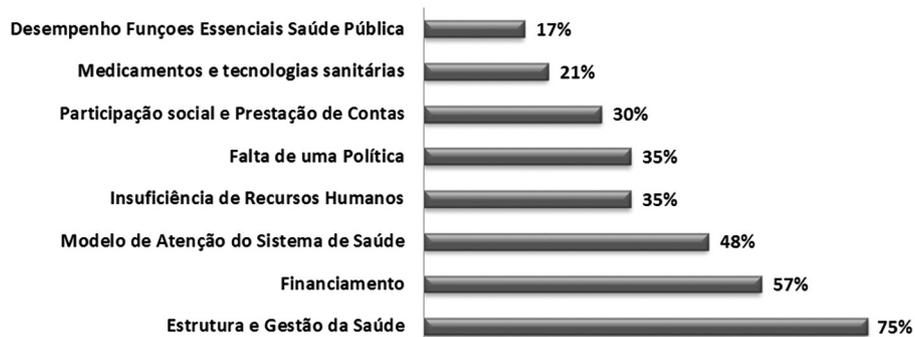


**Gráfico 1.** Distribuição dos participantes da enquete eletrônica sobre a avaliação da Universalidade em Saúde nos países pertencentes a CIMF-WONCA. 2016  
 Fonte: Enquete eletrônica auto-administrada. Subgrupo 1 Eixo Universalidade, Equidade e Qualidade nos Sistemas de Saúde: A Medicina de Família e Comunidade como Eixo. 2016



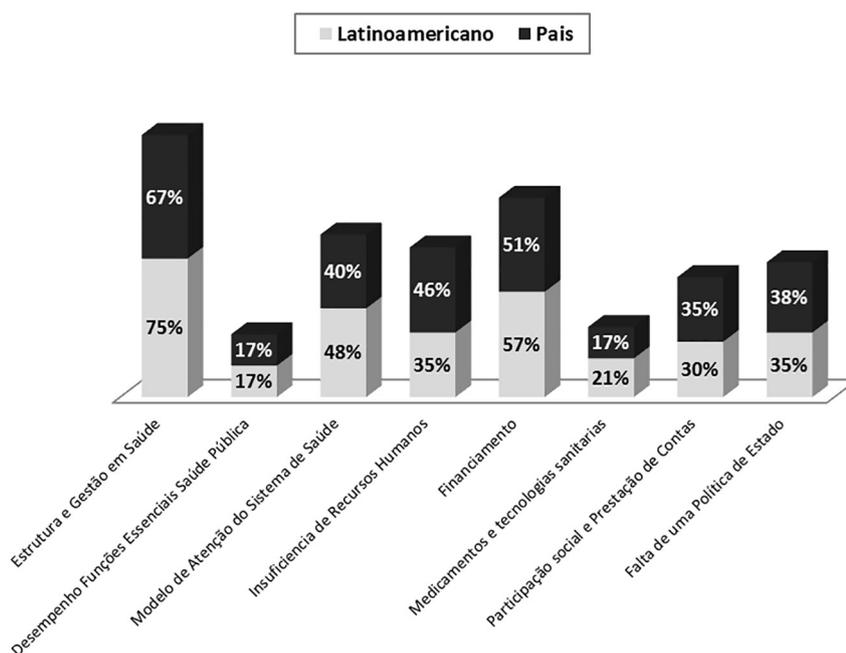
**Gráfico 2.** Concordância com o conceito de Universalidade proposto na enquete eletrônica sobre a avaliação da Universalidade em Saúde nos países integrantes CIMF-WONCA. 2016  
 Fonte: Enquete eletrônica auto-administrada. Sub Grupo 1 Eixo Universalidade, Equidade e Qualidade nos Sistemas de Saúde: A Medicina de Família e Comunidade como Eixo. 2016

A consulta sobre os principais determinantes no âmbito latino-americano que limitam a conquista da universalidade no campo da APS e da MFC revelou que: 75% dos participantes concordam que o principal determinante é a estrutura e a gestão em saúde; seguido pelo financiamento (57%), a inadequação do modelo de atenção à saúde(48%), a insuficiência de recurso humano qualificado e a ausência de uma política de saúde eficiente (35%), a participação social insuficiente e uma inadequada prestação de contas (30%), a falta de acesso a medicamentos e tecnologias sanitárias (21%) e a ineficiência no desempenho das funções essenciais de saúde pública (17%). (Gráfico 3)



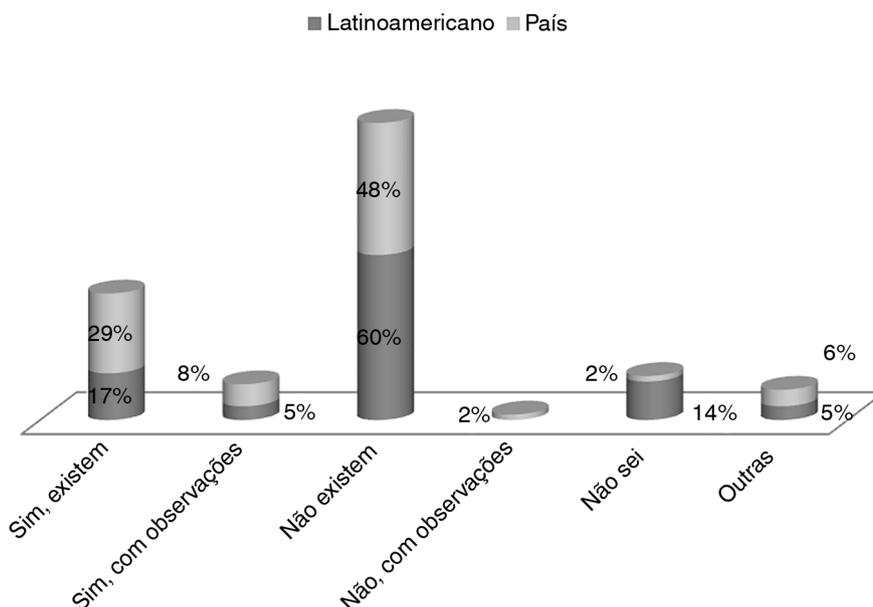
**Gráfico 3.** Principais determinantes no âmbito latino-americano que limitam a conquista da universalidade no campo da APS e MFC nos países que integram a CIMF-WONCA. 2016  
 Fonte: Enquete eletrônica auto-administrada. Sub Grupo 1 Eixo Universalidade, Equidade e Qualidade nos Sistemas de Saúde: A Medicina de Família e Comunidade como Eixo. 2016

A análise das respostas sobre os fatores considerados limitantes por país para atingir a universalidade no âmbito da APS e MFC mostrou que 67% dos participantes concordam que o principal determinante é a estrutura e gestão em saúde; seguido pelo financiamento (51%), a insuficiência de recurso humano (46%), o modelo de atenção do Sistema de Saúde (40%), a política de saúde (38%), a participação social e prestação de contas (35%), o acesso a medicamentos e tecnologias sanitárias (21%) e as características do desempenho das funções essenciais de saúde pública (17%). (Gráfico 4)



**Gráfico 4.** Principais determinantes no nível país que limitam a conquista da universalidade no campo da APS e da MFC nos países pertencentes a CIMF-WONCA. 2016  
 Fonte: Enquete eletrônica autoadministrada. Subgrupo 1 Eixo Universalidade, Equidade e Qualidade nos Sistemas de Saúde: A Medicina de Família e Comunidade como Eixo. 2016

Do total de participantes, 60% consideraram que, no âmbito da América Latina, as políticas nacionais de saúde não focalizam e priorizam a universalidade no campo da APS e da MFC e 48% pensam de forma semelhante para os seus países; 17% indicaram que existem políticas neste sentido no contexto da América Latina e 28% no respectivo contexto nacional (Argentina, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Espanha, México, Nicarágua, Portugal e Uruguai). (Gráfico 5)



**Gráfico 5.** Percepção sobre a existência ou não de políticas nacionais que impulsionam a conquista da universalidade no campo da APS e da MFC nos países pertencentes a CIMF-WONCA. 2016  
 Fonte: Enquete eletrônica autoadministrada. Subgrupo 1 Eixo Universalidade, Equidade e Qualidade nos Sistemas de Saúde: A Medicina de Família e Comunidade como Eixo. 2016

## Discussão

Mesmo havendo participado mais de 20 países da América Latina, os dados colhidos na enquete representam a percepção de somente 63 participantes, o que limita a obtenção de um panorama amplo da situação da cobertura universal em saúde no âmbito da região.

Porém, é interessante verificar que a análise dos dados é concordante com dados de obtidos por outros autores, como Ortiz Salgado e colaboradores<sup>14</sup> que realizaram uma análise comparativa de dois sistemas de saúde para evidenciar as estratégias e as dificuldades para a obtenção de uma maior cobertura em saúde, evidenciando a necessidade de implementar políticas nacionais focadas na Atenção Primária em Saúde com participação da Medicina de Família e Comunitária.

Existe variabilidade na percepção, no âmbito regional, sobre o conceito de universalidade, o que poderia ser explicado tanto pela falta de difusão dos trabalhos e propostas das cúpulas anteriores, quanto pela falta de uma melhor internalização do conceito, considerando a realidade de cada um dos países, e de seus entendimentos acerca do significado de atenção integral à saúde da população.

## Conclusões

Para alcançar Cobertura Universal em Saúde devemos atuar estrategicamente nas cinco áreas fundamentais de ação da atenção primária em saúde: (1) Coleta e divulgar informação para a ação; (2): Fortalecer a participação social: fomentar capacidades e conhecimentos da população sobre a saúde; (3) Formação e Capacitação de Recursos Humanos; (4) Intersetorialidade; (5) Reorientação da atenção à saúde.

Existe um consenso latinoamericano (segundo mais de 80% dos participantes, que o conceito de universalidade envolve o direito da população em ter acesso aos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) e Medicina de Família e Comunidade - com enfoque integral, integrado e contínuo, independentemente da condição socioeconômica ou geográfica do indivíduo, da família ou da comunidade.

Embora em alguns países existam políticas para garantir acesso universal à rede de serviços de saúde é necessário um trabalho contínuo, equilibrado e estruturado para conseguir que as populações com menor possibilidade de acesso aos serviços conquistem esse direito de forma progressiva e bem definida, de acordo com suas realidades.

A participação ativa dos membros da CIMF no contexto de formulação de políticas é relevante para os países promoverem melhor acesso. Para tanto, devem ser formuladas estratégias regionais de modo que aqueles com mais experiência subsidiem a construção de propostas a serem apresentadas aos governos locais.

## Recomendações

Do trabalho realizado durante os dois dias da VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade na cidade de San José de Costa em abril de 2016, a partir da revisão da literatura e da análise da enquete; foram derivadas as seguintes recomendações:

1. Resgatar e divulgar o conceito de Universalidade incluído na Carta de Quito por ocasião da V Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunitária.
2. Reforçar o primeiro nível de atenção com a presença do Médico de Família e Comunidade baseado na estratégia de Atenção Primária em Saúde, assegurando o acesso independentemente da condição geográfica, social e econômica da população.
3. Administrar de forma efetiva e equitativa os recursos, baseados na análise da situação de saúde da população, incorporando a participação social como um dos seus eixos.
4. A Medicina de Família como eixo do primeiro nível liderando uma equipe multidisciplinar, mantendo o enfoque individual, familiar e comunitário, com ênfase nas atividades de promoção e educação em saúde e prevenção de enfermidades.
5. Implantar equipes multidisciplinares qualificadas com liderança dos especialistas em Medicina de Família e Comunidade a fim de garantir o acesso efetivo de indivíduos, famílias e comunidades aos serviços de saúde no Primeiro Nível de Atenção.
6. Garantir recursos que permitam à equipe do primeiro nível de atenção realizar seu potencial para resolver pelo menos 80% dos problemas/necessidades de saúde neste nível de cuidado.
7. Cada país deve fortalecer os mecanismos de planejamento e diálogo nacional sobre os requerimentos na formação e na transformação de especialistas em Medicina de Família e Comunitária; garantindo a sua inserção laboral e uma distribuição equitativa em função das necessidades da população.

## Referências

1. Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). Alix Freiler, Carles Muntaner, Ketan Shankardass, Catherine L Mah, Agnes Molnar, Emilie Renahy, Patricia O'Campo. 67, 2013, *Journal Epidemiology Community Health*, pp. 1068-1072. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2013-202731>

2. La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad. Daniel Titelman, Oscar Cetrángolo, Olga Lucía Acosta. 2015, MEDICC Review, Vol. 17, pp. 68-72. Suplemento.
3. América Latina: prioridades para la cobertura universal de salud. Vega, J and Frenz, P. 2015, MEDICC Review, Vol. 17. Suplemento.
4. Fair society, healthy lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010. Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T, McNeosh, D., Grady, M., & Geddes, I. London: s.n., 2010, UCL Institute for Health Equity.
5. Desafíos para alcanzar universalidad con equidad en salud en América Latina en el Siglo XXI. Suárez, J. M. 36, La Habana: s.n., 2010, Revista de Salud Pública de Cuba, Vol. 3.
6. Ortiz Hernández, L., & Pérez Salgado, D. Chile y Costa Rica: Diferentes caminos a la universalidad de los servicios de salud en América Latina. s.l.: MSP Occasional Paper, 2014.
7. Levelling up (part 1): A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Whitehead, M. and Dahlgren, G. 2006, Studies on social and economic determinants of population health No. 2.
8. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. 1978, Declaración de Alma-Ata, URSS.
9. Health systems in South America: Challenges to the universality, integrality and equity. Giovanella, L., et al. 2012, Rio de Janeiro: South American Institute of Government in Health, pp. 21-69.
10. National health systems throughout the world. Roemer, M.I. 1993, Annual Review of Public Health, pp. 14: 335-353. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.pu.14.050193.002003>
11. Carta de Quito. Padula, A. Maria Inez and León, Edgar et al. Enero a Marzo 2016, Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Vol. 12.
12. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Hernández - Aguado, Ildefonso, Santaolaya Cesteros, María and Campos Esteban, Pilar. Suplemento, España: s.n., 2012, Gaceta Sanitaria, Vol. 26, pp. 6-13.
13. OPS/OMS. Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México. Distrito Federal: s.n., 2013.
14. Chile y Costa Rica: Diferentes caminos a la universalidad de los servicios de salud en América Latina. Ortiz Hernández, Luis and Pérez Salgado, Diana. 23, s.l.: MSP Occasional Paper, 2014, MSP Occasional Paper.

## Anexos

Enquete elaborada com os aportes do grupo colaborador:

Conceito Universalidade com enfoque na APS e MFeC:

1. Quais considera que são os principais determinantes no nível latino-americano que limitam na questão de atingir a universalidade da Atenção Primária em Saúde e da Medicina de Família e Comunitária?

- a. Estrutura e gestão
- b. Desempenho das funções essenciais de saúde pública
- c. Modelo de atenção
- d. Recursos humanos
- e. Financiamento
- f. Medicamentos e tecnologias sanitárias
- g. Participação social e rendição de contas
- h. Reitoria

Justifique:

Outro:

2. Quais considera que são os principais determinantes de seu país que limitam a questão de atingir a universalidade da APS e da MFC?

- a. Estrutura e gestão
- b. Desempenho das funções essenciais de saúde pública
- c. Modelo de atenção
- d. Recursos humanos
- e. Financiamento
- f. Medicamentos e tecnologias sanitárias
- g. Participação social e rendição de contas
- h. Reitoria

Justifique:

Outro:

3. Considera que as políticas nacionais em saúde no nível latino-americano estão focadas e priorizadas para a universalidade da APS e a MFC?

- a. sim
- b. não
- c. não sei

Justifique brevemente:

4. Considera que as políticas nacionais em saúde de seu país estão focadas e priorizadas para a universalidade da APS e a MFC?

- a. sim
- b. não
- c. não sei

Justifique brevemente:

5. Quais são as principais fortalezas do sistema de saúde de seu país que garantem a questão de atingir a universalidade da APS e da MFC em sua região?

- a. Existência de uma política de gestão que valora e investe em APS e MFC
- b. Bom desempenho das funções essenciais de saúde pública
- c. Existência de um Modelo de Atenção adequado à APS e à MFC
- d. Existência de uma política de Recursos Humanos em pró da manutenção e fortalecimento de uma APS e MFC qualificadas e em quantidade necessária
- e. Existência de uma política de Financiamento que apoie especificamente o desenvolvimento da APS e MFC
- f. Disponibilidade e acesso a Medicamentos e Tecnologias sanitárias
- g. Participação social e rendição de contas

Justifique:

Outro:

6. De que forma você acha que a Medicina de Família pode influenciar a questão de cumprir o princípio de universalidade em seu país?

## A Medicina de Família e Comunidade como eixo central da Equidade nos Sistemas de Saúde de Ibero-América: uma análise exploratória da região

Family and Community Medicine as the core of the Health Systems Equity in Latin America: an exploratory analysis of the region

*La Medicina Familiar y Comunitaria como eje central de la Equidad en los Sistemas de Salud de Latinoamérica: un análisis exploratorio de la región*

Marcela Cuadrado Segura. Departamento de Medicina de Família e Comunidade, Faculdade de Medicina da Universidade da República do Uruguai; Sociedade Uruguaia de Medicina de Família e Comunitária (SUMEFAC). Grupo CIMF Medicina de Família e Comunitária no Meio Rural. Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar (WONCA Iberoamericana CIMF). Uruguai. E mail: marcelacua@gmail.com (Autora correspondente)

Maria Inez Padula Anderson. Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitaria, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Confederação Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunitária (CIMF). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. inezpadula@yahoo.com.br

Thomas Meoño Martín. Escola de Medicina da Universidade Autônoma de Centro-América; Coordenação Técnica do Câncer da Gerência Médica da Caixa Costa-Ricense de Seguro Social; Curso de Medicina e Cirurgia da Universidade da Costa Rica; Associação de Especialistas em Medicina de Família e Comunitária da Costa Rica (MEDFAMCOM) 2016-2019. Costa Rica. drmeono@gmail.com

### Equipe de Trabalho

Andrea De Angulo (Colômbia), Dayme Quintero (Panamá), Dora Patricia Bernal (Colômbia), Francisco Ariza Montoya (Colômbia), Jesús Reyes Carranza (Colômbia), Jorge Brandao (Portugal), Lizette Pérez Pérez (Cuba), María Naxalia Zamora González (Nicarágua), Milagro Muñoz (Costa Rica).

### Resumo

O objetivo deste trabalho é revisar o conceito geral de equidade e de equidade em saúde, em particular, a partir da visão da Medicina de Família e Comunidade como especialidade fundamental do primeiro nível de atenção à saúde. Surge como produto do intercâmbio do grupo da VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade. A metodologia de trabalho se deu através de uma enquete prévia e discussão dos dados durante a mesma cúpula em San Jose, Costa Rica, em abril de 2016. Neste artigo são apresentados os resultados do trabalho grupal em todas as etapas que consistem em: nova definição de equidade; análise de equidade em saúde; fatores que influenciam a mesma; a equidade na distribuição e quantidade de Médicos de Família e Comunidade na Ibero-América; estratégias governamentais para alcançar a equidade na assistência à saúde da população e a concordância ou não dos Médicos de Família e Comunidade com as mesmas. Da enquete se obtém a informação de falta de equidade nos serviços de saúde onde se encontram inseridos os Médicos de Família e Comunidade, seja pela distribuição inadequada, seja pela quantidade de recursos humanos qualificados para o primeiro nível, pela falta de legislação e de compromisso dos governos. Para alcançar a equidade, surge a necessidade de trabalhar a partir desse conceito envolvendo diferentes atores para gerar uma mudança no sentido de uma maior equidade em saúde, tendo como um recurso fundamental a Medicina da Família e Comunidade para o alcance da mesma.

### Palavras-chave:

Equidade em saúde  
Equidade e Medicina de  
Família e Comunidade  
Estratégias para  
alcançar Equidade

**Fonte de financiamento:**  
declaram não haver.

**Parecer CEP:**  
A pesquisa foi considerada uma pesquisa sem risco. Os autores declaram que os procedimentos seguidos foram realizados conformes as normas éticas da Associação Médica Mundial e da Declaração de Helsinque.

**Conflito de interesses:**  
declaram não haver.

**Procedência e revisão por pares:**  
revisado por pares.  
Recebido em: 15/08/2016.  
Aprovado em: 15/09/2016.

**Como citar:** Cuadrado MS, Anderson MIP, Meoño TM. A Medicina de Família e Comunidade como eixo central da Equidade nos Sistemas de Saúde de Ibero-América: uma análise exploratória da região. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):17-25. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1383](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1383)

## Abstract

The objective of this paper is to perform a review of equity concept in general and equity in health in particular from the perspective of considering Family and Community Medicine an essential specialty in primary care. This communication resulted from the exchange of the members of the ethics working group at the VI Ibero-American Summit of Family and Community Medicine in San Jose, Costa Rica on April 2016. The methodology consisted of a preliminary survey and the discussion during the summit about the obtained data. All the stages of the work of the working group are presented in this report: an equity new definition, analysis of the equity on health, influential factors, equity through distribution and number of Family and Community doctors in Latin America, governments' strategies oriented to achieve equity providing healthcare to the entire population, and the acceptance or not of this strategies by family and community doctors. The data obtained from the surveys showed a lack of equity in family and community healthcare facilities due to inadequate number and distribution of qualified human resources, lack of legislation and commitment from governments. It is proposed to work from the concept of equity involving different actors to generate changes oriented to enhance equity in healthcare with family and community medicine as an instrument.

### Keywords:

Health Equity  
Equity in health systems,  
family and community  
medicine as core  
Strategies for equity

## Resumen

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión del concepto de equidad en general y de equidad en salud en particular, con la visión de la Medicina Familiar y Comunitaria como especialidad fundamental del primer nivel de atención. Surge como producto del intercambio del grupo de la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria. La metodología de trabajo fue por medio de una encuesta previa y discusión con datos durante la misma cumbre en San José de Costa Rica, en el mes de abril de 2016. En este artículo se presentan los resultados del trabajo grupal en todas sus etapas, que consisten en: nueva definición de equidad, análisis de la equidad en salud, factores que influyen en esta, equidad en la distribución y cantidad de Médicos de Familia y Comunidad en Iberoamérica, las estrategias de los Gobiernos para lograr la equidad en la atención a la salud de la población y la aceptación o no de los Médicos de Familia y Comunidad con las mismas. Surgen de las encuestas la falta de equidad en los servicios de salud donde se encuentran insertos los Médicos de Familia y Comunidad, sea por inadecuada distribución y cantidad de recursos humanos calificados destinados al primer nivel y la falta de legislación y compromiso de gobiernos. Se plantea la necesidad de trabajar desde el concepto de equidad involucrando a diferentes actores para generar un cambio a favor de mayor equidad para la salud, teniendo como recurso fundamental a la Medicina Familiar y Comunitaria para el logro de la misma.

### Palabras clave:

Equidad en salud  
Equidad y medicina  
familiar y comunitaria  
Estrategias para lograr equidad

## Introdução

Ibero-América, formada por: América do Sul incluindo as Regiões Andina e Cone Sul, Meso-América e Península Ibérica, conformam uma das regiões do mundo com maior inequidade social<sup>1</sup> e graves desigualdades nas condições de saúde e de acesso aos serviços de saúde, entretanto ainda desenvolvem programas que buscam precisamente o efeito contrário.<sup>2</sup> Esta problemática, expressada em termos diretos como diferenças no estado de saúde entre indivíduos e grupos sociais, entre países e dentro deles, é um tema importante para os sistemas de saúde.

A Medicina de Família e Comunitária (MFC) por sua inserção característica no primeiro nível de atenção, integrada em equipes multidisciplinares perto de onde a pessoa mora, trabalha e estuda, reconhece a importância deste tema.

A crescente disparidade das condições de vida e de saúde entre os grupos sociais e as regiões geográficas do mundo, tem provocado a preocupação de diferentes organizações sociais pelas desigualdades em saúde, considerando-as entre as emergências que comprometem o futuro da humanidade.<sup>3</sup>

O termo equidade<sup>4</sup> procede do latim *aequitas*, que deriva da palavra *aequus*, que significa "igual". Consiste em dar para cada um o que lhe corresponde por seus méritos ou condições.

Aristóteles disse que "*a natureza mesma da equidade é a adequação das leis quando esta se mostra insuficiente por seu caráter universal*". É sabido que a lei tem necessariamente caráter geral e, portanto, muitas vezes é imperfeita ou de difícil aplicação em casos particulares. Nestes casos, a equidade intervém para julgar, não a partir da lei, mas a partir da justiça que a mesma lei está destinada a realizar.

Portanto, diz Aristóteles, a justiça e a equidade são a mesma coisa: a equidade é superior, não àquilo que é justo em si, mas o justo formulado em uma lei que, por razão de sua universalidade, está sujeita a erro. *“A equidade representa, perante a razão legal, o sentimento da justiça que às vezes se afasta da lei para atender circunstâncias que, se não forem consideradas, determinariam uma ‘injustiça legal’ se for admitida a frase paradoxal.”*<sup>5</sup>

Bárbara Starfield<sup>6</sup> define a equidade como a ausência de diferenças sistemáticas entre populações. Argumenta que *“A Atenção Primária em Saúde, permite uma maior acessibilidade e é muito mais flexível às mudanças nas necessidades de saúde da sociedade”*. Foi demonstrada a maior efetividade e eficiência de uma boa atenção primária comparada com a atenção por especialidades, e mais recentemente a sua importância na melhora da equidade em saúde. Isto se alcança porque é focada nas pessoas e na comunidade, satisfaz as necessidades comuns da população, e integra a atenção médica com outros níveis de serviços.

Observando a equidade em relação aos serviços de saúde e aos processos de atenção médica, diversos autores identificam aspectos específicos relacionados com as várias formas de operacionalizar o conceito de equidade em saúde. Whitehead<sup>7</sup> identifica quatro tipos de equidade: a) igualdade no acesso disponível para igual necessidade; b) igualdade de utilização para igual necessidade (referida à adequada distribuição dos recursos de saúde existentes entre os indivíduos que os necessitam); c) igualdade na qualidade da atenção; d) igualdade no resultado.

Outros autores como Berman<sup>8</sup> e Daniels<sup>9</sup> destacam que os três elementos-chaves para atingir a equidade nos sistemas de saúde são: financiamentos progressivos/aportes equitativos de recursos dentro do sistema de saúde; direitos universais/acessos universais e qualidade dos serviços de saúde.

Da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>10</sup> se procurou dar um sentido mais operacional ao termo. A equidade na atenção à saúde se define como: a) a forma em que são designados os recursos para o cuidado da saúde; b) a forma em que os serviços são recebidos pela população; e c) a forma em que os serviços de saúde são pagos.

Por outro ponto de vista, se tem escrito sobre a melhoria da saúde dos indivíduos e o alcance da equidade na saúde das populações a partir de uma perspectiva política.<sup>11</sup> Concluiu-se que é preciso um enfoque multidisciplinar que aborde: os fatores socioeconômicos determinantes da saúde, as políticas sociais e econômicas que afetam a distribuição dos recursos; assim como as características dos serviços de saúde que fortalecem a Atenção Primária em Saúde (APS).<sup>12</sup> Para isto é necessário o trabalho das equipes de saúde; e nelas, o trabalho dos médicos de família e comunidade (MFC)<sup>13</sup> a fim de diminuir as desigualdades em saúde e alcançar a equidade para os seres humanos no processo saúde-doença.

## Método

Foi realizada uma revisão conceitual do tema, a partir do que foi debatido com participantes de diferentes associações de Medicina de Família. O trabalho teve uma fase não presencial, com uma enquete online, aplicada a residentes e pós-graduandos de MFC, especialistas em MFC e gestores em saúde. O processo de elaboração da enquete foi prévio à VI Cúpula de MFC para conhecer sobre equidade na prática cotidiana. As enquetes foram enviadas a todos os países da Ibero-América através das associações de MFC. Foram 6 perguntas, com opções de respostas fechadas, semifechadas e abertas. Foi pesquisado o conceito de equidade, a existência de equidade em sua prática cotidiana, os fatores que levam à inequidade, e as estratégias que desenvolveram os governos para atingir a equidade. Além disso, solicitou-se a opinião dos entrevistados a respeito de estratégias. A seguir, uma fase presencial desenvolvida durante a VI Cúpula de MFC em 11 e 12 de abril de 2016 em San José de Costa Rica. Nesta instância presencial, participaram os integrantes do respectivo subgrupo da Cúpula. O objetivo do trabalho foi desenvolver uma definição de equidade a partir da perspectiva da MFC, adequada à região e formular recomendações a serem seguidas e relacionadas ao tema.

## Resultados

De acordo com a ordenação do estudo, apresenta-se a definição desenvolvida durante a reunião da Cúpula na Costa Rica.

**Definição:** O termo equidade está estreitamente vinculado ao direito à saúde e às suas práticas jurídicas; é a assunção de se deixar guiar ou a agir pelo sentimento do dever ou da consciência, mais do que pelo rigorosamente escrito na lei ou nos mandatos da justiça.

Em relação à justiça social, a equidade implica uma distribuição quali-quantitativa dos serviços integrais e integrados de saúde à medida das necessidades ou, em outras palavras, que cada pessoa, família e comunidade receba o que necessita para recuperar e manter a sua saúde e bem-estar, a partir da gestão no processo social e da participação intersetorial.

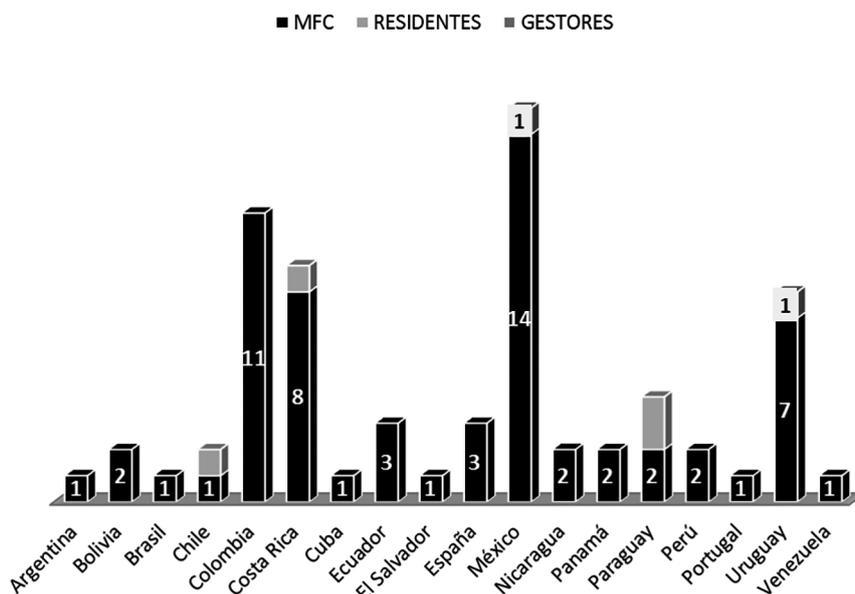
A partir dos princípios da MFC, a equidade se pratica na atenção centrada nas pessoas, na família e na comunidade, respeitando o seu entorno biopsicossocial, político cultural e a livre autodeterminação; a partir do desenvolvimento das funções assistenciais, gerenciais, docentes e investigativas para dar resposta às necessidades de saúde.

## Resultados da Enquete

Da análise da enquete se obteve:

Total de participantes 69, dos quais 63 são MFC, 4 residentes e 2 gestores.

Os países representados foram 18, de todas as regiões. Do Cone Sul: Argentina, Uruguai, Chile, Brasil e Paraguai; da Região Andina: Equador, Peru, Bolívia, Venezuela e Colômbia; da Meso-América: México, Costa Rica, Panamá, Nicarágua e Cuba; da Península Ibérica: Espanha e Portugal. (Figura 1).



**Figura 1.** Países participantes da enquete.

Fonte: Enquete Sub-Grupo Trabalho Equidade - VI Cúpula Ibero-Americana MFyC- CIMF

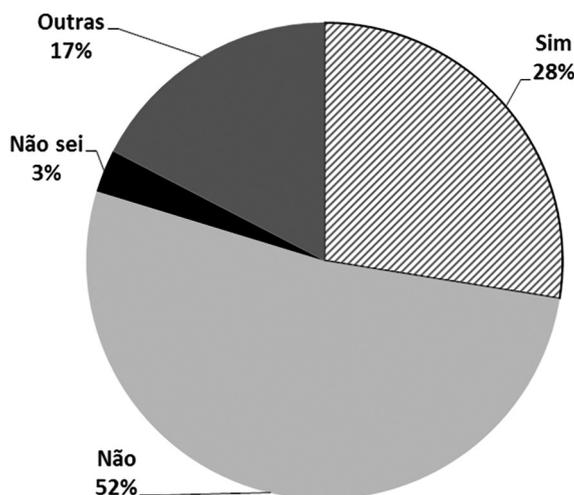
A partir das respostas às perguntas formuladas se obteve o seguinte:

Na pergunta: Considera que no seu país existe a EQUIDADE na prestação de serviços de Atenção Primária à Saúde?

52% dos participantes consideraram que não existe equidade na prestação dos serviços de saúde; 28% considerou que, sim, existia equidade.

Na análise por país, pode-se considerar que os países que responderam que existe equidade são aqueles que têm um sistema único de saúde. Por ex. Cuba.

17% dos participantes que responderam outras opções explicam que nos seus países se transita um caminho orientado para a equidade, outros respondem que existe “uma equidade” na prestação dos serviços de saúde quando o indivíduo mora em zonas urbanas. (Figura 2).



**Figura 2.** Existência de Equidade na prestação de serviços de Atenção Primária à Saúde.  
Fonte: Enquete Sub-Grupo Trabalho Equidade - VI Cúpula Ibero-Americana MFyC - CIMF

Na pergunta: no seu país existe a EQUIDADE na distribuição e na quantidade de MFC?

75% dos participantes responderam que não existe a equidade na distribuição de MFC.

7% respondeu que há equidade na distribuição e quantidade de MFC no país.

Os participantes que responderam outros, o que corresponde a 16%, explicam que tanto a distribuição de MFC, quanto a quantidade, variam segundo a zona geográfica. Referem que o número de especialistas em MFC depende de salários, possibilidade de exercer a especialidade, vagas de formação, status.

Explicam que o MFC tem se posicionado nas áreas onde é acolhido e não necessariamente onde mais se necessita ou possa contribuir. Destes, 55% opinam que os MFC estão concentrados em grandes cidades. Figura 3.

Na pergunta: Qual/Quais o/os fator(es) que mais contribui(em) para a INEQUIDADE em termos de APS e MFC do seu país?

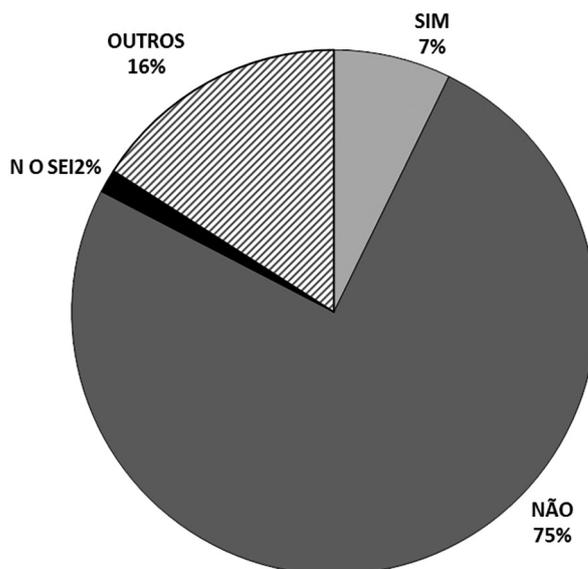
64 pessoas escolheram mais de uma opção, somente 4 pessoas responderam uma única opção.

44% dos participantes opinaram que a falta de recursos humanos qualificados é a primeira causa de inequidade.

33% opinou que a fragmentação dos serviços de saúde e o aspecto financeiro são fatores fundamentais que contribuem para a inequidade.

31% dos participantes destacaram outros fatores importantes como as condições econômicas e a falta de uma política adequada por parte dos governos para APS e MFC, não sendo estes fatores identificados pelos provenientes de países que possuem um sistema único de saúde como a Venezuela, Cuba e Espanha.

27% consideraram que a falta de acesso à tecnologia e a medicamentos leva à inequidade em saúde.



**Figura 3.** Existência de equidade na distribuição e na quantidade de MFC por países.  
 Fonte: Enquete Sub-Grupo Trabalho Equidade - VI Cúpula Ibero-Americana MFyC- CIMF

26% acharam que a falta de legislação é uma limitante importante para o desenvolvimento da melhoria na equidade.

25% opinaram que as condições geográficas e a acessibilidade limitam a equidade. Há regiões na Ibero-América que apresentam importantes dificuldades de acesso ao serviço de saúde.

23% disseram que a distribuição desigual dos serviços de saúde é outro fator contribuinte.

17% e 9% opinaram que a falta de participação social e a situação cultural são fatores a se levar em conta, seja em relação às populações, aos profissionais da saúde, às instituições de saúde, e gestores, políticos, organizações profissionais (Figura 4).



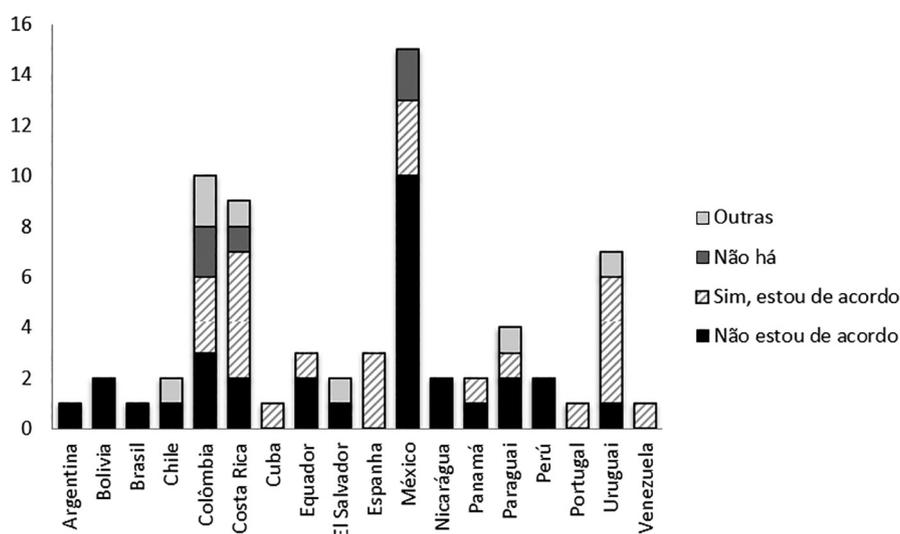
**Figura 4.** Fatores que contribuem para a inequidade em termos de APS e MFC no país.  
 Fonte: Enquete Sub-Grupo Trabalho Equidade - VI Cúpula Ibero-Americana MFyC - CIMF

Na questão sobre as estratégias adotadas pelo sistema de saúde do país na busca pela equidade em termos de APS e de MFC, 26% disseram que na formação e na qualidade dos recursos humanos estão a maioria das estratégias para atingir a equidade, ampliando as vagas de residências, a fim de aumentar o número de especialistas e realizando mais concursos públicos como forma de conseguir profissionais mais qualificados.

20% dos participantes considerou que exigir o título de MFC para trabalhar no primeiro nível é outra estratégia considerada de ordem prioritária.

Outras estratégias questionadas foram: política de priorização de APS e MFC com distribuição de recursos por todo o território e políticas de avaliação de qualidade em todo o país. Menor quantidade de participantes manifestou que a pesquisa, monitoramento e avaliação são estratégias fundamentais para a equidade.

A última pergunta dizia a respeito a se concordavam ou não com as estratégias utilizadas pelos governos para chegar à equidade. 42% dos participantes responderam que não; 41% afirmativamente e 13% disse que não há estratégias. (Figura 5).



**Figura 5.** Concordância com as estratégias empregadas para alcançar a equidade.

Fonte: Enquete Sub-Grupo Trabalho Equidade - VI Cúpula Ibero-Americana MFyC - CIMF

## Discussão

Para atingir a equidade em saúde é necessário um sistema de saúde fundamentado em uma sólida atenção primária em um sentido más abrangente, não só depende da atenção médica ou dos serviços em saúde.

Os níveis do alcance da equidade variam nos diferentes serviços de saúde em um mesmo país, se estes serviços são públicos ou privados e também se as zonas são urbanas ou rurais.

Os serviços serem públicos ou privados, dependendo dos países, não evidenciaram diferenças significativas na equidade.

Categoricamente evidencia-se que as zonas rurais são claramente menos equitativas que as urbanas.

A distribuição dos MFC não é equitativa por vários motivos: pela distribuição dos serviços de saúde como foi dito anteriormente, por existirem ofertas de trabalho com mais oportunidades nas cidades e por falta de reconhecimento da especialidade.

Dos fatores limitantes para a equidade, a falta de recursos humanos qualificados é o mais importante. Assim como a ausência de políticas governamentais, de legislação e de direcionamento em relação ao tema. A localização dos serviços de saúde oferece limitações, sobretudo quando não existe acessibilidade geográfica.

Das estratégias que os países adotam para melhorar a equidade é fundamental: formar especialistas em MFC através de residência e convocar concursos para disponibilizar de recursos humanos qualificados. Além disso, contar com uma distribuição adequada, boa remuneração e um sistema de incentivos dos mesmos.

Para isto é fundamental contar com o apoio dos governos.

A conclusão é que deve se apostar na qualidade para tentar diminuir as diferenças de inequidade.

A respeito da existência de estratégias para atingir a equidade, mais de 40% considera que sim, elas existem e o mesmo número de participantes considerou que não, alguns casos opiniões distintas dentro de um mesmo país. Isto leva a refletir se estas estratégias podem depender de onde foram aplicadas, da localização geográfica (urbana ou rural) e da formação de recursos em um mesmo país, umas equitativas e outras muito menos equitativas.

Em relação ao papel que cumpre a MFC na equidade, as opiniões se basearam no fato de que a MFC é a especialidade com maior capacidade de prover a equidade dentre as outras. Isto se dá porque ao trabalhar na APS, inseridos em comunidades onde a pessoa mora, trabalha, fica doente e também recupera a sua saúde, se está mais próximo e se conhece melhor as necessidades da população com a qual se trabalha, disponibilizando às pessoas o que realmente necessitam em saúde sem deixar de lado as necessidades de outros, gerando de forma permanente estratégias para alcançar a equidade. A equidade é multidimensional, e como os MFC trabalham a partir desta visão do ser humano, eles são elementos-chave para o desenvolvimento de políticas que favoreçam a aplicação dos princípios da equidade, uma política pública sem fragmentação.

Para conseguir isto devem ser tomadas decisões a nível político, participando no desenho das políticas e normas de cada país. Tudo isto será possível se o especialista em MFC estiver adequadamente formado, executando uma boa prática clínica, familiar e comunitária, realizando uma gestão correta no seu local de trabalho e com um salário digno, não diferente daquele de outras especialidades.

A amostra do estudo tem as seguintes fragilidades: 1) do ponto de vista qualitativo pode não ser representativa, pois é uma amostra por conveniência; 2) do ponto de vista quantitativo é suficiente, 69 participantes para um Universo de 20 países integrantes da região, representados 18 países.

Como fortalezas permitiu realizar comparação com a literatura existente, não chegando a identificar fatores que não tenham sido previamente estabelecidos. Foi encontrado um universo dividido neste tema, com governos muito comprometidos em melhorar a equidade, países bem diversos em relação à questão e países longes de atingir a equidade.

É necessário reorientar os serviços de saúde em um contexto de “saúde pública e equidade” para que se possa atingir uma melhor “saúde da população e uma melhor distribuição da saúde”, um modelo que considere os fatores que favorecem a saúde da população e não só a saúde individual.

Posicionar as pessoas em um papel mais ativo é um passo muito importante. Quando se diz “dar mais...” é como se existisse um grupo que dá e um outro que recebe, e mesmo havendo algo disso, deve-se aspirar a coletivos autogestionados, participativos, onde “receba mais quem mais necessite” mas sem existir uns que dão e outros que recebem.

O papel do MFC pode ser mais enfático e determinante na equidade. As possibilidades de incidência da MFC neste tema são muito amplas, em concordância com a amplitude do campo de ação profissional e com a natureza política do movimento da MFC, em nível regional e mundial. As possibilidades de promover a equidade estão nas ações e posicionamento em nível clínico, assim como na docência ou na pesquisa; desde os temas escolhidos para pesquisar ou ensinar, até os locais escolhidos para trabalhar. Mas, também estão no agir do MFC em nível comunitário, nos territórios locais, promovendo a cultura de direitos e o empoderamento da população, assim como o diálogo de saberes que enriqueça os profissionais e cidadãos em geral.

## Recomendações

1. Tomar consciência do quão longe se está para alcançar a equidade e a cobertura assistencial se os governos dos países da região não tomarem medidas a respeito.
2. Estabelecer equipes multidisciplinares qualificadas lideradas por especialistas em MFC que facilitem o acesso dos serviços de saúde aos indivíduos, famílias e comunidades no Primeiro Nível de Atenção.
3. Garantir os recursos que permitam à equipe dar resolução à maioria dos problemas/necessidades do indivíduo, da família e da comunidade (mínimo 80%).

## Referências

1. Alleyne GA. La equidad y la meta de salud para todos. Organización Panamericana de la Salud. A Quest for Equity/En busca de la equidad. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. 2002.
2. Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Vidaurre M, Mujica O, et al. Métodos de medición de las desigualdades. Rev Panam Salud Pública. 2002; 12(6):371-372. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002001200002&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002001200002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002001200002>.
3. Alleyne GA, Castillo-Salgado C, Schneider MC, Loyola E, Vidaurre M. Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches. Rev Panam Salud Pública. 2002;12(6): 388-397. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n6/a07v12n6.pdf>
4. Meter F, Evans T. Dimensiones éticas de la equidad. Evans y colaboradores editores. Desafío a la falta de equidad en salud. Washington DC: Fundación Rockefeller/Organización Panamericana de la Salud; 2002. p. 27-36.
5. Ramírez A. Enfoques prevaecientes acerca del concepto de equidad y otros relacionados. Diseño de un Sistema de Monitoreo de la Equidad en Salud en Cuba. [Tesis Doctoral]. [La Habana]: Universidad Médica de La Habana. Escuela de Salud Pública; 2004 p. 4-24.
6. Starfield B. Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos. Gerencia y Políticas de Salud. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia noviembre, año/vol. 1, número 001 pp. 7-16 (2001).
7. Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. Copenhagen: World Health Organization, 1990.
8. Berman P. Health sector reform: Making health development sustainable. Rev. Health Policy. 1995. p13-28.
9. Daniels N, Bryant J, Castano R, Dantés O, Khan K, y Pannarunothai. Criterios para la equidad para la reforma de la atención sanitaria: un instrumento para el análisis de las políticas en países en desarrollo. Bol. de la Organización Mundial de la Salud. 2000.
10. Organización Panamericana de la Salud. Equidad en la situación de salud desde la perspectiva de género. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
11. World Health Organization. Equity in Health Care Geneva: WHO; 1996.
12. Starfield B. Improving equity in health: A research agenda. International Journal Health Service. 2001; 31: p 545-566.
13. Linares N, López-Arellano O. Reforma Sanitaria y Equidad en Salud: apuntes y reflexiones para el debate en América Latina. En: Universidad Autónoma Metropolitana. Jóvenes Investigadores Serie Salud Colectiva. Cuaderno No. 1. Programa de Doctorado en Ciencias de Salud Colectiva. Universidad Autónoma Metropolitana. México DF, 2009.

## Avaliação da Qualidade em Saúde na Medicina de Família e na Atenção Primária na Ibero-América

Health Quality Assessment in Family Medicine and Primary Care in Ibero America

*Evaluación de la Calidad en Salud en la Medicina Familiar y en la Atención Primaria en Iberoamérica*

Maria Inez Padula Anderson. Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Confederação Ibero-americana de Medicina de Família. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. inezpadula@yahoo.com.br (*Autora correspondente*)

Macarena Moral. Universidade do Chile; Instituto de Administração da Saúde, Chile. Chile. moralmacarena@hotmail.com

Marcela Cuadrado Segura. Departamento de Medicina de Família e Comunidade, Universidade da República do Uruguai; Sociedade Uruguaia de Medicina de Família e Comunitária; Grupo CIMF Medicina de Família e Comunitária em Meio Rural. Uruguai. marcelacua@gmail.com

Thomas Meoño Martín. Escola Medicina da Universidade Autônoma da América Central da Costa Rica; Associação de Medicina de Família e Comunitária da Costa Rica; Caixa Costarricense de Seguridade Social. Costa Rica. drmeono@gmail.com

Sergio Minué. Escola Andaluza de Saúde Pública de Granada. Espanha. sergiominue21@gmail.com

Ricardo Donato. Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Brasil. ricardodonato2@yahoo.com.br

Lilia González. Escola Nacional de Saúde Pública. Cuba. lili@infomed.sld.cu

### Equipe de Trabalho

Catalina Coral (Colômbia), Christine Leyns (Bolívia), Felipe Moreno-Piedrahita Hernández (Equador), Jenny Magne (Bolívia), José de Almeida Castro Junior (Brasil), José Obando Romero (Costa Rica), Lisdamys Morera Gonzales (Peru); Pablo Aravia (Chile), Ajayrakeshvarma Chennareddy (Índia), Alejandra Paulo (Uruguai), Alexis Correa Taja (Nicarágua), Allison Acevedo (Colômbia), Anahi Barrios (Uruguai), Anderson Mondragon (Colômbia), Andrea Gamarra (Paraguai), Beatriz Salgado (Chile), Betsy Ballesteros Barragán (Colômbia), Carmen Elena Cabezas Equador; Cecilia Llorach (Panamá), Daniel Capelli (Uruguai), Débora Teixeira (Brasil), Diana Yuruhan (Paraguai), Dora Bernal (Colômbia), Dulce rivera (México), Edgar Leon (Equador), Enrique Falceto de Barros (Brasil), Esteban Cordero (Costa Rica), Gabriela Di Croce Argentina Gady Torres Equador, Garcia Vergara Figueroa (Brasil), Henry Solis Bolívia, Isabel Cristina Puello (Colômbia), Jesús Martínez Ángeles (México), Jorge Brandão (Portugal), Juliana da Rosa Wendt (Brasil), Julio Braidá (Uruguai), Karen Muñoz (Colômbia), Maria Belen Giménez (Paraguai), Marina Almenas (Porto Rico), Mauricio Alberto Rodríguez Escobar (Colômbia), Mery Munive (Costa Rica), Noris Serrudo (Venezuela), Orlando Espinosa Bermúdez (Colômbia), Oscar (México), Osvaldo García Torres (México), Patricia Taira Nakandoj (Brasil), Patricia Vargas (Chile), Philipp Oliveira (Brasil), Ricardo Anzures Carro (México), Ricardo Espitia (Colômbia), Rodolfo Deusdará (Brasil), Verónica Casado (Espanha), Victor Manuel Campos (El Salvador), Xenia Sancho (Costa Rica), Yolanda Flores (Equador)

**Fonte de financiamento:**  
declaram não haver.

**Parecer CEP:**

A pesquisa foi considerada uma pesquisa sem risco. Os autores declaram que os procedimentos seguidos foram realizados conformes as normas éticas da Associação Médica Mundial e da Declaração de Helsinque.

**Conflito de interesses:**  
declaram não haver.

**Procedência e revisão por pares:**  
revisado por pares.

Recebido em: 15/08/2016.

Aprovado em: 15/09/2016.

**Como citar:** Anderson MIP, Moral M, Cuadrado MS, Meoño TM, Minué S, Donato R, et al. Avaliação da Qualidade em Saúde na Medicina de Família e na Atenção Primária na Ibero-América. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):26-36. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1389](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1389)

## Resumo

O objetivo deste estudo é contribuir para o aperfeiçoamento do conceito e dos processos relacionados à avaliação da qualidade na Atenção Primária à Saúde (APS), sob a perspectiva de Médicos de Família e Comunidade (FCM). O estudo foi realizado com base na leitura de textos, discussão em grupo de trabalho e uma pesquisa com a aplicação de um questionário semiestruturado a MFC e outros profissionais provenientes de 19 países. Foram obtidas informações sobre os serviços de APS e das percepções sobre seus processos de avaliação, incluindo os relacionados à educação permanente, motivação e sobrecarga de trabalho. Os resultados sugerem que avaliar adequadamente e sistematicamente a qualidade da APS na Ibero-América ainda é processo muito incipiente. Além disso, com exceção de alguns países, não existe sequer uma APS universal com MFCs em equipes de saúde. Por outro lado, se considerarmos os princípios e práticas de MFC parece ser uma limitação dos instrumentos utilizados para avaliar a qualidade em APS. Conclui-se que para alcançar uma avaliação de qualidade que possa ser condutora de uma melhoria contínua dos serviços de APS é necessário incluir indicadores relacionados aos conceitos e ferramentas da MFC. Um conceito de Qualidade na APS é proposto e são indicadas dimensões para ser incluídas nos processos de avaliação, considerando-se as competências da MFC.

### Palavras-chave:

Qualidade em Saúde  
Medicina de Família  
e Comunidade  
Atenção Primária

## Abstract

The purpose of this study is to contribute to the development of the concept and the assessment of Quality in Primary Care, under the perspective of Family and Community Medicine (FCM). The study was based on texts reading, discussion in a working-group, and a survey with the application of a semi-structured questionnaire to FCM and other professionals from 19 countries. Information about PC services, as well as the perception of its evaluation processes, including those related to permanent education, motivation and work overload was obtained. The results suggest that the quality assessment of PC in Iberoamerica is still a very incipient process. In addition, with the exception of a few countries, there is not even a universal PC with FCM in the health teams. Considering the principles and practices of the FCM, it seems that there is a limitation of the instruments commonly used to evaluate the quality in PC. It is concluded that to achieve a better quality assessment in order to conduct continuous improvements in the PC services, it is necessary to include indicators related to the concepts and tools of FCM. Considering the competences of the FCM, a quality concept in PC is proposed and dimensions to be included in the evaluation processes are indicated.

### Keywords:

Health quality  
Family and Community  
Medicine  
Primary Care

## Resumen

El propósito de este estudio es contribuir al desarrollo del concepto y de los procesos relacionados a la evaluación de la Calidad en la Atención Primaria de Salud, bajo la perspectiva de Médicos de Familia y Comunidad (MFyC). Fue basado en la lectura de textos, discusión en grupo de trabajo y en una investigación con la aplicación de una encuesta semi estructurada a MFyC y otros profesionales provenientes de 19 países. Fueran obtenidas informaciones acerca de los servicios de APS y de las percepciones de sus procesos evaluativos, incluyendo los relacionados a la educación permanente, a la motivación y la sobrecarga de trabajo. Los resultados sugieren que evaluar de forma sistemática y adecuada la calidad de la APS en Iberoamérica aún es un proceso muy incipiente. Además, excepto por algunos pocos países, ni siquiera existe una APS universal con MFyCs en los equipos de salud. Por otro lado, si consideramos los principios y las practicas de la MFyC, parece haber una limitación de los instrumentos utilizados para evaluar la calidad en APS. Se concluye que para alcanzar una evaluación de calidad que pueda ser propulsora de una mejora continua de los servicios en la APS es necesario incluir indicadores relacionados a los conceptos y herramientas de la MFyC. Un concepto de Calidad en APS es propuesto y se indica las dimensiones a ser incluídas en los procesos evaluativos, considerando las competencias de la MFyC.

### Palabras clave:

Calidad en Salud  
Medicina Familiar  
y Comunitaria  
Atención Primaria

## Introdução

A partir de Alma Ata - a Assembleia Mundial da Saúde realizada em 1978 - experimentaram-se avanços importantes na conformação e implementação de modelos de Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente nos países de economia mais desenvolvida, mas o mundo ainda está longe de atingir a meta estabelecida naquela Conferência.<sup>1</sup> Nos países de economia frágil, a baixa implementação de uma APS qualificada é um problema relevante devido a uma série de barreiras de índole conceitual, política, financeira e profissional.<sup>2</sup> Nem existe uma norma nacional e internacional em relação aos conceitos e à integralidade das ações que devem existir para uma APS de qualidade. Estes países convivem com diferentes modelos de APS que, em grande parte, estão dirigidos ao controle de doenças pontuais, e são implementados através de programas e pacotes verticais.<sup>3</sup>

Na América Latina, a Medicina Familiar (MF), especialidade de excelência para o desenvolvimento de uma APS de qualidade, apresenta diferentes etapas de desenvolvimento. Exceto Cuba e o México, não é necessário ter a especialidade para trabalhar na APS, contrariamente ao que acontece nos países de economia mais desenvolvida, como serem a Inglaterra, Canadá, Portugal ou Espanha.<sup>3</sup> Mas, os tempos vêm mudando e estão ocorrendo verdadeiras reformas dos modelos de saúde em alguns países da América Latina ou, mesmo dentro dos mesmos, como é o caso da cidade do Rio de Janeiro, no Brasil.<sup>4</sup>

Neste contexto, e na medida que um modelo de saúde baseado nos princípios de uma Atenção Primária qualificada substitua outro anterior, é necessário haver uma reflexão por parte dos profissionais envolvidos na sua prática, de modo que seus objetivos sejam revisados. Também, neste caso, os processos avaliativos devem ser repensados a fim de conseguir a excelência no exercício profissional e da própria oferta dos novos serviços. Portanto, devem ser consideradas de maneira positivas as iniciativas de revisar os processos avaliativos no nível da APS que sejam propostas de forma colaborativa por equipes profissionais e de suas associações. A avaliação deve ser considerada, neste cenário, um instrumento chave para a melhora contínua da qualidade de Atenção Primária.<sup>5</sup>

Em contrapartida, é necessário evoluir no próprio conceito de qualidade em saúde. Com o desenvolvimento da humanidade, e com os avanços na biotecnologia médica é necessário fazer um chamado para (re)humanizar a assistência em saúde e oferecer serviços de maior qualidade, a partir de um enfoque holístico e que inclua os recursos humanos, o compromisso, e a vontade política necessários para prestar uma boa atenção médica. Há que se pensar no conceito de Qualidade a partir de uma perspectiva multidimensional,<sup>6</sup> com profissionais adequados e com serviços de saúde acessíveis e equitativos.<sup>7</sup> Além disso, incluir o conceito de Prevenção Quaternária (evitar, reduzir e atenuar o prejuízo provocado pela intervenção médica)<sup>8</sup> e incluir os pacientes/usuários e sua satisfação e expectativas com o serviço recebido como parte ativa e importante dentro do processo.

É importante salientar que a qualidade possui uma conotação histórico-cultural, quer dizer, é específica para uma sociedade concreta. Desta forma, são importantes os fatores subjetivos ou psicossociais dos indivíduos, os profissionais e a comunidade (crenças, valores, etc.).<sup>9</sup> Ou seja, a melhora da qualidade em APS deve constituir um objetivo permanente e deve se adequar aos novos desafios, tanto em função da crescente complexidade das necessidades de saúde da população, quanto pela transição epidemiológica e demográfica, e o atual contexto sociopolítico.<sup>10</sup>

Bárbara Starfield,<sup>11</sup> estudou muitos sistemas de saúde (especialmente a partir da década de 90 do s. XX), e evidenciou que as principais características que definem uma APS de qualidade têm a ver com 7 atributos. Quatro Atributos Essenciais: (1) atenção de primeiro contato/acesso, (2) longitudinalidade, (3) integralidade e (4) coordenação, e três 3 derivados: (1) orientação familiar; (2) orientação comunitária e (3) competência cultural.

Considerando a hipótese de que os processos de avaliação da qualidade em APS estejam pouco desenvolvidos na América Latina e na Ibero-América, este estudo tem por objetivo contribuir para desenvolvimento do conceito e nas práticas relacionadas à Qualidade em Saúde a partir da visão da Medicina de Família e Comunidade.

## Metodologia

Estudo de caráter exploratório e abordagem quali-quantitativa, desenvolvido a partir de uma Equipe de Trabalho, dentro das atividades pré, per e pós a 6ª Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família, realizada na cidade de San José de Costa Rica, em abril de 2016. Como processo de trabalho, o primeiro passo foi constituir o grupo com representantes das Associações de MFC da Ibero-América, em outubro de 2015. A seguir, foi feito um levantamento bibliográfico focado nos processos avaliativos da APS, valorizando aqueles que eram utilizados no nível de país ou região. Em janeiro e fevereiro de 2016, através com a colaboração do Grupo de Trabalho, foi elaborada e se aplicou uma enquete semiestruturada, a MFCs e a outros profissionais interessados, provenientes de 19 países e respondida via questionário *online*. Nesta enquete foram buscadas informações sobre as características dos serviços prestados na APS dos países, além das percepções acerca de seus processos avaliativos. As informações obtidas abrangeram: profissão, especialidade, país, conhecimento sobre se é feita avaliação de qualidade nos seus países,

e as características da avaliação: participação dos profissionais, periodicidade, adoção nacional ou não; indicadores utilizados; planejamento das atividades na unidade, tipos de serviços de saúde prestados à população, assim como a percepção de sobrecarga ou de motivação para o trabalho. Logo depois, o grupo se reuniu para analisar e debater os dados e, baseando-se nos resultados, fazer recomendações sobre o tema.

## Resultados

### Estudos em qualidade na APS

Foi feita uma pesquisa com as palavras de busca: qualidade, atenção primária e medicina de família, com o intuito de encontrar algum estudo que evidenciasse uma perspectiva país ou região, preferentemente na América Latina e/ou Ibero-América. Encontrou-se uma revisão sistemática da literatura, realizada no Brasil<sup>12</sup> com o objetivo de identificar instrumentos nacionais e internacionais para a avaliação da APS nos serviços de saúde. Nesta matéria foram identificados 3048 estudos, publicados entre 1979 e 2013. Os instrumentos validados em português, espanhol ou inglês e destacados nesta matéria foram: (1) *WHO Primary Care Evaluation Tool* (PCET); (2) *ADHD Questionnaire for Primary Care Providers* (AQ-PCP); (3) *General Practice Assessment Questionnaire* (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para a APS); e (4) *PCA Tools (Primary Care Assessment Tool)*, (5) *EUROPEP (European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care)* e (6) *PMAQ (Programa Nacional para a Melhora no Acesso e Qualidade da Atenção Primária)*, utilizado no Brasil.

Dentre eles, destacamos três por apresentarem um caráter mais amplo incluindo, necessariamente, a organização e a prática da APS e envolvendo as equipes de saúde no processo avaliativo. Também porque estão sendo utilizados em uma perspectiva internacional ou regional ou em países da América Latina como o Brasil:

- a) *PCA Tool* baseado no modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde proposto por Donabedian<sup>13</sup> - indicadores de estrutura, processo e resultados - e desenvolvido pela equipe de Starfield no Johns Hopkins University. É constituído de 77 perguntas (itens) abrangendo os sete atributos da APS e permite, através de respostas de tipo Likert, obter valor de 1-4 para cada atributo. É dirigido aos profissionais da saúde e à população atendida. Não diferencia se o profissional médico é Médico de Família, ou um médico generalista, ou de qualquer especialidade, ou se é enfermeiro. Também não abrange técnicas específicas de abordagem centrada na pessoa, de abordagem familiar ou comunitária.
- b) *PMAQ-AB (2011)*, utilizado no Brasil para avaliar e promover o aperfeiçoamento da estratégia Saúde da Família/APS<sup>12</sup>. É um programa elaborado e implementado especificamente para o contexto da APS. Abrange os profissionais da saúde que formam parte das equipes, os usuários e as diferentes instâncias gestoras de todos os municípios. Foi criado por iniciativa governamental. Seu principal objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhora da qualidade da APS, garantindo um padrão comparável de qualidade no nível nacional, regional e local, a fim de permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas para a APS. É fundamentado, entre outros aspectos, nos seguintes:
  - A autoavaliação da equipe de saúde: baseados nas respostas dos próprios avaliados, inclusive dos usuários: estimula a coletividade a revisar o processo de trabalho e a pensar em modos de mudá-lo para superar problemas e atingir objetivos pautados por esse mesmo coletivo.
  - O monitoramento: registro de indicadores de atenção e dados sócio-demográficos.
  - A Educação Permanente: impulsionada pelas necessidades locais da equipe/comunidade, exigindo dos seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras.

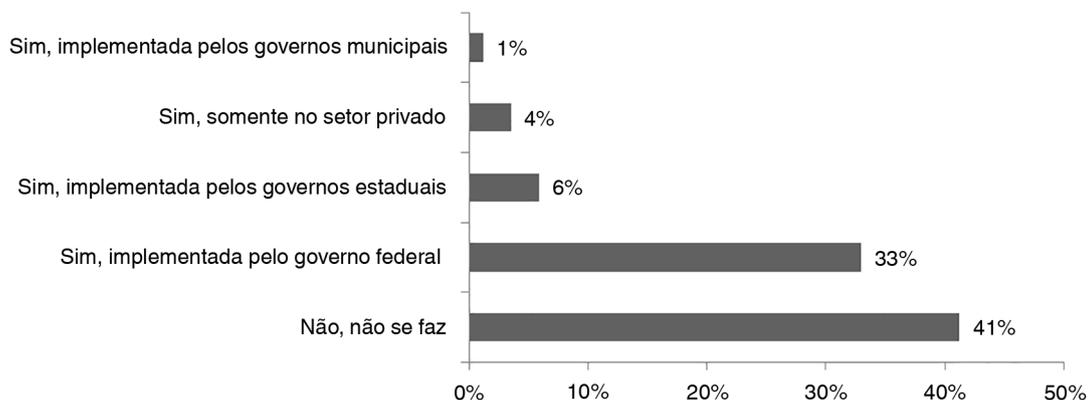
- Além da avaliação dos profissionais, há uma Avaliação Externa, baseada:
    - Em um processo incremental, contínuo e progressivo de melhora dos padrões e indicadores de acesso e qualidade abrangendo: gestão, processo de trabalho e resultados atingidos;
    - Na Transparência em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados;
    - Na Participação Voluntária, tanto das equipes de APS quanto dos gestores municipais; seu sucesso depende da motivação e da pró-atividade dos atores envolvidos.
- c) EUROPEP - dedicado mais especificamente a explorar a qualidade em Atenção Primária a partir da perspectiva do Usuário - é um sistema de avaliação por parte dos pacientes acerca dos serviços prestados pelos médicos de família. Foi desenvolvido nos anos noventa pela EQUIP<sup>14</sup> através da colaboração de representantes de diferentes países da Europa. Seus objetivos são melhorar a prática, o rendimento e a organização da assistência dos médicos de família na APS. O EUROPEP consta de 3 partes:
1. Indicadores chave (relação e comunicação, cuidado da saúde, informação e apoio, continuidade e cooperação, e organização dos serviços).
  2. Áreas específicas de indicadores de satisfação (consulta, agenda programada e acessibilidade, características do profissional, condições dos centros de saúde e serviços prestados).
  3. informação sobre os usuários (dados socioeconômicos e de saúde e atitudes depois da experiência de atenção).

Também não diferencia a especialidade do médico que presta a assistência.

## Resultados da enquete

Responderam à enquete: 81 profissionais oriundos de 19 países: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Espanha, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Portugal, Porto Rico, Uruguai, Venezuela; dois procediam de outras regiões: Índia, Estados Unidos da América. Os respondentes foram considerados neste estudo como informantes chave, já que são representantes das associações de Medicina de Família da Ibero-América e/ou foram contatados por elas. A distribuição, em conformidade com a atividade laboral, foi a seguinte: Médicos de Família e Comunidade 87,7% (71 participantes); Residentes de MFC: 9,9% (8); Gestor em Saúde 2,5% (2).

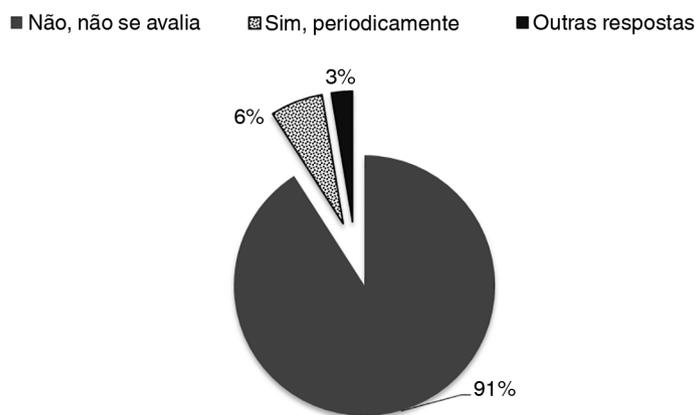
A respeito a se era feita uma avaliação sistemática da qualidade em seus países, 41% respondeu que não. No caso das respostas de que sim eram feitas, houve críticas pela qualidade do instrumento, e também que não refletiria adequadamente se estaria se proporcionando ou não uma atenção de qualidade (Figura 1).



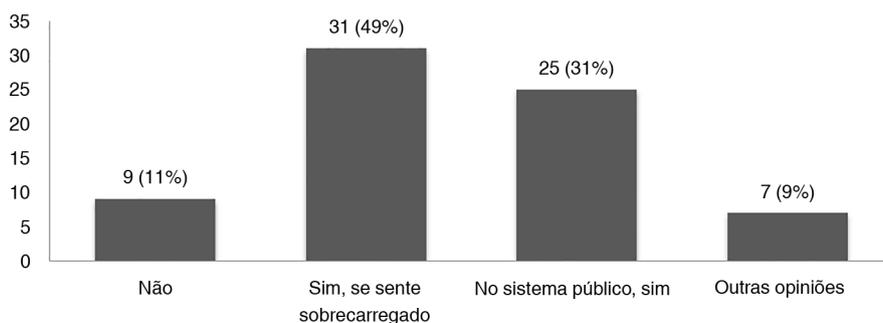
**Figura 1.** No seu país, a avaliação da qualidade da Atenção Primária de Saúde (APS) é realizada sistematicamente?  
Fonte: Enquete CIMF, fevereiro de 2016 - Qualidade nos Sistemas de Saúde na Ibero-América.

Quanto à periodicidade 41% informaram que era realizada uma vez por ano e 39%, semestral.

Em referência à percepção sobre a motivação e a carga de trabalho dos profissionais, 91% responde que não é avaliada de forma sistemática sempre que os MFC estiverem motivados (Figura 2) e que 80% pensa que os MFCs do seu país se sentem oprimidos com a carga de trabalho (Figura 3).



**Figura 2.** No seu país, é avaliado sistematicamente se os MFC estão motivados para trabalhar?  
 Fonte: Enquete CIMF, fevereiro de 2016 - Qualidade nos Sistemas de Saúde na Ibero-América.



**Figura 3.** No seu país, o MFC se sente oprimido com a carga de trabalho?  
 Fonte: Enquete CIMF, fevereiro de 2016 - Qualidade nos Sistemas de Saúde na Ibero-América.

### *Participação direta dos profissionais de saúde nas unidades de APS nos processos avaliativos da qualidade*

Cerca de 67% informa que não participa diretamente e cerca de 29% informam que são eles quem fazem a avaliação dos serviços.

### *Planejamento das ações de saúde e/ou organização dos processos de trabalho*

35% informa que não são realizadas reuniões periódicas com essa finalidade. Dentre aqueles que fazem, a periodicidade é mensal em 43%, semanal em 27%, e semestral em 22%.

## *O Desenvolvimento profissional contínuo dos profissionais de saúde se faz de acordo com as necessidades de saúde da população local*

Cerca de 70% responderam afirmativamente. Neste tópico, alguns informaram que, muitas vezes, os próprios MFCs não se interessam pelas capacitações, e outros que os MFC participam, mas não o resto dos profissionais da unidade.

### Indicadores de avaliação da APS

Em relação aos indicadores de avaliação da qualidade na APS, os mais utilizados são os quantitativos (50%); de prevalência/incidência de doenças (29%). Só 23% declara que seu país utiliza indicadores de processo para avaliar a APS (por exemplo: taxa de diminuição de Índice de Massa Corporal (IMC) em obesos; taxa de interrupção de tabaquismo, entre outros).

Dentre os atributos essenciais e derivados da APS de acordo com Bárbara Starfield, os indicadores mais utilizados na avaliação dos participantes do estudo são os de acesso (34%) e coordenação do cuidado (19%). A competência cultural, a abordagem comunitária, a abordagem familiar e a longitudinalidade atingem menos de 15%. (Figura 4).



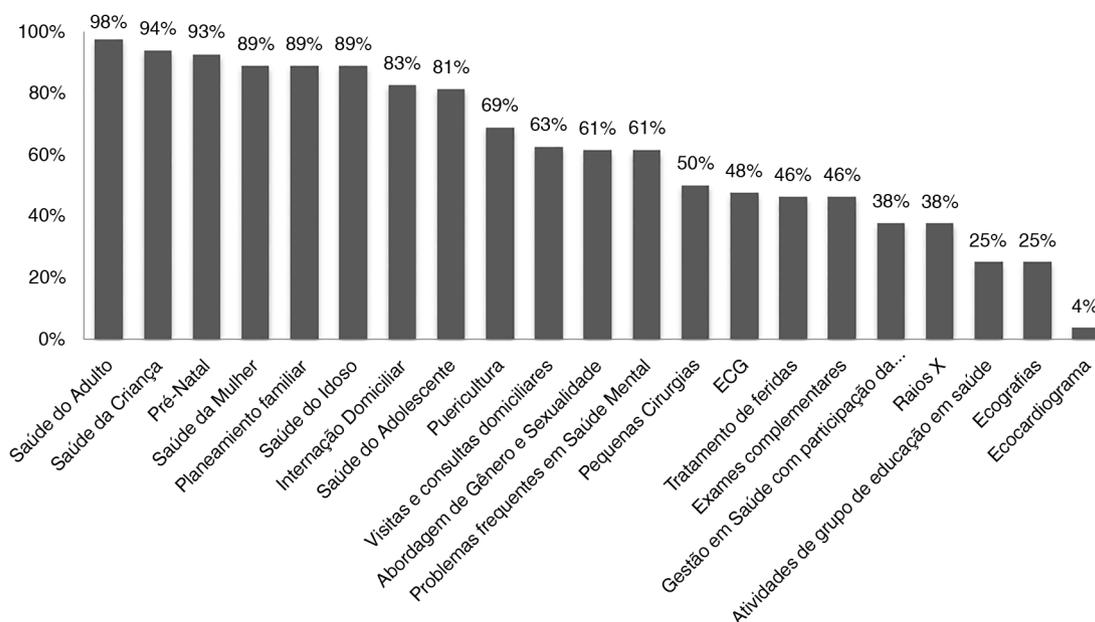
**Figura 4.** Considerando os atributos essenciais e derivados da APS (segundo Bárbara Starfield), indique os indicadores que utilizados habitualmente no seu país.

Fonte: Enquete CIMF, fevereiro de 2016 - Qualidade nos Sistemas de Saúde na Ibero-América.

### Serviços prestados na APS

Para a maioria dos participantes (78%), existe um pacote assistencial para a APS, mas para 43% este não é homogêneo para todo o país. Por sua vez, parece haver restrições importantes para o acesso a exames e procedimentos a partir das unidades de saúde: o Eletrocardiograma está disponível em 48% dos casos, as provas de imagem mediante Rx em 38%, a Ecografia em 4%, e outras Provas diagnósticas em 46%. Ao mesmo tempo existem barreiras para o acesso à medição de TSH (hormona tiro-estimulante), Hemoglobina glicosilada, ou cintigrafia miocárdica.

Em relação aos tipos de serviços prestados na APS, 69% informam que a puericultura não se realiza nos serviços de APS. Por outro parte, as Visitas Domiciliares, a Abordagem de temas como gênero e sexualidade, e a atenção à Saúde mental são realizadas em cerca de 60% dos casos. A participação social, e as atividades de grupos de educação em saúde, só em 38 e 25%, respectivamente (Figura 5).



**Figura 5.** Serviços prestados (%) em uma unidade de Atenção Primária segundo os participantes.  
Fonte: Enquete CIMF, fevereiro de 2016 - Qualidade nos Sistemas de Saúde na Ibero-América.

## Discussão

Este estudo sofre das limitações de um estudo de caráter exploratório. Tem uma perspectiva problematizadora e permite iniciar uma reflexão mais profunda acerca da prática assistencial e dos processos de avaliação na APS a partir da visão de MFCs em diferentes países da América Latina. Levanta problemas potencialmente importantes neste processo, como as possíveis limitações dos instrumentos de avaliação existentes e a própria inexistência de processos sistemáticos de avaliação da qualidade.

Com base no artigo de revisão de avaliação de qualidade de a APS mencionado anteriormente, poderia se dizer que nestes estudos não se faz consideração específica acerca da existência ou da necessidade de ter Médicos de Família nas equipes como um dos parâmetros de qualidade. Talvez porque a maioria desses estudos são originados em países onde a MFC é uma especialidade obrigatória e necessária para trabalhar em APS, portanto não seria necessário explicitá-lo. Mas, temos aí um problema potencial: quando estes estudos são realizados em países onde a especialidade não é obrigatória, pode se produzir o erro de atribuir à APS *per se*, com e sem MF, tanto os bons quanto os maus resultados. Também cabe salientar que os estudos, em geral, não abrangem instrumentos específicos utilizados na prática clínica cotidiana acerca da abordagem centrada na pessoa, da abordagem familiar ou comunitária. As questões que surgem em relação a estas dimensões são pautadas pela impressão geral do usuário ou do profissional de saúde a respeito de sua utilização ou não. É possível que aqui também haja uma percepção limitada por concepções locais ou mais pontuais do que é a MFC, de modo tal que a utilização de instrumentos específicos de sua prática sejam colocados de forma geral ou baseados no sentido comum. Agravante é também o fato de ter pouca pesquisa sistemática sobre a organização ou o desempenho da APS e que não há uma visão crítica dos mecanismos institucionais para seu monitoramento e avaliação.

Relativo aos resultados da enquete se destaca, por exemplo, o fato de não ter pesquisa sobre a motivação profissional ou a sobrecarga de trabalho dos MFCs, nem acerca da satisfação dos usuários.

Outro ponto que merece destaque é que a maioria informa que não há participação direta dos profissionais de saúde das unidades de APS nos processos avaliativos da qualidade, e que os indicadores de avaliação são, em sua maioria, quantitativos, com uma baixa atenção nos indicadores de processo.

Chama a atenção a limitação - ou mesmo a inexistência - de alguns serviços básicos na APS, incluindo a puericultura, as Visitas Domiciliares, a abordagem em saúde mental e de temas como gênero e sexualidade. As atividades de participação social e de grupos de educação em saúde parecem também não serem feitas na medida esperada ou necessária.

Da mesma forma, parece haver pouco interesse em avaliar os atributos essenciais ou derivados da APS, como a coordenação, a longitudinalidade, a competência cultural, a abordagem familiar e comunitária. Ainda existem barreiras de acesso a exames e, mesmo existindo pacotes assistenciais para a APS, estes são insuficientes ou não são homogêneos, inclusive dentro dos próprios países.

Como resultados positivos, podemos citar a existência de planejamento das ações de saúde e/ou da organização do processo de trabalho na APS, na maioria das respostas. Também, a existência de um processo de desenvolvimento profissional contínuo para os profissionais da saúde.

## Conclusão

Implementar uma APS universal na América Latina com MFCs nas equipes de saúde ainda é um desafio. Avaliar a qualidade da APS na Ibero-América é uma tarefa em desenvolvimento e resta muito por fazer. Para que se faça de um modo eficaz e atento aos princípios contemporâneos de qualidade em saúde, e também da própria MFC, é fundamental envolver a MFCs na elaboração, revisão, e propostas de aperfeiçoamento dos instrumentos existentes. É necessário e estratégico incluir ferramentas e aspectos específicos da prática da MFC, não habitualmente abordados ou incluídos de modo adequado, quando os parâmetros de qualidade são elaborados unicamente por outros profissionais ou especialistas.

Também é necessário incluir os MFCs nas atividades práticas relativas aos processos avaliativos da qualidade da APS, seja como avaliadores ou como profissionais da saúde em atuação. É muito importante chamar a atenção sobre a necessidade de explicitar a existência, ou não, de MFC nas equipes de saúde, como um dos fatores essenciais para uma APS ser considerada de qualidade.

Como contribuição deste trabalho, a partir das considerações e as propostas contidas nele, consideramos que:

- A QUALIDADE da Medicina de Família e Comunidade, como especialidade, e da Atenção Primária como estratégia, devem ser avaliadas de forma interdependente.
- Deve ser um processo de melhora contínua, baseada em uma avaliação quali-quantitativa, sistemática e dinâmica.
- Deve servir para retroalimentar e aperfeiçoar as ações de saúde desenvolvidas e dirigidas à população designada a uma unidade de APS.
- Deve abranger mecanismos autorreguladores e de autoavaliação, envolvendo os profissionais das equipes de saúde, as pessoas, as famílias e a comunidade assistida.
- Deve estar relacionada a um rol de princípios e ações a serem avaliadas de forma sistemática, permanente e dinâmica, tendo por objetivo o desenvolvimento e a melhora contínua dos Atributos Essenciais (Acesso/Porta de Entrada; Coordenação do Cuidado, Integralidade, Longitudinalidade) e Derivados da APS (Orientação Familiar; Orientação Comunitária; Competência Cultural), assim como da MFC (Abordagem Biopsicossociocultural do processo saúde-doença; Cuidado em Saúde com enfoque na pessoa, as famílias e as comunidades, independente do sexo, grupo de idade ou estado de saúde; Excelência Clínica com elevada resolutividade para os problemas de saúde mais frequentes apresentados por uma população adscrita).

Deve abranger, necessariamente, indicadores multidimensionais relacionados a 10 grupos de elementos essenciais:

1. Os Atributos essenciais e derivados da Atenção Primária.
2. Ferramentas da MFC, com base no paradigma biopsicossocial em uma perspectiva sistêmica, incluindo a Abordagem Centrada na Pessoa, Familiar e Comunitária, como por exemplo, o uso de familiograma, de instrumentos de diagnóstico comunitário, entre outros.
3. Cuidados em saúde considerando os problemas e as necessidades de saúde ao longo das vidas das pessoas, famílias e comunidade de uma população adscrita.
4. Equipe de saúde mínima para um determinado grupo populacional/população adscrita - necessariamente com médico de família, enfermeiro e técnicos de saúde.
5. Efetividade e equidade dos serviços de saúde ofertados, considerando a lei dos cuidados inversos, a segurança do paciente e baseado nos princípios da prevenção quaternária.
6. A participação da equipe de saúde e da sociedade/comunidade organizada nos processos diagnósticos dos problemas de saúde e do planejamento e gestão dos serviços ofertados.
7. Desenvolvimento contínuo das competências profissionais e pessoais dos membros da equipe de saúde, incluindo sua motivação e satisfação para o trabalho.
8. Papel da APS no sistema de saúde, considerando sua integração, coordenação, e sistema de referência e contra-referência entre os diferentes níveis do sistema de saúde, além de outros atores intersetoriais.
9. Adequação do processo diagnóstico e terapêutico de acordo às necessidades de saúde, garantindo os recursos necessários, incluídas as condições de estrutura físico-funcional das unidades de saúde.
10. Experiências positivas e de segurança das pessoas, famílias e comunidades em relação ao trato humano dos cuidados profissionais e dos serviços de saúde realizados.

Baseando-nos no que foi exposto e discutido neste grupo de trabalho, apresentamos as seguintes diretrizes:

1. Propor um modelo de avaliação da qualidade da atenção em APS e MFC para a Ibero-América, a partir dos conceitos e características de qualidade estabelecidos neste documento, considerando os instrumentos já existentes e disponíveis para uso, em especial, o PMAQ e o PCATOOLS, ambos já traduzidos para o espanhol e para o português.
2. Organizar e implementar uma pesquisa regional para que seja estabelecida uma linha de base que permita avaliar os resultados e acompanhar a melhora contínua da qualidade da AP e da MFC na Ibero-América.
3. Promover a implementação de um modelo de avaliação próprio da AP e da MFC nos sistemas de saúde da Ibero-América e, talvez, no contexto mundial.

## Referências

1. Declaración de Alma Ata, disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
2. Haq C, Ventres W, Hunt V, Mull D; Thompson, R; Rivo, M; Johnson, P. Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo/Where there is no family doctor: the development of family practice around the world. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);120(1):44-58, ene. 1996.. <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v120n1p44.pdf>
3. Anderson MIP. Rojas Armadillo ML. Taureaux Díaz N Cuba Fuentes MS. Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar, Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2016 Ene-Mar; 12(Suppl 1):4-30 disponible en: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1276>

4. HOWE, Amanda; ANDERSON, Maria Inez Padula; RIBEIRO, José Mendes e PINTO, Luiz Felipe. 450th anniversary of the city of Rio de Janeiro: Primary Health Care Reform. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.5 [citado 2016-08-20], pp.1324-1326. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501324&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501324&script=sci_arttext&lng=en)
5. J.R. Villalbí, M. Pasarín, I. Montaner, C. Cabezas, B. Starfield, et al. Evaluación de la atención primaria de salud, *Aten Primaria* 2003;31(6):382-5
6. García R.E. El concepto de calidad y su aplicación en Medicina, *Rev. Med. Chile* 2001; 129 (7).
7. Zurro AM; Gloria Jodar Solà GJ, Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria -, Elsevier, 2011 - <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf>
8. Gervas J, Gavilán E. JimenezL.Prevenção cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF* 2012;8(6):312-7[http://amf-semfyc.com/web/downloader\\_articuloPDF.php?idart=994&id=No\\_todo\\_es\\_clinica\(14\).pdf](http://amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=994&id=No_todo_es_clinica(14).pdf)
9. Pérez CM, Ortiz-Reyes RM, Llantá-Abreu MC, Peña-Fortes M, Infante-Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2008 dic;34(4):0-0). [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34\\_4\\_08/spu13408.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm)
10. Ministerio de Saúde de Brasil.Secretaría de Atención de Salud. Departamento de Atención Primaria. Salud más próxima de usted. Acceso y calidad programa nacional de mejora del acceso y la calidad de la atención primaria (PMAQ): manual instructivo, 2012 [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/salud\\_mas\\_proxima\\_usted\\_acesso.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/salud_mas_proxima_usted_acesso.pdf)
11. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil. Ministério da Saúde, 2002.
12. Fracolli LAG; Pereira MF, Zequini NFR, Santos Mariana Souza; Kelly CV, ACC Almeida Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciênc. saúdecoletiva* [Internet]. 2014 Dec [cited 2016 Apr 05]; 19(12): 4851-4860. Availablefrom: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>
13. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. En: OPS/OMS, editores. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington D.C.:OPS/OMS;1992.p.382-404. (Publicación Científica; 534).
14. European Society for Quality and Safety in Family Practice (<http://equip.dudal.com/>)

## Os Sistemas de Referência e Contra-Referência de pacientes na América Latina: Mecanismos de Coordenação Assistencial e papel da Medicina de Família e Comunidade

Referral and Counter-Referral Patient Management Systems in Latin America: Care Coordination Mechanisms and the role of Family and Community Medicine

*Los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en América Latina: Mecanismos de Coordinación Asistencial y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria*

Miguel Ángel Fernández Ortega. Faculdade de Medicina Universidade Nacional Autônoma do México (UNAM); Subregião Meso-América da Confederação Ibero-Americana de Medicina de Família (WONCA Ibero-Americana-CIMF). Cidade do México, México. miguelaf03@live.com  
(Autor correspondente)

Jacqueline Beatriz Roo Prato. Faculdade de Medicina, Universidade Nacional Autônoma do México (UNAM). Cidade do México, México. jroop3@gmail.com

Arnulfo Emanuel Irigoyen Coria. Faculdade de Medicina, Universidade Nacional Autônoma do México (UNAM); Academia Nacional de Medicina do México. Cidade de México, México. coriaaa@unam.mx

Sofía Blanco Lara. Associação de Medicina de Família da Costa Rica. Costa Rica. sifiablanco@yahoo.com

Alan Edward Barrell. Ex Assessor da Faculdade de Medicina, Universidade Autônoma de Guadalajara. México. aebarrell@yahoo.com

Víctor Manuel Juárez Téllez. Faculdade de Medicina, Universidade Nacional Autônoma do México (UNAM); Instituto Mexicano do Seguro Social (IMSS); Representante por Waynakay. México. victorjt82@gmail.com

### Equipe de Trabalho

Alexis Correa Taja (Nicarágua); Ana Margarita Muñoz Roque (Cuba); Ana Lucía Meyer (República Dominicana); Ariel Cruz Igartua (Porto Rico); Cecilia Llorach (Panamá); Guillermo Franco Gil (México); Grace Bethel Aparicio (El Salvador); Mariela Rodríguez (Chile); Miguel Ángel Fernández Ortega (México); Sofía Blanco Lara (Costa Rica); María Alicia Macedo Cantero (Paraguai); Neimaru Abreu (Venezuela); Víctor Salvador Narcizo Zarate (Peru); Paulo Poli (Brasil); Miguel Ángel Suárez Cuba (Bolívia); María del Rosario Caballé (Argentina); Víctor Manuel Juárez Téllez (México); Jorge López Gálvez (Chile); Daniel Ulate Gómez (Costa Rica); Karla Patricia Jiménez Ríos (Costa Rica); Ma. Alicia Macedo (Paraguai); Pablo Armijos Peña (Equador); Ysabel María Díaz Brito (República Dominicana); Flavia Solórzano Morera (Costa Rica); Melba Váquez Escalante (Costa Rica); Adriana Villafranca Brenes (Costa Rica); Willy Loria Quiros (Costa Rica); Roberto Cerda (República Dominicana); José Adalberto Mejía (Honduras); Ada Alicia López (Honduras); Aron Hernández Cervantes (Costa Rica); Joao Werner Falk (Brasil); Ricardo Fabrega (Chile)

**Fonte de financiamento:**  
declaram não haver.

**Parecer CEP:**

A pesquisa foi considerada sem risco. Os autores declaram que os procedimentos seguidos foram realizados conforme as normas éticas da Associação Médica Mundial e da Declaração de Helsinque.

**Conflito de interesses:**  
declaram não haver.

**Procedência e revisão por pares:**  
revisado por pares.

Recebido em: 15/08/2016.

Aprovado em: 15/09/2016.

**Como citar:** Fernández MA, Roo JP, Irigoyen AC, Blanco SL, Edward AB, Juárez VT. Os Sistemas de Referência e Contra-Referência de pacientes na América Latina: Mecanismos de Coordenação Assistencial e papel da Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):37-45. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1384](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1384)

## Resumo

São apresentados os resultados do diagnóstico situacional de 16 países da América Latina em relação aos seus Sistemas de Referência e Contra-Referência de pacientes entre os três níveis de atenção médica. Os resultados da pesquisa foram analisados por representantes dos países membros da WONCA Ibero-Americana CIMF no âmbito da VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família em San Jose, Costa Rica em abril 2016.

### Palavras-chave:

Integração Primária/Secundária  
Sistemas de Saúde  
Atenção Primária de saúde  
Medicina de Família

## Abstract

The results of the Situational Analysis among their various levels of healthcare of 16 countries in Latin America related to their Referral and Counter-Referral Patient Management Systems are presented in this document. The research results were analyzed by WONCA Latin America country member representatives at the VI Ibero-American Family Medicine Summit in San Jose, Costa Rica in April 2016.

### Keywords:

Primary/Secondary Integration  
Health Systems  
Primary Healthcare  
Family Medicine

## Resumen

Se presentan los resultados del diagnóstico situacional de 16 países de América Latina, en cuanto a sus Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes entre los tres niveles de atención médica. Los resultados de la investigación fueron analizados por representantes de los países miembros de WONCA Iberoamérica CIMF, en el marco de la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en San José de Costa Rica en abril de 2016.

### Palabras clave:

Integración  
Primaria/Secundaria  
Sistemas de Salud  
Atención Primaria de salud  
Medicina Familiar

## Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os governos de todo o mundo têm a responsabilidade de garantir que os seus sistemas de saúde respondam às necessidades da sua população com eficácia e eficiência, baseando os seus modelos de saúde na Atenção Primária (APS). Em função disso, os Estados Membros se comprometeram em 2005 a desenvolverem os seus sistemas de financiamento sanitário, de tal modo que todas as pessoas tenham acesso aos serviços sem sofrerem dificuldades financeiras quando pagarem por eles; este objetivo foi definido como “Cobertura Universal”.<sup>1</sup>

Segundo Margaret Chan, diretora da OMS, “entre 20% e 40% do gasto em saúde é perdido pela ineficiência nos sistemas de saúde”. A falta de planejamento na prestação de serviços, a duplicidade de recursos, o ineficiente sistema de registro e informação, a falta de recursos humanos devidamente formados e capacitados levam à ineficácia das redes de prestação de serviços, gerando graves problemas de inequidade, acesso e cobertura que conduzem muitas pessoas à morte a cada ano.<sup>1</sup>

A OMS diz que um sistema de saúde “consiste no conjunto de organizações, pessoas e ações cuja finalidade é promover, restabelecer ou manter a saúde”.<sup>2-4</sup>

Em 2011, na 64ª Assembleia Mundial da Saúde da OMS, no tocante a Modelos de prestação integrada de serviços, o acordo final foi redigido da seguinte forma:

*“A organização da atenção sanitária está adotando a forma de “redes de prestação integrada de serviços”. Adaptando a experiência adquirida no desenvolvimento de sistemas de saúde distritais aos sistemas de saúde pluralistas, as redes de prestação integrada de serviços se organizam como redes de provedores de atenção primária próximas ao cliente - públicas, privadas ou mistas, respaldadas por hospitais e serviços especializados. Estas redes se responsabilizam pela saúde de uma população definida, oferecendo serviços de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, controle da morbidade, reabilitação e assistência paliativa...”*<sup>1,5</sup>

Neste sentido, a OMS, menciona no documento “A Renovação da Atenção Primária de Saúde nas Américas”, de 2007:

*“Os serviços de atenção primária devem ser apoiados e complementados por diferentes níveis de atenção especializada, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, como também pelo resto da rede de proteção social. Portanto, os sistemas de atenção de saúde devem trabalhar de forma integrada mediante o desenvolvimento de mecanismos de coordenação da atenção ao longo de todo o espectro de serviços, incluindo o desenvolvimento de redes e de sistemas de referência e contra-referência....”<sup>6</sup>*

Os sistemas nacionais de saúde, em muitos dos países do mundo, foram organizados sob a estratégia de níveis de atenção médica ou escalonamento dos serviços dentro dos quais encontramos as unidades operativas de primeiro nível (clínicas, unidades de Medicina de Família ou Saúde de Família, centros de saúde, etc.), que oferecem atenção específica e de carácter ambulatorio, resolvem de 80 a 85% dos problemas de saúde mais frequentes, com tecnologia de baixa complexidade.<sup>7-16</sup>

Os hospitais gerais, clínicas de especialidades ou policlínicos que correspondem ao segundo nível, são responsáveis de resolver entre 10 e 15% dos problemas de saúde referidos pelo primeiro nível de atenção ou consultados espontaneamente através dos serviços de Urgências e requerem tecnologia de mediana complexidade.<sup>14-16</sup>

O terceiro nível de atenção é conformado pelos Institutos Nacionais de Saúde e Centros Médicos de Especialidades os que são desenhados para resolver 5% dos problemas de saúde, requerendo tecnologia de alta complexidade...<sup>14-16</sup>

A integração entre níveis de atenção, funcionando como rede coordenada de serviços de saúde, favorecem a continuidade e integralidade na prestação de serviços, que na maioria dos países se traduzem em Sistemas de Referência e Contra-Referência de Pacientes (SRCRP).<sup>17</sup>

O SRCRP é definido como o processo de coordenação entre as unidades operativas dos três níveis de atenção médica a fim de facilitar o envio e recepção de pacientes, com o objetivo de dar atenção médica oportuna, integral e de qualidade, que ultrapassa os limites regionais e os âmbitos institucionais para garantir o acesso aos serviços de saúde em benefício do paciente referido.<sup>7,8,11-14</sup>

O SRCRP está organizado de acordo com as necessidades de cada país basicamente em duas formas: geográfica ou institucional, embora possa haver uma mescla de ambas. Poderia ser dito que existem diferentes níveis de estrutura organizacional, que vão do nível nacional ou federal; estatal e local (municipal), variando a eficácia e eficiência do Sistema, principalmente na execução dos processos, principalmente de contra-referência.<sup>7,8,11,12,17-20</sup>

## Objetivo

Determinar a situação que guardam os Sistemas de Referência e Contra-referência de pacientes nos sistemas de saúde dos países de Ibero-América, com o intuito de identificar estratégias que permitam fortalecer a coordenação assistencial vinculada à prática da Medicina de Família nos países da Região.

## Material e Métodos

Estudo exploratório, transversal, com fins de diagnóstico situacional, realizado entre os meses de outubro de 2015 e março de 2016. Foram convocados para participar os presidentes das sociedades científicas de Medicina de Família dos 20 países membros da WONCA Ibero-Americana-CIMF, através de um ou dois representantes expertos neste tema. Dentre seus participantes, foram identificados acadêmicos, pesquisadores, clínicos e membros das juntas diretivas das sociedades científicas nacionais, aos quais foi dada a tarefa de responder a um questionário de 33 perguntas relacionadas com o Sistema de Referência e Contra-Referência nos seus respectivos países. Tal questionário foi previamente revisado e validado no seu conteúdo por professores de diferentes instituições educativas do México e da Costa Rica, e numa segunda instância pelo grupo de participantes no estudo. O questionário foi enviado via correio eletrônico para cada um dos participantes e integradas as respostas por país. Finalizada a integração do relatório final, ele foi enviado a todos os integrantes do grupo para sua revisão e aprovação da informação, a qual

foi apresentada nas mesas de trabalho durante a VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família em San José de Costa Rica no mês de abril de 2016 para sua análise e discussão.

## Resultados

Foi obtida resposta de 16 dos 20 países: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Porto Rico, República Dominicana e Venezuela. Não participaram: Equador, Espanha, Portugal nem Uruguai.

A seguir são descritos os resultados encontrados.

### Os modelos de saúde que contam com especialistas em Medicina de Família

Os 16 países participantes responderam que consideram o médico de família nos seus modelos de atenção, em alguns com maior grau de consolidação como são os casos de Cuba, Brasil e México. Em outros como Panamá, Peru, Paraguai, Costa Rica, República Dominicana e Colômbia, são observados avanços consideráveis em função das novas reformas nos sistemas de saúde, que consideram o modelo de Medicina de Família e Saúde da Família como pedra angular dos seus Modelos de Saúde.

### Os níveis de atenção nos países da América Latina

Dos 16 países, cem por cento disse contar com três níveis de atenção classificados conforme o grau de complexidade, onde o primeiro nível de atenção corresponde à atividade assistencial com menor infraestrutura, de maior cobertura e de tipo generalista. No caso da Colômbia o sistema de saúde também descreve três níveis de atenção, porém, no ambiente assistencial se fala de “um quarto nível”, que na verdade corresponde ao terceiro nível de atenção.

### Função do Médico de Família nos níveis de atenção

Os especialistas em Medicina de Família nos 16 países desenvolvem suas tarefas principalmente no nível primário. Cuba, Brasil, Panamá e Venezuela reportam uma participação clínica e administrativa quase exclusiva no primeiro nível de atenção. Os outros 11 países como a Argentina, Bolívia (*Caixa Nacional de Saúde*), Chile, Colômbia, El Salvador, México, Nicarágua, Paraguai, Peru e República Dominicana, reportam um predomínio da designação assistencial do médico de família no primeiro nível de atenção, embora também possa ser localizado no segundo, dedicado à atenção de urgências hospitalares, atenção de doenças crônicas degenerativas, cuidados paliativos e funções administrativas. Só nos casos da Costa Rica e Porto Rico, referiram-se como principal ambiente de trabalho, as tarefas administrativas e de gestão médica (Tabela 1).

**Tabela 1.** Inserção dos médicos de família segundo suas funções nos Níveis de Atenção à Saúde

1º nível (clínica e de gestão)*	Cuba, Brasil, Panamá, Venezuela
1º e 2º nível (clínica, gestão e plantões em hospitais e urgências)*	Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, El Salvador, México, Nicarágua, Paraguai, Peru, República Dominicana.
1º, 2º e 3º nível (atividades administrativas e de gestão médica)*	Costa Rica e Puerto Rico
Docência	Todos (exceto Nicarágua)
Investigação/Pesquisa*	Nenhum

\*como atividade prioritária.

## Existência do SRCRP

Os 16 países questionados possuem o SRCRP, entre eles, em 13 está bem definido em nível nacional, encontrando quatro denominações como as mais frequentes: *Sistema de Referência e Contra-referência de pacientes* (Bolívia, Brasil, Colômbia, Chile, Cuba, El Salvador, México, Paraguai, Peru, Puerto Rico, República Dominicana, Venezuela) e no Panamá é conhecido como *Sistema Único de Referência e Contra-referência* (SURCO). Argentina, Colômbia e Peru não possuem um sistema consolidado de caráter nacional, funcionando no nível institucional. No caso da Costa Rica, Argentina e El Salvador não contam com um enquadramento jurídico preciso, porém, os Ministérios da Saúde trabalham na conformação de redes integradas de serviços de saúde que permitam de forma controlada o fluxo de pacientes através dos diferentes níveis de atenção.

## O papel do Médico de Família como “porta de entrada” no Sistema de Saúde de cada país

No caso dos 16 países, só nove referiram que a passagem obrigatória para o acesso a médicos especializados e outros serviços hospitalares, é através do Médico de Família e/ou Geral. Nos casos da Argentina, Colômbia, El Salvador, Nicarágua, Peru, Paraguai e Venezuela, foi indicado que os pacientes podem ter acesso a outros serviços médicos especializados sem que necessariamente participe o médico de família ou geral (Tabela 2).

**Tabela 2.** O Médico de Família como Porta de Entrada do Sistema de Saúde

Obrigado a passar pelo 1º Nível de Atenção	Bolívia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Panamá, Puerto Rico e República Dominicana
Podem acessar diretamente a outras especialidades	Argentina, Colômbia, El Salvador, Nicarágua, Peru, Paraguai e Venezuela

## A regionalização e cadastro por consultório de Medicina de Família ou Geral

Em referência à regionalização e cadastro da população para cada médico de família ou geral, encontramos que 11 dos 16 países questionados (Bolívia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Paraguai, Porto Rico, República Dominicana e Venezuela), declararam ter cadastrada sua população por consultório, de acordo com uma distribuição geográfica, variando dos 1500 pacientes em Cuba; 2500 no México e República Dominicana e no caso da Bolívia é superior a 10,000 nas diferentes instituições de saúde. Nos casos da Argentina, Colômbia, Nicarágua, Panamá e Peru, não foi possível fazer a regionalização, ou ela foi feita parcialmente.

## O SRCRP no nível interinstitucional

Em três dos 16 países não podem ser realizadas as referências de pacientes interinstituições (Bolívia, El Salvador e República Dominicana). Nos outros 13 países, se pode realizar a referência interinstitucional através de diferentes mecanismos administrativos como convênios de cooperação ou pagamentos sub-rogados pelos serviços prestados (Tabela 3).

Em 15 dos 16 países, exceto na Colômbia, os processos são bem semelhantes, e consistem na necessidade de enviar a um paciente do primeiro nível de atenção para um centro hospitalar, seja para atenção médica ou para a realização de estudos com equipamento não existente nesse nível de atenção. Exceto a Venezuela e El Salvador, todos os países manifestaram a necessidade de preencher um formulário, impresso ou eletrônico com os dados do paciente, motivo de envio e especialidade de referência. No caso do Paraguai, o paciente se apresenta via telefônica pelo médico solicitante ao de referência hospitalar. No caso do México, é indispensável que os pacientes sejam enviados ao especialista com estudos de laboratório e gabinete que procedam conforme os protocolos diagnósticos de cada especialidade, e em todos os casos, as referências devem ser autorizadas (justificadas) pelo chefe da consulta.

**Tabela 3.** Descrição geral dos Sistemas de Referência e Contra- Referência (SGRCR) de Pacientes na América Latina

País	Níveis de Atenção em América Latina	Inserção do MF Nãos Níveis de Atenção	Docência	SGRCR	Marco Jurídico	MF como Porta de Entrada ao Sistema de Saúde	População adscrita por consultório	SGRCR Inter-institucional	Prontuário Clínico Eletrônico
Argentina	3	1º e 2º	Sim	Não em todo o país	Não	Não		SIM	Não
Bolívia	3	1º e 2º	Sim	Sim	Sim	Sim	5000	Não	Não
Brasil	3	1º	Sim	Sim	Sim	Sim		SIM	Alguns locais
Chile	3	1º e 2º	Sim	Sim	Sim	Sim		SIM	Sim
Colômbia	3	1º e 2º	Sim	Sim	Sim	Não		SIM	Alguns locais
Costa Rica	3	1º, 2º e 3º	Sim	Sim	Sim	Sim		SIM	Alguns locais
Cuba	3	1º	Sim	Sim	Sim	Sim	1500	SIM	Não
El Salvador	3	1º e 2º	Sim	Sim	Não	Não		Não	Não
México	3	1º e 2º	Sim	Sim	Sim	Sim	2500	SIM	Sim
Nicarágua	3	1º e 2º	Sim	Sim	Sim	Não		SIM	Não
Panamá	3	1º	Não	Sim	Sim	Sim		SIM	Sim
Paraguai	3	1º e 2º	Sim	Sim	Sim	Não		SIM	Não
Peru	3	1º e 2º	Sim	Sim	Sim	Não		SIM	Não
Porto Rico	3	1º, 2º e 3º	Sim	Sim	Sim	Sim		SIM	Sim
República Dominicana	3	1º e 2º	Sim	Sim	Sim	Sim	2500	Não	Alguns locais
Venezuela	3	1º	Sim	Sim	Sim	Não		SIM	Não

### Os profissionais responsáveis pela referência médica

Nos 16 países, o profissional responsável pela referência é o médico generalista, com ou sem especialidade em medicina de família. É importante mencionar que na Bolívia, no Chile, Cuba, México, Paraguai, Porto Rico, República Dominicana e em algumas regiões do Brasil, existem profissionais responsáveis para validar e autorizar a solicitação da derivação do paciente para um segundo nível de atenção.

### Mecanismos de controle do SGRCR nas unidades de atenção médica

Só em quatro países dos 16 informados, puderam ser observados mecanismos bem definidos de controle das referências recebidas no hospital e das contra-referências feitas às unidades médicas de origem. Chile, Cuba, México e Panamá apresentam mecanismos estruturados que, de modo geral, são resumidos a seguir:

Chile: toda referência deve ser colocada na plataforma SIDRA o que implica uma transcrição de dados. Este sistema permite realizar um monitoramento do processo de referência e contra-referência em relação aos tempos de espera e designação de horas de atenção por parte do nível 2º ou 3º. Além disso, são realizadas reuniões de integração onde participam diretos da APS e da atenção secundária e nelas é analisada a qualidade da referência e contra-referência.

Cuba: existem duas instâncias, uma é através do Comitê de Avaliação da Qualidade em APS e Hospitais, e a outra consiste em reuniões de integração na qual participam diretos da APS e da atenção secundária, onde é analisada a qualidade da referência e a contra-referência dos pacientes.

México: existem nas diferentes instituições de saúde, áreas de controle do Sistema de Referência e Contra-referência que monitoram o registro dos pacientes no que diz respeito à sua chegada e também à sua saída quando são contra-referidos para suas unidades de origem, ao mesmo tempo em que verificam o adequado preenchimento da folha de contra-referência e da entrega do manejo farmacológico hospitalar para aqueles pacientes enviados de volta para as clínicas de Medicina de Família.

Além disso, são incluídos indicadores de qualidade do Sistema de Referência e Contra-referência de pacientes nas unidades de primeiro, segundo e terceiro nível de atenção, indispensáveis para a certificação e recertificação das unidades médicas.

Panamá: se confirma que a referência, realizada pela medicina de família ou medicina interna, tenha sido recebida no hospital através do Departamento de Registros Médicos e Estatísticas em Saúde.

## O controle do prontuário clínico eletrônico nas unidades de primeiro nível

Dos 16 países analisados, sete reportaram não possuir essa ferramenta de trabalho para o primeiro nível de atenção (Argentina, Bolívia, Cuba, El Salvador, Nicarágua, Paraguai e Venezuela). Os outros nove países dizem ter diferente grau de desenvolvimento na utilização generalizada de tal instrumento, os mais consolidados parecem ser o Chile, México, Panamá e Porto Rico. Brasil o inclui em algumas regiões do país, assim como Peru, Colômbia, República Dominicana e Costa Rica.

## Os sistemas eletrônicos de gestão de referência e contra-referência de pacientes

Os sistemas eletrônicos de referência e contra-referência de pacientes para a gestão e controle de consultas e posteriormente a contra-referência, são uma ferramenta dos serviços de saúde atualmente desenvolvida em vários países da região. Até hoje, nenhum país o tem em uso generalizado, dos 16 países estudados, só cinco referem seu uso de modo parcial, o Chile através do *Sistema de Informação da Rede Assistencial (SIDRA)*, o Panamá com a *Caixa do Seguro Social (CSS)* em todo o país, e no Ministério de Saúde só em alguns centros de saúde da capital do país. No México é operacionalizado atualmente pelo *Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)*. E no caso do Peru, só o *Seguro Social de Saúde (EsSalud)*.

## Utilização de protocolos diagnósticos ou guias de prática clínica para a referência de pacientes

Dos 16 países, só 10 reportaram contar com protocolos diagnósticos ou guias de prática clínica a Bolívia, o Chile, Cuba, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, México, Nicarágua, Panamá e República Dominicana.

## Eficácia do SRCRP, entendido como percentagem de pacientes contra-referidos em relação ao número de referidos

Em geral, a maior parte dos países não tem os dados precisos quanto à percentagem de pacientes contra-referidos; o que é observado é que os países que têm mecanismos de controle das referências e contra-referências nas unidades médicas, são aqueles que referem as maiores percentagens de retorno de pacientes para as unidades emissoras, tal é o caso do Chile, Cuba e México.

## Comitês de Vigilância do SRCRP nas unidades médicas

Encontramos que 10 dos países possuem Comitês de Vigilância do SRCRP, em diferentes instituições de saúde, em alguns países de forma generalizada como é o caso de Cuba, México, Porto Rico e Peru (Seguro Social). Outros países como Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Nicarágua e Panamá contam com eles de forma irregular.

## Perfil dos médicos que compartilham o primeiro nível de atenção nos países da Região

Em países como Cuba, Chile, México e Paraguai, a maior parte das unidades de primeiro nível de atenção é atendida por médicos generalistas, sejam Médicos de Família ou Gerais. Em países como o Brasil e o Peru, a conformação das equipes depende da região geográfica. Nos demais países também podemos encontrar a presença de pediatras, ginecologista obstetras, internistas ou inclusive psiquiatras, oftalmologistas ou dermatologistas, etc., como é o caso da Argentina, Bolívia, El Salvador, Costa Rica, Nicarágua, Panamá, Porto Rico, República Dominicana e

Venezuela. No caso da Colômbia não há Médicos de Famílias no primeiro nível de atenção, podem ser encontrados a partir do segundo nível colaborando igualmente com outros especialistas médicos.

## Os processos de credenciamento da qualidade das unidades médicas e o SRCRP

Na presente pesquisa pôde ser observado que só cinco dos 16 países questionados incluem a medição de indicadores de referência e contra-referência nos processos de credenciamento das unidades de saúde (Chile, Colômbia, Cuba, México e Peru).

## Os programas de atenção domiciliar pelo Médico de Família e/ou a equipe de Saúde Familiar

É satisfatório saber que, apesar das dificuldades mencionadas, em 15 dos 16 países são desenvolvidas diferentes modalidades de atenção domiciliar, na maioria dos casos outorgada pelo médico de família ou inclusive pelo médico geral, e em outros por diferentes atores da equipe básica de saúde familiar. Nesse sentido, o país que não reporta atenção domiciliar é a Nicarágua.

## Discussão e Conclusões

A presente pesquisa permitiu confirmar que a figura do especialista em Medicina de Família está presente nos 16 países pesquisados e nos três níveis de atenção, com diversidade de funções, principalmente nas áreas clínica e administrativa, com menor frequência em atividades docentes e de pesquisa.

É importante salientar que os SRCRP funcionam nos 16 países, encontrando a maior eficiência na referência de pacientes do primeiro para o segundo e do segundo para o terceiro nível de atenção. Porém, as maiores dificuldades são observadas na contra-referência, situação que limita a retroalimentação dos médicos de atenção primária, e inclusive, os do segundo nível.

Resulta preocupante que alguns países possuem modelos de saúde incongruentes, que não correspondem ao discurso político e com as próprias reformas que promovem através dos seus respectivos governos, inclusive, no tipo e quantidade de profissionais de saúde especializados em Medicina de Família e Atenção Primária, tal como é recomendado pelos órgãos internacionais no nível mundial.<sup>1,5,6</sup>

Como foi mencionado no começo, os processos de avaliação da qualidade das unidades de atenção médica, incluem dentro dos seus indicadores aqueles relacionados com a eficácia e a eficiência do SRCRP. No entanto, nos últimos anos foi impulsionado a partir dos foros mundiais de saúde a Certificação ou Credenciamento da Qualidade dos estabelecimentos de saúde, a fim de permitirem melhorar a prática médica.<sup>1,2</sup> Os países da América Latina avançaram na sua instrumentação paulatina, incorporando nos seus sistemas de avaliação da qualidade da prática médica, a formação de Comitês de Vigilância; a criação de protocolos de diagnóstico e tratamento; reuniões de retroalimentação entre os diferentes níveis de atenção, a respeito do tipo e qualidade das referências; etc. Os países que têm melhor eficácia e eficiência nos seus sistemas de referência e contra-referência são aqueles que atingiram maior consolidação nos seus processos de credenciamento da qualidade dos seus serviços de saúde, incorporando nele, indicadores do SRCRP.

Finalmente, o grupo de trabalho recomenda as seguintes estratégias de fortalecimento para os SRCRP na Região:

- Incrementar e melhorar a qualidade dos programas de formação de especialistas em Medicina Familiar
- Garantir a presença de especialistas em Medicina de Família trabalhando no primeiro nível de atenção, na área clínica, de gestão, de docência e de pesquisa, o que permitirá incrementar a capacidade resolutiva das unidades médicas.
- Estabelecer Sistemas de Certificação e Recertificação da Qualidade de unidades médicas nos três níveis de atenção, incorporando indicadores de eficácia e eficiência do SRCRP.
- Implantar sistemas de prontuário eletrônico único, que permita sua portabilidade nas diferentes instituições de saúde e que esteja vinculado ao SRCRP nos três níveis de atenção.

## Referências

1. Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la Salud en el Mundo. La financiación de los Sistemas de Salud, El camino hacia la cobertura universal. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra. 2010. Consultado el 17-de marzo de 2016. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)
2. World Health Organization. Everybody's Business: Strengthening Health Systems to improve health Outcomes. WHO Framework for Action. Geneva, 2007
3. Frenk, J. Las dimensiones de la Reforma del Sistema de Salud. En Ruiz Durán, Clemente. Los sistemas de seguridad social en el siglo XXI. México D.F. 1997
4. Gómez A, Pineda F. Sistemas de salud: Definiciones, componentes y evaluación. Monitor Estratégico, Superintendencia Nacional de Salud de Colombia. No. 4 Jul-Dic. 2013. p 85-92
5. Fortalecimiento de los sistemas de salud, Tendencias actuales y retos, 64. A Asamblea Mundial de la Salud, OMS. Documento A64/13. Ginebra: OMS, 2011. Consultado el 17 de marzo de 2016. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_13-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_13-sp.pdf)
6. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC, 2007.
7. Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia. Secretaría de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá. Colombia, 2007. Consultado el Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=27905>
8. Manual Operativo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca. Colombia, 2014. Consultado el 17 de marzo de 2016. Disponible en: [file:///C:/Users/Miguel/Downloads/MANUAL\\_SIRC\\_2014%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Miguel/Downloads/MANUAL_SIRC_2014%20(1).pdf)
9. Soberón G. La Reforma de Salud en México. Gac Méd Méx. Vol. 137 No. 5, 2001; 419-4
10. Stoner J, Freeman E, Gilbert Jr D. Administración. 6ª ed. Prentice Hall. 1996; 35-42.
11. Propuesta de Directiva de Sistema de Referencia y Contrarreferencia en la Atención Integral de la Tuberculosis y Enfermedades respiratorias (PAL). Ministerio de Salud de Perú, 2012. Consultado el 17 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.parsalud.gob.pe/phocadownload/fondomundial/ProdcutoMaterialIEC/PAL/Directiva%20Sistema%20de%20Referencia%20y%20Contrarreferencia%20version%20final%20validada.pdf>
12. Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes pediátricos de población abierta de la Ciudad de México y área conurbada del Estado de México. Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2002. Consultado el 17 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7455.pdf>
13. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud. Ministerio de Salud de Perú. 2005. Consultado el 17 de marzo de 2016. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115\\_NTREFYCON.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115_NTREFYCON.pdf)
14. Barquín M. Dirección de hospitales. 6ª ed. Interamericana Mc Graw Hill. 1992; 25-35.
15. Barquín M. Niveles de complejidad de la atención médica. En: Sociomedicina. 4ª ed. Méndez Editores. 1994; 615-628.
16. Caballero A, et al. Comunicación entre atención primaria y atención especializada: análisis de los contenidos de derivación y retorno de enfermos reumatológicos. Atención Primaria. Vol.12. Núm.5. 30 de septiembre de 1993; 30-35.
17. Silverman M. Optimización del proceso de Referencia y Contrarreferencia entre los niveles de la atención. Evaluación de la implementación de un sistema de comunicación electrónico. Maestría en Salud Pública, orientación en Sistemas Municipales. Universidad Nacional de la Plata. Argentina. 2007. Consultado el 17 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisMagisters/7.pdf>
18. Manual de Organización de las Unidades Médicas del Primer Nivel de Atención. ISSSTE. Octubre de 2000; 9-13.
19. Levy S. La modernización del Instituto Mexicano del Seguro Social. Gac Méd Méx. Vol. 137 No.5, 2001; 425-428.
20. Pablo M, Abreu M, Antonietti L, Guillén M, Said M, Montali C. Sistemas de referencia y contrarreferencia entre el segundo y el tercer nivel de salud en una red hospitalaria pediátrica en el conurbano bonaerense. Arch Argent Pediatr 2013; 111 (5):405-411 Consultado 17 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisMagisters/7.pdf>

## Fortalecimento do processo de ensino-aprendizagem da Medicina de Família e Comunitária em Ibero-américa

Strengthening the teaching-learning process of Family and Community Medicine in Iberoamerica

*Fortalecimiento del proceso de enseñanza aprendizaje de la Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica*

Fernando Coppolillo. Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires. Argentina. fernando.coppolillo@gmail.com (*Autor correspondente*)

Humberto Jure. Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste. Argentina. hjure2000@hotmail.com

Maria Beatriz Ciuffolini. Facultad de Medicina Universidad Nacional de Cordoba. Argentina. mcifiuffolini@hotmail.com

Diana Yuruhán. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Paraguay. dyuruhan@hotmail.es

### Equipe de Trabalho

Aguilera Luis (Espanha); Aleida Marlen (Honduras); Alvarez Sintes Roberto (Cuba); Araya Zamora Héctor (Costa Rica); Arias Castillo Liliana (Colômbia); Astudillo Romero Xavier (Equador); Baza Ricardo (Costa Rica); Braida Julio (Uruguai); Buffa Gabriela (Argentina); Cabrera Haydee (México); Casado Vicente Verónica (Espanha); Cascante Gómez Alejandra (Costa Rica); Fernández Larrauri Milagritos (Peru); Fernández Gutiérrez Herrera Raúl (México); Fernández Ortega Miguel Ángel (México); Galván Barrantes Alonso (Peru); González Pantaleón Violeta (Republica Dominicana); González Reyes Carolina. (Chile); Hooek Jennifer (Estados Unidos); Icaza Carlos (Costa Rica); León Jose Luis (Costa Rica); López Nancy (Chile); Luna Tellez Yossadara (México); Mahecha Rivera Lina Maria (Colômbia); Martínez Bianchi Viviana (Estados Unidos); Montalvo Johanna (Equador); Mussetti Gustavo. (Uruguai); Niz Clara. (Uruguai); Ramirez Gerardo (México); Rodarte Alina (México); Rojas Tenorio Nancy (Costa Rica); Rodríguez Sotomayor Jorge Jesús (Panamá); Roselli Karina (Uruguai); León Salas Jose Luis (Costa Rica); Sánchez Monge Aurora (Costa Rica); Sandoval Gladys (Paraguai); Silvera Cristina (Panamá); Suárez Sergio Ariel (Argentina); Upun Hi Teresa (Guatemala); Valle Jorge Alberto (Honduras); Valverde Juliana (Costa Rica); Vargas Mejía Carmen (Costa Rica); Vargas Patricia (Chile); Villaseca Silva Patricia (Chile); Ysmodes Yvonne (Peru)

### Resumo

O processo de ensino-aprendizagem em Medicina de Família e Comunidade é analisado a partir da perspectiva das fases do ciclo profissional: a formação de graduação, especialização em pós-graduação e, finalmente, a educação permanente em serviço. Para cada uma destas etapas se analisam as dimensões do conteúdo e competências clínicas a serem desenvolvidas, os cenários do processo ensino-aprendizagem e as competências dos professores para cada um das mesmas. Esta análise permite orientar o fortalecimento global dos especialistas em medicina de família e comunidade com uma prática clínica de alta qualidade, centrada na pessoa, orientada na família e baseada na comunidade.

### Palavras-chave:

Medicina de Família e Comunidade  
Processo Ensino Aprendizagem  
Ensino Universitário  
Especialização  
Educação Permanente em Serviço

### Fonte de financiamento:

declaram não haver.

### Parecer CEP:

A pesquisa foi considerada uma pesquisa sem risco. Os autores declaram que os procedimentos seguidos foram realizados conformes as normas éticas da Associação Médica Mundial e da Declaração de Helsinque.

### Conflito de interesses:

declaram não haver.

### Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 15/08/2016.

Aprovado em: 15/09/2016.

**Como citar:** Coppolillo F, Jure H, Ciuffolini MB, Yuruhán D. Fortalecimento do processo de ensino-aprendizagem da Medicina de Família e Comunitária em Ibero-américa. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):46-54. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1385](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1385)

## Abstract

The teaching-learning process in Family and Community Medicine is analyzed from the perspective of the professional cycle stages: the formation of university degree, specialization in graduate school and finally the permanent education service. For each of these stages the dimensions of the content and clinical abilities to be developed, the stage of the teaching-learning process and skills of teachers for each of them are analyzed. This analysis allows to guide the overall strengthening of specialists in family and community medicine with clinical practice of high quality, person-centered, family-oriented and community-based.

## Keywords:

Family and Community  
Medicine  
Teaching Learning Process  
University teaching  
Specialization  
Permanent Education in Service

## Resumen

El proceso de enseñanza aprendizaje en Medicina Familiar y Comunitaria es analizado desde la perspectiva de las etapas del ciclo profesional: la formación de grado universitario, la especialización en el posgrado y por último la educación permanente en servicio. Para cada una de estas etapas se analizan las dimensiones de los contenidos y competencias clínicas que se deben desarrollar, los escenarios del proceso enseñanza aprendizaje y las competencias de los docentes para cada una de las mismas. Este análisis permite orientar al fortalecimiento global de los especialistas en medicina de familia y comunitaria con una práctica clínica de alta calidad, centrada en la persona, orientada en la familia y basada en la comunidad.

## Palabras clave:

Medicina familiar y Comunitaria  
Proceso Enseñanza Aprendizaje  
Docencia universitaria  
Especialización  
Educación Permanente  
en Servicio

*“Ensinar não é transferir conhecimento, é criar os cenários para sua produção e construção;  
quem ensina aprende ao ensinar, quem aprende ensina ao aprender”.*

*Paulo Freire*

## Introdução

O fortalecimento do processo ensino-aprendizagem (PEA) dos especialistas em medicina de família e comunidade (MFC) na Região constitui um objetivo central nos sistemas de saúde a fim de garantir o acesso a cuidados de qualidade, centrados nas pessoas. O desenvolvimento de competências clínicas dos médicos de família deve ser um objetivo central nas políticas de recursos humanos.

Decidimos estruturar o documento seguindo o processo de formação de um médico de família a partir dos estudos de medicina na Universidade, a especialização e a educação permanente em serviço encontrando-se já em exercício profissional. Para dar um caráter sistêmico, incluímos a formação dos docentes, para que possam se adequar aos conteúdos e processos demandados pelos sistemas atualmente.

## Objetivos

O propósito deste trabalho é contribuir com o fortalecimento do PEA da MFC na Região a fim de garantir as competências clínicas e a qualidade da atenção nas comunidades.

Os objetivos foram:

- analisar os cenários adequados de formação, os conteúdos curriculares em cada uma das etapas de formação e as características de formação dos docentes na MFC;
- avaliar o nível de desenvolvimento MFC na Universidade, a formação dos docentes e os processos de certificação da Especialidade nos seus países.

## Métodos

Foram desenvolvidas áreas/dimensões em cada uma das etapas do PEA em MFC através da consulta com expertos. Estas dimensões foram: 1. A contribuição da medicina de família na Universidade 2. Os conteúdos para o processo de ensino-aprendizagem 3. Os cenários adequados para o processo 4. A formação dos docentes em MFC. Foi elaborado um questionário semiestruturado que foi distribuído nas Sociedades Científicas de Wonca Ibero-americana CIMF. Um total de vinte professores de MFC completou o questionário. Três revisores analisaram, independentemente do

documento preliminar, e identificaram os indicadores chaves. Em uma segunda etapa foi realizado um grupo focal onde se analisou o trabalho prévio e se estabeleceram os indicadores finais.

Em uma segunda parte do trabalho foi solicitado aos docentes participantes da etapa inicial, qualificarem em uma escala Lickert, atribuindo notas de 1 a 10 (onde 1 é nenhum desenvolvimento e 10 grande desenvolvimento). As dimensões estudadas foram o desenvolvimento da medicina de família na Universidade dos seus países, a formação dos docentes e os processos de certificação da Especialidade. Foi calculada a média para cada uma destas dimensões.

## Resultados

### A contribuição da MFC para o desenvolvimento de Competências Clínicas na graduação das Faculdades de Medicina

Há algumas décadas, os sistemas educacionais do mundo promovem a inovação dos modelos pedagógicos e curriculares e a incorporação de MFC na graduação. Neste contexto, o docente de MFC aparece como responsável pela incorporação efetiva e do eventual sucesso de tais inovações, propiciando a mudança nos diferentes cenários de ensino. Porém, a incorporação das propostas educativas de MFC, requer uma reflexão profunda, que considere entre outros aspectos, as ameaças provenientes das políticas educacionais, o sistema econômico, os movimentos sociais, os estilos de administração e as culturas organizacionais das nossas Universidades sustentadas em sua maioria no paradigma biomédico e centrada na atenção hospitalar.

A incorporação da MFC na graduação permite que os alunos adquiram competências a respeito de:

- Abordagem integral e contínua dos problemas de saúde do paciente sadio;
- aplicar o enfoque de risco nas doenças mais frequentes;
- aprender sobre o controle de imunizações e de vigilância epidemiológica;
- educação para a saúde;
- abordagem familiar;
- comunicação com o paciente e família.

Permite aos estudantes se formarem em um aspecto mais antropológico da medicina, onde conhecem e se interessam pelos aspectos psicossociais do paciente e não só pelos biológicos

Na graduação deve se dar ênfase à Atenção Primária da Saúde (APS), para que os formados - independentemente da especialidade escolhida posteriormente- possam compreender a lógica de um sistema de saúde que não esteja centrado nos Hospitais.

A MFC permite ampliar o âmbito de abordagem clínica; passar da análise da doença para a abordagem da pessoa como um todo, no contexto da sua família (com quem compartilharão o manejo da saúde da pessoa) e da sua comunidade (cujas características irão facilitar ou dificultar o manejo da saúde da pessoa). A Medicina de Família muda o ponto de partida da análise clínica considerando a pessoa no seu contexto.<sup>1</sup>

### Os conteúdos da Medicina de Família na graduação

A MFC deveria dar conteúdos referidos à História do desenvolvimento da especialidade, abrangendo as necessidades e o contexto social no qual foi desenvolvida.

É necessário que os conteúdos se desenvolvam a cargo de uma equipe interdisciplinar, onde deve se incluir um conteúdo teórico prático:

- Inicialmente deve conhecer o processo sociológico e antropológico relevante no nível mundial e nacional, para ter um enfoque biopsicossocial integral do ser humano.<sup>2</sup>

- Conhecerá também os enfoques para a determinação de social da saúde e de gestão social de risco.
- Aprofundamento em saúde ambiental para um enfoque ecológico.
- Conhecimento e aprofundamento no corpo de conhecimento próprio da MFC (problemas de saúde mais prevalentes e/ou graves) que permitem elevar a resolução de 90% dos problemas atendidos na APS.
- Desenvolvimento da participação comunitária nos cuidados da saúde, junto com ferramentas que permitam um diagnóstico social.
- Fomentar o trabalho interdisciplinar com as outras áreas da saúde. Podem se criar espaços de trabalho curricular em comum para as carreiras afins (enfermagem, fisioterapia, assistência social, psicologia, farmácia, antropologia, etc.).
- Prevenção quaternária.
- Tomada de decisões baseada em evidências.
- Abordagem integral da saúde da pessoa, como uma atividade de saúde eficaz e eficiente que permite abordar a complexidade da saúde da pessoa, como alternativa à abordagem fragmentada, descoordenada e ineficiente.
- Abordagem da saúde da família, conhecendo o contexto onde vive a pessoa (mais do que fazer uma relação dos antecedentes); conhecer os riscos e problemas de saúde que compartilham; e propor e combinar cuidados de saúde a fim de superá-los.

Os conteúdos deveriam ser revisados e atualizados conforme as necessidades que possuam os sistemas de saúde nos diferentes países onde exista a possibilidade de incluir a medicina de família na graduação. Os conteúdos da MFC têm que ser dinâmicos e adaptáveis às necessidades de cada país.

## Cenários e metodologia para o desenvolvimento dessas competências clínicas no Graduação

O cenário ideal são os Centros de Atenção Primária (CAPS), implementados ou em convênios com as Universidades, com recursos compartilhados para a atenção de saúde e para a docência. Quanto à metodologia, deve ser utilizada, no mínimo, tutoria clínica, embora também possam ser utilizadas aulas expositivas, seminários de pequenos grupos, aprendizagem baseada em problemas, mapas conceituais, observações, simulações clínicas. Baseando-nos nestes conteúdos, os locais de prática devem estar orientados ao desenvolvimento comunitário onde o estudante poderá acompanhar a comunidade durante o seu estudo. Realizará uma aproximação à pessoa para conhecer a sua história de vida. Posteriormente, analisará o seu entorno com enfoque social, depois com as ferramentas em medicina de família. O estudante será capaz de realizar um enfoque sistêmico integral tanto individual, familiar quanto comunitário. Para isto ser possível é necessária uma forte interação entre a Universidade e o Setor Saúde.

Na sala de aula podem começar a abordar os conceitos básicos com uma metodologia educativa de tipo participativa. Isto fomentará a reflexão e a análise dos alunos, mediante o uso de casos clínicos reais. Seriam ideais cenários reais de prática interdisciplinar. Neste ponto podem se considerar espaços curriculares integradores, comuns para vários cursos das ciências da saúde, através do método de ensino baseado em problemas.

Também pode se realizar a consulta clínica com MFC onde terão contato direto com os pacientes, os seus principais problemas de saúde e o enfoque centrado na pessoa e orientado à família.

O desenvolvimento de tutorias presenciais e à distância com a finalidade de promover a reflexão crítica e o pensamento complexo. A proposta metodológica contempla a realização de atividades grupais e individuais de resolução de problemas. Esta metodologia propõe resgatar os conhecimentos prévios dos educandos, de uma perspectiva construtivista do processo de ensino-aprendizagem.

## A formação de docentes de MFC

O docente de MFC deve estar formado para um enfoque por competências que contribua à formação de educandos que desafiem problemas do contexto. A integração de saberes (cognitivos, procedimentais e atitudinais)

lhes permite identificá-los, argumentá-los e resolvê-los. Deveria ser possível que os docentes de Medicina de Família alcançassem uma elaboração conceitual e metodológica que possibilitasse a observação, análise, compressão e desenho de intervenções significativas na comunidade.

A graduação e a pós-graduação deverão compartilhar recursos para ter unidade, congruência e concordância na construção do conhecimento; e para tornar sustentável a administração dos processos de ensino, e eficiente a gestão do ensino. A formação do docente de Medicina de Família deve ser o suficientemente ampla como para desenvolver habilidades no ensino de diferentes âmbitos de conhecimento, um mais amplo (formação especializada) e outro mais específico (graduação), mas a formação é a mesma.

A formação dos docentes deve ser continuada, recertificada e obrigatória. Deste modo, deve se apresentar uma possibilidade para os professores poderem optar por uma atualização que garanta uma educação de qualidade. É necessário que tenham uma formação universitária em educação. Deste ponto de vista, as habilidades que um docente deve desenvolver são: o compromisso pessoal para estar atualizado e a capacidade de adaptação a diferentes ambientes e cenários. Os docentes que trabalhem na área de graduação devem realizar um trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar onde possam trabalhar junto com enfermeiras, antropólogos, médicos da saúde pública, gestores de saúde, entre outros. O docente deve saber como realizar um tutorial clínico e como deve realizar uma devolução para o aluno. Também deverá capacitar em instrumentos de observação/avaliação, métodos de avaliação, realização de perguntas escritas e coordenação curricular. Devem ter formação básica docente (aspectos didáticos e pedagógicos), habilidades em novas técnicas didáticas e atualização contínua específica em temas de APS e MFC.

Considerando que o público objetivo está na graduação, o docente deve estar preparado para utilizar técnicas de ensino para jovens ou adultos, ser capaz de utilizar os meios tecnológicos e de informação/comunicação que estes grupos manejam. É importante o manejo da metodologia de problematização, de modo que a aprendizagem seja gerada levando em consideração o conhecimento prévio do estudante, com metodologia de diálogo e construção de conhecimento. Seria recomendável que o docente compartilhe atividades clínicas em MFC.

É muito importante que saiba fazer análise do tipo de estudante que tem, quais os seus estilos de aprendizagem.

Os docentes de MFC requerem ser formados interdisciplinarmente em projetos educativos que se desenvolvam em determinado contexto de ação (Espaço Comunitário de Cuidado). Neles devem discutir, analisar e compartilhar as experiências prévias que permitam aprendizagens significativas, relevantes e com sentido a partir de um olhar integral. Deve-se promover a participação cidadã ativa como um direito que permita incidir no processo da determinação social da saúde.

## Os Conteúdos de MFC na Pós-graduação (Residência ou Especialização)

O conteúdo do Programa de formação de especialistas em MFC poderia se esquematizar da seguinte forma:

- a) Cuidado do paciente: o médico em processo de especialização deve ser capaz de dar atenção ao paciente de forma compassiva, apropriada e efetiva para a solução dos seus problemas de saúde e promoção da mesma. Providenciará os cuidados clínicos necessários para os pacientes no âmbito ambulatorio e hospitalar em relação com os procedimentos técnicos exclusivos do médico de família, conforme a necessidade da comunidade onde se desempenhe. Abrangerá a sistemática de atenção do indivíduo sadio. Priorizará a prevenção na atenção. Oferecerá continuidade na atenção individual: considerando-a como uma prioridade mediante o Prontuário Clínico Orientado ao Problema, com informação clara e precisa que permita a continuidade da responsabilidade. Incluirá na atenção pacientes que requeiram a continuidade de cuidados no domicílio. Oferecerá continuidade dos cuidados dos pacientes institucionalizados. Realizará visitas domiciliares de pacientes adultos idosos, impossibilitados, terminais e de risco social. Coordenará e integrará a atenção de cada paciente, a fim de manter a continuidade da responsabilidade dos seus pacientes em todos os âmbitos de atenção. Será competente no cuidado dos pacientes de variadas origens étnicas.<sup>3,4</sup>

- b) Conhecimento médico: Manifestará o seu conhecimento sobre os conceitos estabelecidos e em evolução das ciências biomédicas, clínica, epidemiológica, social e ciências do comportamento, aplicando-os na atenção do paciente, a família e a comunidade. Aplicará um pensamento analítico e inquisitivo na abordagem de: grupos populacionais a saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto e adulto idoso, saúde mental e ciências do comportamento humano, medicina comunitária e gestão dos sistemas de saúde. Conhecerá e aplicará as ciências básicas e de suporte relacionadas com a MFC e aplicará princípios de metodologia de pesquisa comunitária, com os diagnósticos de situação, aplicando técnicas de intervenção e participação.
- c) Aprendizagem baseada na prática: demonstrará a capacidade para pesquisar e avaliar a atenção do paciente e sua família, aprofundando e analisando a evidência científica. Estabelecerá objetivos de aprendizagem e melhora da sua prática. Analisará sistematicamente a prática utilizando métodos de melhora de qualidade. Encontrará, avaliará e assimilará evidência de estudos científicos relacionados com os problemas de saúde dos pacientes, a família e a comunidade. Utilizará tecnologia da informação e desta forma, apoiará a sua própria educação. Participará na educação dos pacientes, da família, da comunidade, de médicos residentes, e membros da equipe de atenção primária.<sup>5</sup>
- d) Habilidades de comunicação interpessoais: O médico residente deverá ser capaz de demonstrar habilidades de comunicação interpessoais que resultem na troca efetiva de informação e no estabelecimento de uma relação de equipe com os pacientes, a família e profissionais da saúde. Internalizará a metodologia comunicacional da linguagem verbal e não verbal.<sup>6</sup>
- e) Profissionalismo: O médico residente deve demonstrar o seu compromisso para realizar as suas responsabilidades profissionais e cumprir princípios éticos: Demonstrará compaixão, humanismo, integridade e respeito pelos outros. Dará resposta às necessidades do paciente, da família e da comunidade superando o próprio interesse. Respeitará a intimidade e a autonomia do paciente e sua família. Demonstrará sensibilidade e capacidade de resposta a diversas populações sem condicionar a diversidade de gênero, idade, cultura, raça, religião, incapacidades e orientação sexual. Dará seu início na Docência Universitária e passará para os estudantes a experiência adquirida.
- f) Gestão de serviços de saúde: O médico residente deverá demonstrar uma tomada de consciência e capacidade de resposta ao contexto maior do sistema de saúde sendo capaz de reclamar de forma seletiva os recursos do sistema para fornecer uma ótima atenção. Trabalhará de forma eficaz na atenção da saúde nos diferentes âmbitos de atuação (hospital, posto de saúde, domicílio, etc.). Coordenará a atenção do paciente e da sua família dentro do sistema. Praticará a atenção médica levando em consideração a relação custo-efetividade e a distribuição de recurso de modo tal que não comprometa a sua qualidade nem a equidade. Saberá como se associar com os gerentes e prestadores de atenção de saúde para avaliar, coordenar e melhorar a atenção conhecendo como estas atividades podem afetar o funcionamento do sistema. Saberá aplicar modelos prestacionais de APS. Incorporará o conceito de acessibilidade e disponibilidade.
- g) Enfoque familiar: O objeto de estudo deve ser a família integrando uma série de habilidades próprias do manejo com Famílias. A família como objeto de estudo do médico familiar deve incluir a compreensão da família como instituição social. Reconhecendo tipologias familiares, o ciclo evolutivo Individual, do casal e familiar, a funcionalidade e não funcionalidade familiar. Deve utilizar ferramentas como o Genograma e enfoques conceituais como a Teoria Geral dos Sistemas, Teoria Geral da Comunicação. Deve adquirir habilidades para a tomada de decisões perante eventos familiares críticos. Deverá se capacitar em intervenção dos diversos níveis de prevenção informação, assessoria, orientação e terapia familiar; Ter habilidades para intervir com outras disciplinas frente a problemas de casais, violência intrafamiliar, adições, baixo rendimento escolar, migração, ou qualquer situação que altere o bem-estar biopsicossocial do grupo.<sup>7</sup>

## Os cenários e a metodologia para o desenvolvimento de habilidades clínicas em MFC na Pós-graduação (Residência ou Especialização)

Principalmente deve se desenvolver nos Centros de Atenção Primária, nas comunidades, nos domicílios dos pacientes e em geral, todos aqueles cenários que lhes permitam estar em contato direto com os pacientes podendo avaliar a sua enfermidade.

A proposta é trabalhar com metodologias que facilitem a significação e reorganização de conhecimentos, valores, atitudes e destrezas que possibilitem a abordagem integral dos problemas de saúde no cenário da própria comunidade. Deverão priorizar metodologias inovadoras cujo objetivo seja o de gerar progressivamente competências nas diferentes áreas contempladas no programa, para o que deverão ser realizadas as atividades interdisciplinares, acompanhando-as de uma autorreflexão que resgate os aspectos positivos e os aspectos a serem melhorados em cada situação problema.

Os MFC devem se desenvolver em diferentes cenários de hospitais, clínicas, serviços de emergências, consultórios; mas também, desenvolver habilidades a partir de outras formas de assistência médica como visita domiciliar, hospitais-dia, equipes de trabalho interdisciplinar para a abordagem de múltiplas morbidades.

## Os cenários e a metodologia para a educação permanente em serviço dos especialistas em Medicina de Família e Comunitária

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia e metodologia educativa, impulsionada desde 1995 pela Organização Pan-Americana da Saúde, para o desenvolvimento do recurso humano e das capacidades institucionais que permitam melhorar a qualidade do cuidado da saúde. A licenciada María Cristina Davini a define como: “Uma estratégia de intervenção pedagógica-institucional orientada para conseguir eficiência e eficácia na prestação de serviços de saúde (qualidade da atenção e satisfação dos usuários), para a melhora dos processos de trabalho da equipe de saúde, e para a promoção individual e coletiva dos trabalhadores.” Conforme este modelo, os MFC reforçam a integração das práticas interdisciplinares.<sup>1,8</sup>

Deste modo, a EPS propõe inserir a educação do pessoal de saúde no interior das equipes de trabalho. Reúnem-se para analisar e resolver os problemas do quefazer cotidiano com o objetivo de melhorar atitudes, conhecimentos e habilidades.<sup>9</sup>

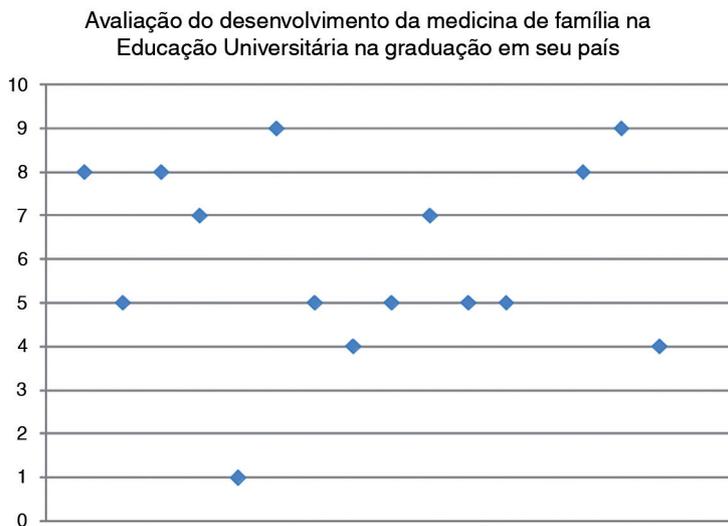
Esta metodologia se desenvolve no local de trabalho, analisa a missão institucional da equipe de trabalho e do processo de trabalho, faz confluir os aspectos técnicos, os processos humanos e relacionais, os processos institucionais e o usuário. Está centrada fundamentalmente na pessoa, tanto do funcionário quanto do usuário. Identifica e analisa, no contexto pertinente, o conceito de Rede Assistencial. Os cenários deveriam ser de cada área de saúde e deveria conduzir para os processos de certificação e recertificação da competência profissional.<sup>10</sup>

## Avaliações qualitativa dos expertos a respeito do desenvolvimento da Educação em MFC na região

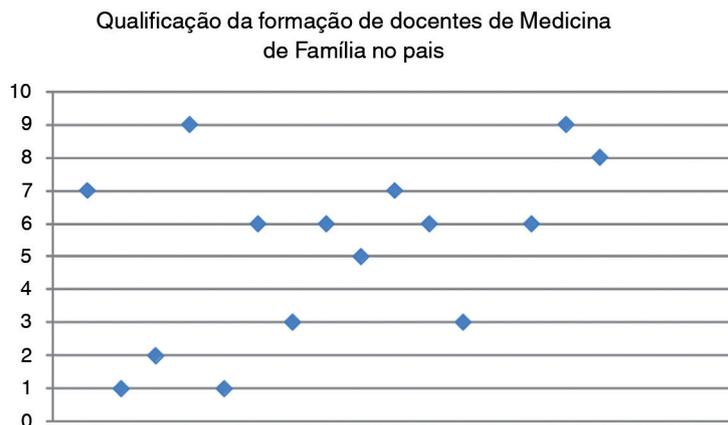
Foi observada uma ampla variabilidade na percepção de desenvolvimento das dimensões estudadas, e se observa o esforço que deve ser realizado na Região a fim de melhorar estes aspectos. \*(Quadro 1) (Gráficos 1, 2 e 3)

**Quadro 1.** Qualificação média das dimensões avaliadas.

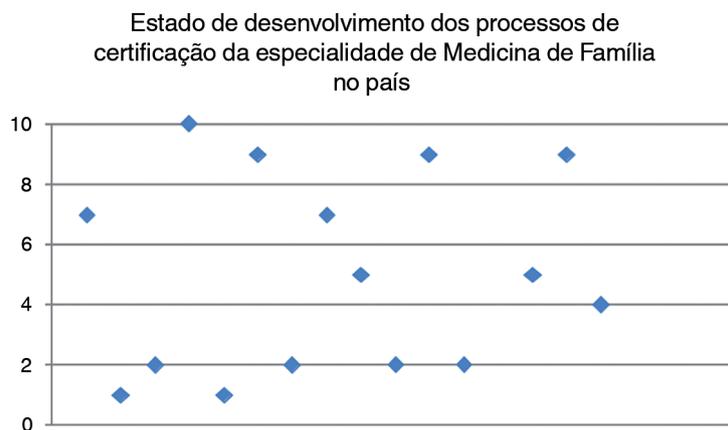
Dimensão	Média
Desenvolvimento da Medicina de Família na Universidade	5,6
Formação dos Docentes em Medicina de Família	5
Desenvolvimento Certificação da Especialidade	5,2



**Gráfico 1.** Avaliação do Desenvolvimento da Medicina de Família na Educação Universitária no país.



**Gráfico 2.** Qualificação da formação de docentes de Medicina de Família no país.



**Gráfico 3.** Estado de Desenvolvimento dos processos de certificação da especialidade de Medicina de Família nos países.

## Discussão

Realizar uma abordagem integral do Processo Saúde-Doença-Cuidado requer, em primeiro lugar, repensar a nossa própria prática e compreender que este “modo de fazer” se sustenta em uma determinada conceptualização do que é saúde e do que é cuidar, em uma certa noção da pessoa e do seu entorno familiar e comunitário, e em determinada forma de construção dos saberes e das práticas das equipes de saúde.<sup>2,3</sup>

Em um PEA, a fim de fazer entendível a complexidade do Processo Saúde-Doença-Atenção, devem ser procurados dispositivos de compreensão e abordagem que evidenciem a relação entre os processos gerais da sociedade, os diferentes modos de vida dos grupos e as particulares condições dos estilos de vida das pessoas.<sup>4</sup>

Devemos partir, então, do conceito de doença como um processo que não resulta da ação externa de um agente ambiental agressivo, nem da reação internalizada de um hóspede susceptível, mas de um processo totalizador de efeitos patológicos, e compreender a saúde como um contínuo em permanente tensão e conflito na busca de uma melhor qualidade de vida. Este processo é condicionado pelas potencialidades, capacidades e limitações que as pessoas, as famílias e as comunidades demonstram no controle dos recursos disponíveis.<sup>8,9</sup>

## Conclusões

1. Os conteúdos para a formação devem estar orientados a promover a aquisição de competências profissionais que facilitem o desenvolvimento de um modelo integral e holístico de abordagem do processo saúde-doença-atenção sustentado em um enfoque de determinação social que propicie a resolução dos problemas de saúde de maior prevalência nas nossas populações, em todas as etapas do ciclo vital.
2. A incorporação das propostas educativas de Medicina de Família e Comunidade requer uma reflexão profunda, que considere entre outros aspectos, as ameaças provenientes das políticas educativas, o sistema econômico, os movimentos sociais, os estilos de administração e as culturas organizacionais que prevalecem nas nossas Universidades sustentadas em sua maioria no paradigma biomédico.
3. O cenário ideal de formação é o de um Centro de Atenção Primária da Saúde. Quanto à metodologia, deveria ser utilizada principalmente a tutoria, embora também possam ser utilizadas outras metodologias como: acompanhamento em consultório de MFC, oficinas na sala de aula, jogos de rol e Câmara Gesell, Vídeo-gravações do aluno na consulta médica, Aprendizagem Baseado em Problemas e Método de Casos.

## Referências

1. Jure H, Acuña M, Coppolillo F, Ciuffolini, Didoni M. Cuadernos de Salud Familiar y Comunitaria. Buenos Aires. 2011.
2. Almeida Filho N. La Ciencia Tímida, Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2000.
3. Breilh J. Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2003.
4. Ciuffolini MB, Jure H. “Estrategias de comprensión integral del proceso salud- enfermedad: aportes desde la perspectiva de la vivienda saludable”. Astrolabio. Centro de Estudios Avanzados. UNC. Nº 3. Noviembre 2006.
5. Kuhn TS. La estructura de las revoluciones científicas. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1998.
6. Mc Whinney Ian. Medicina de Familia. Madrid: Ed. Doyma; 1995.
7. Menéndez E. “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. Salud Colectiva. Spinelli Hugo, Compilador. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2005:11-47.
8. Morin E. Introducción al pensamiento Complejo. Editorial Gedisa: Barcelona;2005.
9. Rojas MC, Ciuffolini MB, Meichtry N. “La vivienda saludable como estrategia para la promoción de la salud en el marco de la medicina familiar” Archivos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 2005;7(1):27-30.
10. Sousa Campos G. Gestión en Salud, en Defensa de la Vida. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2001.

## Certificação, Recertificação e Acreditação em Medicina de Família e Comunidade na Ibero-América

Certification, Recertification and Accreditation in Family and Community Medicine in Iberoamerica

*Certificación, Recertificación y Acreditación en Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica*

Haydee Cabrera Reyes. Grupo Ibero-americano de Certificação, Recertificação e Acreditação em Medicina de Família; Sociedade Campechana de Especialistas em Medicina de Família, A. C. México. cabrehay@hotmail.com (*Autora correspondente*)

Diana Yuruhán Mohrbach. Grupo Ibero-americano de Certificação, Recertificação e Acreditação em Medicina de Família; Sociedade Paraguai de Medicina de Família; Universidade Católica da Nossa Senhora da Assunção. Paraguai. dyuruhan@hotmail.es (*Autora correspondente*)

Patricia Vargas. Grupo Ibero-americano de Certificação, Recertificação e Acreditação e Medicina de Família Faculdade de Medicina; Universidade do Chile (UCh); Sociedade Científica de Medicina de Família. Santiago, Chile. elizavargas@u.uchile.cl

Nancy del R. López Vásquez. Grupo Ibero-americano de Certificação, Recertificação e Acreditação em Medicina de Família; Universidade do Chile (UCh); Sociedade Científica de Medicina de Família e Geral. Santiago, Chile. nancylopez@med.uchile.cl

Johanna Montalvo Vázquez. Grupo Ibero-americano de Certificação, Recertificação e Acreditação em Medicina de Família. Sociedade Equatoriana de Medicina de Família; Unidade de Medicina de Família Hospital UTPL. Equador. johanna.montalvo@hotmail.com

### Equipe de Trabalho

Carlos Icaza. (Costa Rica), Diana Yuruhán Mohrbach. (Paraguai), Gerardo Ramírez Sandoval. (México), Gladys Sandoval. (Paraguai), Haydee Cabrera Reyes. (México), Johanna Montalvo Vázquez. Montalvo J. (Equador), José Luis León. (Costa Rica), Karina Roselli. (Uruguai), Nancy del R. López Vásquez. (Chile), Patricia Vargas. (Chile), Xavier Astudillo Romero. (Equador) e Yossadara Luna Téllez. (México)

### Resumo

**Objetivo:** Conhecer a situação da Certificação, Recertificação e Acreditação nos países da região da Ibero-América como seguimento do primeiro levantamento realizado na V Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família em 2014 em Quito, Equador. **Métodos:** desenho transversal descritivo. A população do estudo foi composta por dez países: Equador, Peru, Chile, Venezuela, México, Brasil, Paraguai, Colômbia, Porto Rico e Costa Rica. Foi enviado por e-mail um questionário estruturado de doze perguntas sobre Certificação, Recertificação e Acreditação; a resposta foi recebida pela mesma via. Foi realizada uma análise estatística descritiva, com frequências simples e relativas. **Resultados:** As sociedades científicas envolvidas participam nos processos de Certificação, Recertificação e Acreditação nos países em que são implementados. A certificação foi realizada em 60% dos países pesquisados, este processo foi voluntário em 40%. Recertificação é implementada e está ativa em 30% dos países participantes, este processo é voluntário para 80% e são realizadas por diferentes organizações, entre as quais sociedades científicas, atuando isoladamente ou como parte de uma equipe de avaliação. Destes países, 50% procedem à acreditação de programas de medicina de família através de universidades. **Conclusões:** A Certificação ainda não está estabelecida em alguns países da Ibero-América, é voluntária. Uma porcentagem menor de países implementaram o processo de recertificação, o qual é voluntário em sua maioria. Apenas metade dos países realiza o processo de acreditação das Unidades Formadoras.

**Como citar:** Cabrera HR, Yuruhán DM, Vargas P, López NV, Montalvo JV. Certificação, Recertificação e Acreditação em Medicina de Família e Comunidade na Ibero-América. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):55-63. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1386](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1386)

### Palavras-chave:

Certificação  
Recertificação  
Acreditação  
Medicina de Família e Comunidade

**Fonte de financiamento:** declaram não haver.

### Parecer CEP:

A pesquisa foi considerada uma pesquisa sem risco. Os autores declaram que os procedimentos seguidos foram realizados conformes as normas éticas da Associação Médica Mundial e da Declaração de Helsinque.

### Conflito de interesses:

declaram não haver.

### Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 15/08/2016.

Aprovado em: 15/09/2016.

## Abstract

**Objective:** To determine the status of the Certification, Recertification and Accreditation in the countries of the region of Latin America as a follow up to the first survey in the V Ibero-American Summit Family Medicine in 2014 in Quito, Ecuador. **Methods:** Cross-sectional descriptive. The population consisted of 10 countries: Ecuador, Peru, Chile, Venezuela, Mexico, Brazil, Paraguay, Colombia, Puerto Rico and Costa Rica. To the presidents of associations of family medicine, they were sent by e-mail a structured survey of twelve questions about certification, recertification and accreditation; the response was received by the same route. Descriptive statistics and simple and relative frequencies was made. **Results:** Certification is carried out in 60% of the surveyed countries; this process is voluntary in 40% and performs scientific societies. The recertification is installed and is operational in 30% of the participating countries, this process is voluntary in 80% and running different organisms among which are scientific societies. 50% of countries conduct the accreditation of family medicine programs through universities. **Conclusions:** Certification not yet instituted in some countries in Latin America, continues to be voluntary, and only half of the countries make the accreditation process. Therefore, we must work more in each of the countries in the region to achieve certification, recertification and accreditation to ensure the quality of specialists in Family Medicine.

### Keywords:

Certification  
Recertification  
Accreditation  
Family and Community  
Medicine

## Resumen

**Objetivo:** Conocer el estado de la Certificación, Recertificación y Acreditación en los países de la región de Iberoamérica como seguimiento a la primera encuesta realizada en la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en 2014 en Quito, Ecuador. **Métodos:** Diseño transversal descriptivo. La población estuvo conformada por diez países: Ecuador, Perú, Chile, Venezuela, México, Brasil, Paraguay, Colombia, Puerto Rico y Costa Rica. A los presidentes de las Asociaciones de Medicina Familiar, se les envió por e-mail una encuesta estructurada de doce preguntas acerca de la Certificación, Recertificación y Acreditación; la respuesta se recibió por la misma vía. Se efectuó un análisis estadístico descriptivo, frecuencias simples y relativas. **Resultados:** Las Sociedades Científicas participan en los procesos de Certificación, Recertificación y Acreditación en los países en los cuáles están instalados. La certificación se realizó en 60% de los países encuestados, este proceso fue voluntario en 40%. La Recertificación está instalada y es operativa en 30% de los países participantes, este proceso es voluntario en 80% y lo ejecutan diferentes organismos, entre los cuales están las sociedades científicas, actuando solas o como parte de un equipo evaluador. De estos países, 50% de los países realizan la Acreditación de los programas de medicina familiar a través de las Universidades. **Conclusiones:** La Certificación todavía no se instaura en algunos países de Iberoamérica, es voluntaria. Un menor porcentaje de países tienen implementado el proceso de Recertificación, el cual también es voluntario en su mayoría. Apenas la mitad de los países efectúan el proceso de Acreditación de las Unidades Formadoras.

### Palabras clave:

Certificación  
Recertificación  
Acreditación  
Medicina Familiar  
y Comunitaria

## Introdução

Os processos de mudança que se apresentam com a globalização econômica, estabelecem requerimentos de qualidade para o exercício da medicina que incluem a certificação de uma prática profissional ótima e competitiva em benefício da população.<sup>1</sup> Um destes aspectos é a melhora da qualidade na atenção médica, onde foram incluídas estratégias como a certificação e recertificação de maneira a garanti-la.<sup>2</sup> Neste ponto, é essencial definir a que é chamado qualidade da atenção médica. Este conceito varia em diferentes épocas e sociedades; porém, o conceito proposto por *Donabedian* é integrador e globalizador podendo ser aceito como definição da mesma: “Qualidade é o nível em que os meios mais desejáveis são utilizados para atingir os melhores resultados possíveis”.<sup>3</sup> *Ruelas* diz que “a qualidade é uma combinação de benefícios, riscos e custos, onde se trata de oferecer os maiores benefícios com os menores riscos possíveis e a um custo razoável”. Assim, *Aguirre-Gas*, diz que “a qualidade da atenção médica é outorgar atenção oportuna ao usuário, conforme os conhecimentos médicos e princípios éticos em vigor, com satisfação das necessidades de saúde e das expectativas do usuário, do prestador de serviços e da instituição”.<sup>4-6</sup>

Derivado do anterior, a certificação profissional é um processo que garante padrões técnicos e socialmente aceitáveis de qualidade de cuidados para os usuários dos serviços de saúde. Dominam um corpo de conhecimentos e/ou experiências relevantes em um âmbito de trabalho assistencial, para lhe outorgar o certificado correspondente;<sup>7</sup> portanto, é muito importante que exista a certificação dos especialistas em Medicina de Família em todos os países da Ibero-América.<sup>8</sup> A certificação em Medicina de Família pode ser entendida como um processo de validação a fim de garantir à sociedade que o profissional possui os conhecimentos e competências necessárias e suficientes para providenciar atenção integral e contínua ao indivíduo e a sua família com padrões elevados de Qualidade, baseados

nos princípios e práticas da Especialidade.<sup>9,10</sup> Os médicos de família devem ser os responsáveis e protagonistas ativos em definir, implementar e administrar os processos de certificação nas instituições que certifiquem profissionais.<sup>2</sup> Apesar de a certificação constituir um padrão de qualidade que todos os médicos de família devem ter, alguns dos países da região Ibero-americana ainda não a implementaram. Em outros, como nos Estados Unidos, é de caráter voluntário<sup>10</sup> e em poucos, como no México, a certificação é obrigatória (2011), conforme o artigo 83 da Lei Geral de Saúde.<sup>11</sup>

Como consequência dos avanços tecnológicos que ocorrem permanentemente nas ciências médicas, assim como a transição epidemiológica e demográfica que tem lugar constantemente em todas as sociedades, os especialistas em Medicina de Família estão obrigados a renovar e atualizar periodicamente os seus conhecimentos. Para isso, é necessário comprovar a vigência da sua competência profissional através da recertificação. Isto é possível através da aquisição de novas competências emergentes, dado desenvolvimento do conhecimento e a complexidade da tarefa do médico de família dentro dos sistemas de saúde.<sup>7,8,10</sup> Em Medicina de Família, a recertificação pretende manter o compromisso da atenção médica com padrões elevados de qualidade, tanto para o indivíduo quanto para sua família, de acordo com os avanços da Medicina de Família e com as necessidades de saúde da população.<sup>9</sup>

A fim de complementar estes processos é necessário desenvolver um sistema de acreditação dos programas de Residências em Medicina de Família. A acreditação deve ser entendida como um processo mediante o qual uma organização é capaz de medir a qualidade dos seus serviços ou produtos, e o rendimento deles perante os padrões reconhecidos no nível nacional e internacional.<sup>12</sup> Assim, a acreditação é um processo de verificação do cumprimento dos programas por parte das Instituições de Educação Superior, dos requisitos para a formação dos profissionais nas diferentes especialidades da medicina, em concordância com o estado da arte da medicina no mundo e as necessidades das pessoas e da comunidade.<sup>13</sup>

Na Declaração de Margarita se estabelece que cada país deve ser responsável de estabelecer os requisitos mínimos de acreditação de Residências em Medicina de Família. Seu objetivo é garantir um perfil básico de competências profissionais em todas e cada uma das unidades formadoras de especialistas dos países, para o qual se sugere considerar os seguintes aspectos: nome da especialidade, perfil profissional, tempo de duração, requisitos de ingresso, requisitos de permanência, requisitos de egresso, estrutura curricular, requisitos para os docentes, características das sedes acadêmicas de Medicina de Família e características das sedes acadêmicas hospitalares de apoio.<sup>8</sup> Isto significa que o processo de acreditação representa um enorme esforço, no qual as instituições educativas de saúde e civis devem participar para elevar os níveis de qualidade que presta o médico de família.<sup>14</sup>

A Carta de Quito na V Cúpula Ibero-americana de Medicina de Família recomenda: “Reconhecer que a Certificação e Acreditação profissional em Medicina de Família e Comunitária permitem o fortalecimento da qualidade de atenção ao longo do tempo e estimula a atualização do profissional.”

Por tudo o aqui exposto, um conjunto de especialistas em Medicina de Família conformou um grupo de trabalho Ibero-americano composto por oito países. Numa primeira instância constrói e colhe informação a partir de uma enquete elaborada por este comitê de expertos. Com a informação obtida foi feita uma análise FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades e ameaças) e se compararam os níveis de avanço dos processos de certificação e acreditação da especialidade em Medicina de Família do Equador, Venezuela, Bolívia, México, Argentina, Paraguai, Brasil e Chile. Os resultados se apresentaram em 2014 durante a V Cúpula Ibero-americana de Medicina de Família em Quito, Equador.<sup>15</sup>

O presente estudo constitui o segundo momento da equipe de trabalho com o intuito de conhecer o estado da Certificação, Recertificação e Acreditação nos países da região da Ibero-América como acompanhamento da primeira enquete.

## Métodos

Foi realizado um estudo de desenho transversal, descritivo em dez países da região Ibero-americana WONCA-CIMF (World Organization of FamilyDoctors - Confederação Ibero-americana de Medicina de Família): Brasil, Chile, Colômbia,

Costa Rica, Equador, México, Paraguai, Peru, Porto Rico e Venezuela, durante o período de novembro de 2015 a março de 2016; que contavam com Sociedades Científicas ou Associações de Medicina de Família. Para os presidentes ou integrantes do comitê diretivo das associações ou sociedades, foi enviada por meios eletrônicos (e-mail) uma enquete estruturada de 12 perguntas sobre as variáveis certificação, recertificação e acreditação em Medicina de Família e Comunitária; a resposta foi recebida pela mesma via.

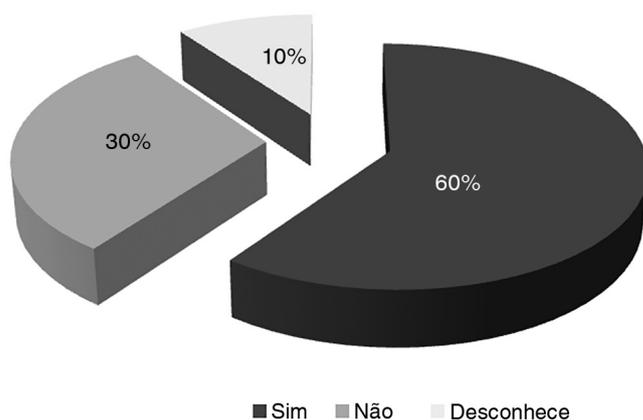
Cabe salientar que a enquete se enviou para 20 países; deles, só responderam aqueles mencionados precedentemente. Não se recebeu resposta da Argentina, Bolívia, Uruguai, Cuba, Espanha, El Salvador, Panamá, Portugal, Honduras e República Dominicana.

A análise dos dados se fez mediante estatística descritiva e frequências simples e relativas com o Programa Estatístico SPSS v.21.

## Resultados

Dos países que receberam a enquete, só a metade respondeu (10/20). Dos questionados, 40% são diretivos da Sociedade, 30% como presidente e 30% é membro da Sociedade de Medicina de Família, de entidade acreditadora e diretor de Pós-graduação.

Na figura 1 são apresentados os dados da pergunta: O processo de Certificação em Medicina de Família é realizado no seu país? Observa-se que 40% (4 países) ainda não realiza este processo. É importante destacar que só em dois países o processo de Certificação é obrigatório, um é o México onde é obrigatório desde 2011 e o outro é a Venezuela enquanto para quatro dos países da região CIMF a certificação é voluntária (Figura 2).



**Figura 1.** Realização do Processo de Certificação no País.

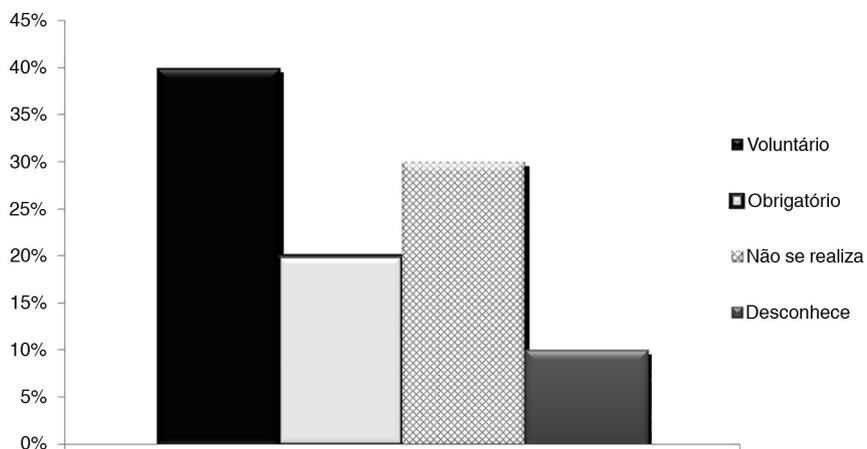
Fonte: Enquete GICRAMF\* F 2015-2016.

\* Nota: Grupo Ibero-americano de Certificação, Recertificação e Acreditação em Medicina de Família.

Na maioria (6/10) dos países, os órgãos certificadores dos especialistas em Medicina de Família são as Sociedades Científicas, Colégio de Médicos e só no México a certificação é feita pelo Conselho Mexicano de Certificação (Tabela 1).

A recertificação está instalada e é operativa em 30% dos países participantes; este processo é voluntário em 80% e é executado por diferentes órgãos entre os quais estão as sociedades científicas, o conselho de certificação e órgãos públicos e privados.

A respeito do processo de acreditação dos programas de formação da especialidade em Medicina de Família, encontrou-se que na metade dos países participantes (5/10) está instaurada a acreditação (Figura 3).

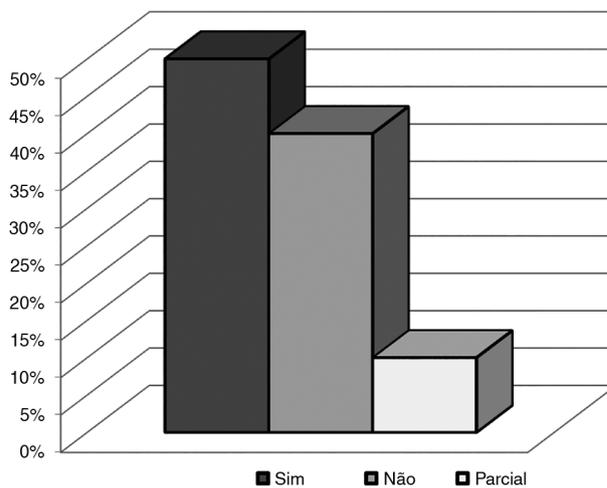


**Figura 2.** Obrigatoriedade do processo de Certificação.  
 Fonte: Enquete GICRAMF\* - Informantes Países CIMF 2015-2016.

**Tabela 1.** Órgãos certificadores dos Médicos de Família por países CIMF

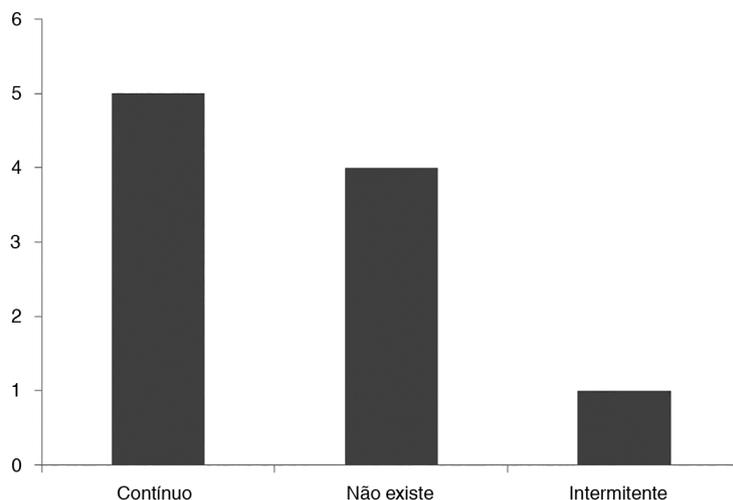
País	Órgãos Certificadores			
	Sociedade Científica e Colégio Médico	Universidades	Ministério da Saúde	Conselho de Certificação
Brasil	x			
Chile	x	x		
Costa Rica	x			
Colômbia				
Equador				
México				x
Paraguai	x			
Peru				
Porto Rico				
Venezuela	x	x		

Nota: Equador não conta com certificação. Fonte: Enquete GICRAMF 2015-2016.



**Figura 3.** Realização do processo de Acreditação no País.  
 Fonte: Enquete GICRAMF 2015-2016.

As principais entidades acreditadoras são as universidades (3/10), seguidas pelos órgãos públicos e privados (4) e pelas sociedades científicas. Na figura 4, é possível saber como é o processo de acreditação nos países. No nível nacional, os programas de formação do médico de família na metade dos países tem diferenças (50%), sendo iguais em 40%; mesmo assim, os programas variam pouco (2/10).



**Figura 4.** Continuidade do processo de Acreditação no País.  
Fonte: Enquete GICRAMF 2015-2016.

## Discussão

### Resumo dos principais achados do estudo

A certificação ainda não se instaurou em alguns países da Ibero-América; em outros continua sendo voluntário; uma percentagem ainda menor de países têm implementado o processo de recertificação, o qual também é voluntário e só a metade dos países realiza o processo de acreditação. Portanto, deve-se trabalhar mais na sensibilização em cada um dos países da região para conseguir que a certificação, recertificação e acreditação em Medicina de Família seja realizada na Ibero-América com o objetivo de garantir a qualidade dos programas de formação na especialidade, e por sua vez, dos especialistas em Medicina de Família, o que ecoará na melhora da qualidade na atenção dos pacientes e suas famílias.

Um dos principais achados deste estudo é que as sociedades científicas participam na maioria dos processos de certificação e recertificação de especialistas em Medicina de Família; em relação à acreditação dos programas de formação, as universidades são as principais entidades acreditadoras.

### Fortalezas e limitações do estudo

#### *Fortalezas*

Uma das fortalezas do estudo se refere a que existe um maior compromisso no nível das sociedades no tocante à certificação, recertificação e acreditação, além disso, é possível observar o compromisso das Sociedades que responderam a enquete em fortalecer os processos de certificação e recertificação. Outra delas, é que permitiu identificar as instituições ou órgãos que certificam a especialidade em Medicina de Família dos países da Ibero-América.

O processo de Acreditação dos programas de formação em Medicina de Família é contínuo na metade dos países participantes, o que poderia significar que a qualidade nos programas de formação dos especialistas em Medicina de Família começa a ser uma preocupação. Aliás, o estudo, permite: conhecer as instituições ou órgãos que acreditam os programas de formação da especialidade de MF, avalia os aspectos de acreditação dos programas, e também identifica se estes programas de acreditação estão acreditados nos países da Ibero-América.

Considera-se que a principal fortaleza reside em que a enquete foi dirigida para os especialistas em Medicina de Família envolvidos nos processos de certificação, recertificação e acreditação, portanto sua opinião é com conhecimento de causa.

### *Limitações*

As limitações mais importantes encontradas foram a dificuldade na comunicação e obtenção dos dados, tanto para o envio da enquete quanto para a sua resposta, com os países integrantes da CIMF (Confederação Ibero-Americana de Medicina de Família).

Também é uma debilidade o fato de a enquete não ter sido validada por outros expertos, somente pelos médicos de família do grupo Ibero-americano, e a enquete não foi enviada de forma conjunta para todos os países da região. A enquete esteve claramente dirigida aos temas de interesse do grupo e a avaliação da enquete foi realizada por alguns integrantes do grupo e foi difícil orientar a discussão. Finalmente, não existem elementos que ajudem num estudo de avaliação mais qualitativa nos temas de certificação, recertificação e acreditação dos programas de formação de Especialistas em Medicina de Família.

### **Comparação com a literatura existente**

Apesar de ser a certificação um padrão buscado há muito tempo, chama a atenção a grande diversidade de interpretações dadas a esse termo nos diferentes países. Para alguns, a certificação é aquela que se obtém quando se conclui os estudos de pós-graduação em uma residência médica e que corresponde à aprovação das avaliações correspondentes e que permitam credenciar o médico para o exercício da profissão. Em outros países se denomina certificados aos médicos que quando concluíram a residência em um programa formal, não foram aprovados nas avaliações correspondentes, e por esse motivo devem ser submetidos a uma avaliação extraordinária que lhes permita acreditar sua competência como especialista perante a sociedade. Em outros se chama de certificação à acreditação de médicos gerais como especialistas em Medicina de Família, através da aprovação de alguns cursos, práticas clínicas, etc., e que são avaliados por algum comitê acadêmico.<sup>14</sup>

O fato de 60% dos países questionados terem instaurado um processo de certificação, nos demonstra que os especialistas em Medicina de Família estão cientes de a necessidade de garantir a qualidade de sua atuação médica; entretanto, os diferentes modelos existentes destes processos podem ser considerados como punitivos, portanto é imprescindível uma boa pedagogia para explicar de um modo bem claro o que é este processo e os benefícios que tem para que não seja visto como um exame, mas como um método que «melhora a competência dos profissionais».<sup>16</sup>

### **Implicações para a pesquisa na área e/ou a prática dos profissionais**

Existem várias implicações da pesquisa, derivadas da importância outorgada a estes processos de Certificação, Recertificação e Acreditação pela comunidade, ela própria, e os Sistemas de Saúde de cada país. Salientamos as mais significativas: Quão importantes são estes processos nos países? Que entidades regulam estes processos? Como utilizar os resultados obtidos depois da análise feita em benefício dos profissionais e da população? O maior desafio que se apresenta é constituir um modelo destes processos para a Ibero-América levando em conta a análise dos resultados desta e de futuras pesquisas.

Na prática profissional é indispensável que os especialistas em Medicina de Família devam ter uma avaliação. Esta deve ser feita em dois momentos: quando terminar o seu processo de formação (Certificação) e durante a sua carreira (Recertificação), deste modo estaríamos garantindo que o profissional apresenta e mantém as competências de um especialista em Medicina de Família. De igual forma, dada a diversidade de programas de formação existentes na Ibero-América em Medicina de Família, é necessário que eles sejam acreditados a fim de certificar a sua concordância com o perfil profissional do Médico(a) de Família. Nesta virtude é necessário ter um diagnóstico situacional atualizado destes três processos na Ibero-América sendo o ponto de geração de futuras pesquisas no campo.

Estes processos devem responder à necessidade do Estado, é por isso que neles deve se conformar uma equipe de trabalho entre os órgãos governamentais legalmente estabelecidos, a academia e as Sociedades Científicas de Médicos de Família, a fim de garantirem um sistema de avaliação integral com o Perfil do Médico de Família.

A Certificação e Recertificação devem se constituir em processos inicialmente voluntários, de modo que os especialistas valorizem sua importância e se sintam hierarquizados no exercício profissional. No entanto, os Sistemas Nacionais de Saúde de cada país devem garantir as competências dos seus profissionais em Medicina de Família através da instauração formal destes processos com um mecanismo de avaliação por pares, sem serem considerados como punitivos, mas como uma oportunidade de validar as competências adquiridas ao longo de sua formação e de sua profissão, e que possam se adaptar às mudanças científicas ocorridas no tempo.

As Sociedades científicas devem assumir um papel ativo e um compromisso oferecendo aos Médicos de Família oportunidades acessíveis de capacitação através da Educação Médica Contínua, chegando aos associados através de meios virtuais ou presenciais.

## Conclusões

A certificação ainda não se instaura em alguns países da Ibero-América, é voluntária. Uma pequena percentagem de países tem implementado o processo de recertificação, o qual também é voluntário em sua maioria. Só a metade dos países realiza o processo de acreditação. Portanto, se deve trabalhar mais em cada um dos países da região para conseguir que a certificação, recertificação e acreditação em Medicina de Família sejam realizadas na Ibero-América a fim de garantir a qualidade dos programas de formação em Medicina de Família e, portanto, dos especialistas em Medicina de Família, o que ecoará nos pacientes e nas suas famílias.

Considerando que ocasionalmente existem diferentes programas de formação dentro de um mesmo país, é necessário padronizar os mecanismos de certificação e os de acreditação. Isto constitui um desafio para as Sociedades e Associações científicas, tanto quanto para a CIMF conseguir uma matriz básica de avaliação aplicável nos diferentes países e que reflita as competências a serem obtidas. Seguramente será necessário trabalhar de forma coordenada e contínua em cada um dos países da região para conseguir que os processos de certificação, recertificação da especialidade e a acreditação dos programas de Medicina de Família se realizem em forma contínua na Ibero-América com o objetivo de garantir a qualidade dos programas de formação em Medicina de Família, e dos especialistas em Medicina de Família.

## Referências

1. Comité Normativo Nacional de Medicina General. Boletín Atención Familiar. 1998;5(3-4):10-13.
2. Brennan TA; Horwitz, RI; Duffy, D; Cassel, CK; Goode, LD; Lipner, RS. The role of Physician Specialty Board Certification Status in the Quality Movement. JAMA. 2004;29:1038-43.
3. González LE, Gallardo EG. Calidad de la Atención Médica: la diferencia entre la vida o la muerte. Revista Digital Universitaria. 2012;13(8):1-5. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/index.html>
4. Ruelas E. Calidad en Salud... ¿Pleonasma necesario? Conferencia en el Primer Foro de Calidad en Salud. Calimed 1998; 4(3-4): 55-60

5. Fernández H, Sotelo G. La CONAMED y la calidad de la atención médica. *Medicina Universitaria* 2000;2(8):232-38.
6. Aguirre-Gas H. Administración de la calidad de la atención médica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 1997;35(4):257-64.
7. Reglamento de Certificación de Especialidades, Ley de Educación Superior en Chile. Decreto N° 57 de 2007. [https://www.supersalud.gob.cl/normativa/.../articles-4799\\_recurso\\_1.pdf](https://www.supersalud.gob.cl/normativa/.../articles-4799_recurso_1.pdf)
8. Declaración de Margarita. *Boletín Atención Familiar*. 2003;10(6):3.
9. Estatutos Vigentes del Consejo mexicano de certificación en Medicina Familiar. Disponible en: <https://www.consejomedfam.org.mx>
10. Fernández-Ortega MA, Cuevas M, Alderete JA, Barell AE. Convergencia de procesos de certificación y recertificación de especialistas en Estados Unidos y México. *MedIntMéd*. 2016 mayo; 32(3):263-269.
11. Diario Oficial de la Federación. DOF 0 1/09/2011. México. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5207454](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5207454)
12. Reglamento APICE: Acreditación de Programas de Especialidades Médicas. Disponible en: <http://www.apicechile.cl/site/>
13. Jiménez D. Beneficios de la certificación y acreditación en la educación. *Revista Coepesgto*. 2013;3(8):1-6. Disponible en: <http://www.revistacoepesgto.mx/revistacoepes8/beneficios-de-la-certificacion-y-acreditacion-en-la-educacion>
14. Fernández Ortega MA, Yañez Puig EJ. La certificación y recertificación Médica en México. *Atención Familiar*. 2004;11(6):9-12.
15. Vargas P, Cabrera H, Montalvo J, López NR, Yuruhán D. Análisis comparativo de la certificación, recertificación y acreditación en Latinoamérica para la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria. *Rev Bras Fam Comunitade*. 2016;12(Suppl 1):61-7.
16. OMC. La recertificación supone un beneficio para los médicos y los pacientes y redundará en un SNS más eficiente, según expertos. 2015. Disponible en: [http://www.cgcom.es/noticias/2015/10/15\\_10\\_15\\_37\\_congreso\\_semergen](http://www.cgcom.es/noticias/2015/10/15_10_15_37_congreso_semergen)

## Pesquisa em Medicina de Família e Comunidade na Ibero-América

### Research in Family and Community Medicine in Ibero-America

#### *Investigación en Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica*

Noris Margarita Serrudo de Domínguez. Governança do Estado Zulia Secretaria de Saúde; Secretaria de Finanças do Capítulo Zulia; Sociedade Venezuelana de Medicina de Família (SOVEMEFA); Confederação Ibero-Americana de Medicina de Família, (Wonca-Ibero-Americana-CIMF); Centro de Medicina de Família Padilla. Venezuela. norisserrudo@gmail.com (*Autor correspondente*)  
Jacqueline Ponzo. Universidade da República, Faculdade de Medicina (UDELAR); Unidade Docente Assistencial Canelones al Este; Red IBIMEFA, Wonca Ibero-Americana-CIMF. Uruguai. ponzo4@gmail.com (*Autora correspondente*)  
José Manuel Ramírez Aranda. Universidade Autónoma de Nuevo León (UANL); Hospital Universitario "José Eleuterio González"; Rede Mexicana de Pesquisadores em Medicina de Família AC. México. sersabe2010@gmail.com  
Carla Alexandra Argudo Haro. Centro de Saúde Familiar San Joaquín, Departamento de APS e Saúde de Família Universidade do Chile; Faculdade Medicina. Equador. carliarg@yahoo.com  
Miriam Elisa Riveros Ríos. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nacional de Assunção. Paraguai. melisarr76@hotmail.com  
Pablo Vargas Villarreal. Caixa Costa-ricense do Seguro Social; Universidade da Costa Rica. Costa Rica. pavavi@gmail.com  
Juan Víctor Ariel Franco. Serviço de Medicina de Família e Comunitária do Hospital Italiano de Buenos Aires; Centro Cochrane - Instituto Universitário do Hospital Italiano de Buenos Aires; Universidade de Buenos Aires. Argentina. juan.franco@hospitalitaliano.org.ar  
Sergio Adrián Terrasa. Serviço de Medicina de Família e Comunidade e Departamento de Pesquisa do Hospital Italiano de Buenos Aires; Departamento de Saúde Pública do Instituto Universitário Hospital Italiano. Argentina. sergio.terrasa@hiba.org.ar  
Juan Carlos Perozo García. Universidade Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM); Departamento de Integração Docente Assistencial, Centro de Pesquisas Biomédicas da (UNEFM); Sociedade Venezuelana de Medicina de Família (SOVEMEFA). Venezuela. jucape33@gmail.com  
María Cristina da Costa Días. Sociedade Venezuelana de Medicina de Família (SOVEMEFA); Ambulatório Militar La Rosaleda. Venezuela. cristydacosta@yahoo.com  
Fausto Gady Torres Toala. Makroscopio Serviços de Saúde Cia Ltda; Universidade Católica do Equador. Equador. gtorres@makroscopio.com  
Roberto Flete González. Hospital Geral Engombe. República Dominicana. robertoflete@gmail.com - fleteroberto@hotmail.com

#### **Equipe de trabalho**

Abril Collado RO (Peru); Avila A (Colômbia); Bermúdez GA (Venezuela); Caballero L (Argentina); Cardozo de Angulo RA (Venezuela); Colon González MC (Porto Rico); Cordero Tapia PA (Bolívia); da Silva AL (Brasil); Domínguez Serrudo NV (Venezuela); Ehlerman Escalante CC (El Salvador); Esteban S (Argentina); Gavilanes Cueva YP (Equador); Germosen Almonte YR (República Dominicana); Gloria Cristina Cordoba Currea GC (Colômbia); Homero de los Santos Reséndiz H (México); Karen Vanessa Muñoz Chamorro KV (Colômbia); Luna-Ruiz MA (México); Martinez-Bianchi V (Argentina); Meaux JA (Porto Rico); Mejía M (Venezuela); Morón Vázquez A (Venezuela); Munive Angermuller M (Costa Rica); Olinisky Bentancor MM (Uruguai); Patricia Elizabeth Hernández Coronado PE (Bolívia); Paulo A (Uruguai); Paz NA (Honduras); Piñol Moreso JL (Espanha); Ramirez Nizza R (Paraguai); Rava Dellepiane P (Uruguai); Rivera P (Panamá); Rodríguez Escobar MA (Colômbia); Rojas Velasco GW (Equador); Trindade TG (Brasil); Vietto V (Argentina)

**Fonte de financiamento:**  
declaram não haver.

**Parecer CEP:**  
O presente trabalho não se enquadra como pesquisa com sujeitos humanos; constitui um levantamento como parte de um processo organizativo da rede IBIMEFA. Implica baixo risco ético, e os autores declaram sua aderência aos princípios éticos da Associação Médica Mundial e da Declaração de Helsinque.

**Conflito de interesses:**  
declaram não haver.

**Procedência e revisão por pares:**  
revisado por pares.  
Recebido em: 15/08/2016.  
Aprovado em: 15/09/2016.

**Como citar:** Serrudo ND, Ponzo J, Ramírez-Aranda JM, Argudo CH, Riveros MR, Vargas PV, et al. Pesquisa em Medicina de Família e Comunidade na Ibero-América. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):64-74. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1387](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1387)

## Resumo

O grupo de trabalho nº 4 da VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina Familiar em San Jose, Costa Rica de 2016 se organizou para colaborar com o desenvolvimento da pesquisa em Medicina de Família e Atenção Primária na Ibero-América, assim como consolidar a Rede IBIMEFA. Foi composto por 54 médicos de 21 países. Dois coordenadores gerais e 10 sub-coordenadores foram nomeados para organizar os cinco subgrupos. O trabalho realizado durante oito meses por este grupo obteve como resultado a identificação de linhas ativas e prioritárias de pesquisa em Medicina de Família e a necessidade de serem estabelecidas estratégias para promover a produção científica tais como: a) implementação de estágios de pesquisa em diferentes regiões; b) identificação de fontes de financiamento; c) desenvolver uma plataforma virtual, dar suporte para consultoria e realizar fóruns de pesquisa coordenados pela IBIMEFA.

### Palavras-chave:

Pesquisa  
Medicina de família  
Atenção primária  
IBIMEFA

## Abstract

In order to contribute to the development of research in Family Medicine and Primary Care in Ibero-America and the consolidation of the IBIMEFA Network, the Work Group #4 was created for the VI Ibero-American Summit of Family Medicine in San José, Costa Rica, 2016, which was composed by a group of 54 family physicians from 21 countries. Two general coordinators and 10 subgroup coordinators were designated. The work developed by this group throughout an 8-month period has resulted in the identification of both active and priority research lines in Family Medicine and the need to develop strategies for the promotion of scientific production, such as: a) the development of research internships across the different regions, b) the identification of sources of financing; c) the design of a virtual platform with support for consultancy and research forums coordinated by IBIMEFA.

### Keywords:

Research  
Family medicine  
Primary care  
IBIMEFA

## Resumen

El grupo de trabajo # 4 de la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en San José, Costa Rica, 2016 se conformó para lograr contribuir al desarrollo de la investigación en Medicina Familiar y Atención Primaria en Iberoamérica, así como para consolidar la Red IBIMEFA. Estuvo integrado por 54 médicos de 21 países. Se nombraron 2 coordinadores generales y 10 coordinadores para dirigir los cinco subgrupos. El trabajo realizado por este grupo durante ocho meses, obtuvo como resultado la identificación de líneas activas y prioritarias de investigación en Medicina Familiar, la necesidad de realizar estrategias para promover la producción científica, tales como: a) desarrollo de pasantías de investigación en diferentes regiones; b) identificación de fuentes de financiamiento; c) lograr una plataforma virtual, soporte para asesorías y foros de investigación coordinados por IBIMEFA.

### Palabras clave:

Investigación  
Medicina Familiar  
Atención primaria  
IBIMEFA

## Introdução

Na história do trabalho realizado pela Confederação Ibero-Americana de Medicina de Família (CIMF) podem ser identificados vários momentos relevantes para promover a pesquisa na região: a Primeira Oficina de Pesquisa em Medicina de Família<sup>1</sup> realizada em Cali (Colômbia, 2008) assumiu as recomendações da reunião de Ontário<sup>2</sup> da *World Organization of Family Doctors* (WONCA) a fim de impulsionar a pesquisa em Medicina de Família e Atenção Primária à Saúde e instalou a Rede Ibero-Americana de Pesquisa em Medicina de Família (IBIMEFA).<sup>3</sup> Na IV Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família (2011, Assunção, Paraguai), o trabalho do Grupo de Pesquisa emitiu um documento de diagnóstico que sintetizava as dificuldades, oportunidades, desafios e algumas recomendações para conseguir avançar.<sup>4</sup> A Carta de Quito<sup>5</sup> - resultado da V Cúpula Ibero-Americana - recomenda promover a pesquisa como elemento fundamental para manter o nível profissional dos médicos de família. Em 2015, foi realizada em Montevideu a Segunda Oficina Ibero-Americana de Pesquisa em Medicina de Família e Atenção Primária e a primeira reunião de editores de revistas de Medicina de Família e comunitária (MFC) da região.

O presente documento foi produzido no marco da VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade (San José, Costa Rica, 2016) dando continuidade aos processos citados. Sua realização se inscreve no desenvolvimento da Rede IBIMEFA, mas também contribui à vinculação entre pesquisadores, promove o envolvimento das Associações membro da CIMF com a pesquisa e aporta elementos de valor para o planejamento estratégico da

pesquisa na Ibero-América. O objetivo do trabalho é contribuir para o desenvolvimento da pesquisa em Medicina de Família e Atenção Primária na Ibero-América e na consolidação da Rede IBIMEFA como ferramenta para a ação colaborativa permanente.

## Métodos

Trabalhou-se em um grupo aberto, instalado a partir da convocatória realizada pelo Comitê Executivo da CIMF às Associações-Membro e o Movimento de Jovens Médicos de Família (Waynakay). Foram integradas ao grupo àquelas pessoas nominadas pelos referentes destas Associações, assim como também Médicos de Família externos à região, mas vinculados à Ibero-América, que responderam à convocatória (Estados Unidos e Dinamarca). Também se deu lugar à integração de médicos de países que atualmente não são membros da CIMF, como Honduras e Nicarágua, visando promover o desenvolvimento da MFC nestes países e também sua integração à Confederação. Uma vez instalada a Equipe de Trabalho, foram identificadas as linhas prioritárias para o desenvolvimento da pesquisa e com base nelas se estabeleceram os objetivos e se constituíram cinco subgrupos. O processo de trabalho se estendeu por oito meses (setembro 2015 - abril 2016) com a participação de 54 médicos de 21 países. Foram feitas 23 reuniões virtuais e troca via e-mail, com elaboração colaborativa de documentos. Cumprida a primeira etapa de trabalho em subgrupos, realizaram em forma integrada a análise dos resultados e a elaboração de conclusões e recomendações. Durante a VI Cúpula Ibero-Americana da MFC realizada em San José se desenvolveu uma oficina que aprofundou em alguns aspectos do documento preliminar. Desta fase final, destaca-se a participação de jovens médicos de família do Movimento Waynakay.

No quadro 1 são resumidos os métodos e fontes de dados para cada objetivo de trabalho.

**Quadro 1.** Objetivos do documento nos subgrupos de trabalho.

Subgrupos de trabalho	Objetivos	Metodologia	Fonte de dados
Atualização do diagnóstico	Identificar os avanços e necessidades para o desenvolvimento da pesquisa na Ibero-América	Revisão de antecedentes e fontes de dados secundárias	Cúpulas anteriores, Congressos e 2º Oficina de pesquisa (Montevideu 2015). Entrevista direta a pesquisadores Bases de dados de pesquisadores
Estágios de Pesquisa	Identificar locais e mecanismos para a implementação de estágios de pesquisa	Recopilação de dados aportados por integrantes do subgrupo. Planejamento de um protocolo para levantamento sistemático	Entrevistas e consulta em sites de organizações de MFC e Universidades
Linhas de Pesquisa Ativas	Descrever as temáticas nas quais o coletivo de MFC da região está pesquisando. Compilar dados dos responsáveis das linhas de pesquisa identificadas	Enquete online	Difusão mediante representantes locais (distribuição em bola de neve ou <i>snowball sampling</i> ) via correio eletrônico e uso de redes sociais (Twitter e Facebook)
Linhas de Pesquisa Priorizadas	Identificar linhas de pesquisa que o coletivo de MFC da região considera prioritárias.	Enquete online	
Financiamento	Descrever as fontes de financiamento que dão suporte às pesquisas na região e o acesso a elas	Enquete online	

## Resultados

### Situação Ibero-Americana

A necessidade de fortalecer a pesquisa através das redes foi o que motivou a reunião da WONCA em 2003. Na reunião de Cali, Colômbia (2008), com a criação da IBIMEFA, foi salientado que o incremento nas competências metodológicas para a pesquisa, a geração de incentivos e a criação de mestrados em Medicina de Família e Atenção Primária eram prioritário, mas não se avançou nos mecanismos para concretizar isso.

Na III Cúpula Ibero-Americana (Fortaleza, Brasil),<sup>6</sup> foram ratificados os acordos de Cali e se destacou a importância da difusão de conhecimento na região como outra estratégia que contribui ao desenvolvimento acadêmico.

Na IV Cúpula Ibero-Americana (Assunção, Paraguai)<sup>7</sup> se determinou a pesquisa como eixo estratégico para o desenvolvimento de sistemas de saúde mais eficientes e equitativos. Por sua vez, foi expressa a necessidade da tutoria na pesquisa, mas sem determinar nesse momento quais os mecanismos para implementá-la nas diferentes instituições onde se realizam pesquisas. Também foi mencionada a pertinência de manejar uma agenda comum de pesquisa para todos os países da Ibero-América, assim como a importância de que os resultados de tais pesquisas sejam comunicados aos responsáveis.

Na V Cúpula Ibero-Americana (Quito, Equador),<sup>8</sup> foi destacada a importância de potencializar o uso das tecnologias na informação e comunicação para a pesquisa. Porém, o suporte informático de CIMF ainda é limitado e requer ampliar as estratégias ou linhas de ação para responder a este enunciado. Em 2014, as linhas de pesquisas ativas derivadas de uma enquete na qual participaram 13 países foram: doenças crônicas degenerativas (diabetes mellitus, hipertensão arterial, doença renal crônica), organização de serviços de saúde, avaliação de serviços de saúde, saúde familiar, saúde comunitária, determinantes sociais, educação para a saúde e adulto idoso.

Na 2ª Oficina Ibero-Americana de Medicina de Família e Atenção Primária realizada em Montevidéu (Uruguai),<sup>9</sup> por ocasião do 4º Congresso Ibero-Americano da CIMF foi realizado um levantamento e se iniciou um registro de pesquisadores na região que constitui o insumo inicial para uma base de dados necessária. Mediante um formulário online, foi conseguido um registro de 97 pesquisadores com idade média de 45 anos (Desvio Padrão = 12), 65% mulheres e 65% com nível acadêmico de mestrado ou doutorado (80% completou algum curso formal de metodologia da pesquisa). Participaram 15 países, que opinaram sobre as áreas de interesse em pesquisa, destacaram-se: a orientação comunitária, as doenças crônico-degenerativas, a efetividade dos métodos educativos, competências na resolução de problemas clínicos, organização de serviços de saúde, enfoque preventivo e cuidado do adulto idoso.

Estabeleceram-se os seguintes delineamentos a serem cumpridos a médio e longo prazo:

- a) desenvolvimento de estágios de pesquisa em diferentes regiões e países, como forma de promover a troca, a coordenação e a produção científica;
- b) identificação de fontes de financiamento que permitam fortalecer e pôr em prática as linhas de pesquisa necessárias;
- c) conseguir uma plataforma virtual, suporte para assessorias e foros de pesquisa coordenados por IBIMEFA, que idealmente deveria estar radicado no site da WONCA Ibero-Americana-CIMF.

### Linhas de pesquisa ativas na Ibero-América

Obtiveram-se 86 entradas no formulário de enquete online, entre 22 de outubro e 23 de novembro de 2015, com representação de 16 países.

Encontrou-se que 16% das linhas de pesquisa ativas eram de caráter metodológico; ou seja, orientadas ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de certas atividades (por exemplo: desenho de guias de prática clínica para o primeiro nível de atenção), no entanto 84% restante estavam orientadas a problemas da prática da MFC (ex.: abordagem da violência de gênero no primeiro nível de atenção).

49% informaram contar com financiamento para as linhas de pesquisa mencionadas.

Das linhas de pesquisa ativas reportadas, 15 delas (17%) não tinham trabalhos de pesquisa em curso, 24 delas (28%) tinham trabalhos em desenvolvimento e as 47 restantes tinham trabalhos de pesquisa terminados.

No quadro 2 pode se ver a lista de linhas de pesquisa ativas e os seus países.

**Quadro 2.** Linhas de pesquisa em Medicina de Família e Comunitária ativas na Ibero-América. Abril 2016.

Nome da linha de pesquisa	País
Abordagem ao Tabagismo	Espanha
Atividade Física e Saúde	Espanha
Adaptações e Harmonização de versões de PCAT na Ibero-América	Rede Ibero-Americana PCAT
Análise de consultas não urgentes no serviço de emergências	Costa Rica
Atenção à Família	Espanha
Atenção à Mulher	Espanha
Atenção ao Adolescente	Espanha
Atenção ao Idoso	Espanha
Bioética	Espanha
Qualidade de vida	Venezuela
Qualidade de vida relacionada com a saúde em mulheres de idade média	Cuba
Qualidade e segurança do paciente	México
Câncer	Espanha
Cirurgia Menor e Dermatologia	Espanha
Consulta integral pós-aborto ou óbito	Costa Rica
Cuidados Paliativos	Espanha
Demências	Espanha
Dependência Severa	Chile
Diabetes	Espanha
Dislipidemias	Espanha
Diversidade Sexual e Velhice	Uruguai
Ecografia	Espanha
Eficácia da entrevista motivacional no controle da obesidade	Panamá
Doenças crônicas não transmissíveis	Colômbia
Doenças Cardiovasculares	Espanha
Doenças crônicas não transmissíveis	Venezuela
Doenças Infeciosas	Espanha
Doenças Infectocontagiosas	Venezuela
Doenças Respiratórias	Espanha
Doenças Reumáticas	Espanha
Enfoque de risco biopsicossocial em adultos	Venezuela
Enfoque de risco biopsicossocial em crianças e adolescentes	Venezuela
Estudo de Leptospirose no Entorno de Grupos Humanos em Risco	Uruguai
Estudo de acompanhamento de fatores de risco e Doenças cardiovasculares no Cone Sul da América.	Uruguai
Avaliação de Qualidade de Vida do Diabético Tipo-2 Clínica de Diabetes Policlínica Hugo-Spadafora Abril-Maio 2013	Panamá
Avaliação da Formação Baseada em Competências dos Residentes do Programa da Especialidade em Medicina de Família CHMDRAAM - Faculdade de Medicina - Universidade do Panamá	Panamá

**Continuação Quadro 2.**

<b>Nome da linha de pesquisa</b>	<b>País</b>
Avaliação das Metas de Controle Metabólicas Pacientes de Medicina de Família Clínica de Diabetes Policentro de Parque Lefevre 2010-2011	Panamá
Fatores de risco	El Salvador
Família	El Salvador
Formação de Talento Humano em Medicina de Família na região	Colômbia
Genética Clínica e Doenças Raras	Espanha
GIEMFAPS. Grupo de Pesquisa Estratégica em Medicina de Família e Atenção Primária da Saúde.	Venezuela
Grado de cumprimento de objetivos terapêuticos em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 do serviço de MFC de Unidade Docente Assistencial (UDA) Saint Bois	Uruguai
Hipertensão Arterial	Espanha
<i>International Collaboration to Promote Scholarly Activity Among Young Family Physicians</i>	Colômbia
Intervenção em Drogas	Espanha
Intervenções educativas em saúde	Venezuela
Manejo Terapêutico	El Salvador
Medicina Baseada na Evidência	Espanha
Medicina de Família como Estratégia de Gestão da Qualidade do Sistema de Saúde	Equador
Medicina de Família e Comunitária	Venezuela
Medicina de Família e Comunitária	Venezuela
Medicina de Família e Saúde Pública	Venezuela
Medicina <i>herbolaria</i> em pacientes Comórbidos de Medicina de Família em Policlínica Presidente Remón. OUTUBRO - DEZEMBRO 2014	Panamá
Medicina Rural	Espanha
Medidas educativas para cuidadores do hospital geriátrico	Paraguai
Multimorbidade e seu impacto nos sistemas de saúde	Brasil
Nefro-urologia	Espanha
Neurologia	Espanha
Nutrição e Alimentação	Espanha
Orientação para a Atenção Primária da Saúde (APS) como estratégia para melhorar a Qualidade de atenção no primeiro nível	Argentina
Prevenção quaternária	Peru, Argentina
<i>Primary Care Assessment Tool</i> - PCAT. Adaptação do instrumento e avaliação de serviços de saúde	Argentina, Bolívia, Brasil, Uruguai
Procedimentos em Atenção Primária	El Salvador
Programas formativos para a equipe de saúde em educação para pacientes. Programas de educação para pacientes e os seus familiares com doença crônica	Venezuela
Referência e contra-referência em serviços de saúde	Argentina
Riscos em saúde/Formação em APS	Venezuela
Saúde Baseada nas Emoções	Espanha
Saúde Familiar e Atenção Primária	Colômbia
Saúde Mental	Espanha
Saúde pública e medicina comunitária	Colômbia
Saúde Sexual e Reprodutiva	Venezuela
Segurança do Paciente	Espanha
Tamisagem	El Salvador

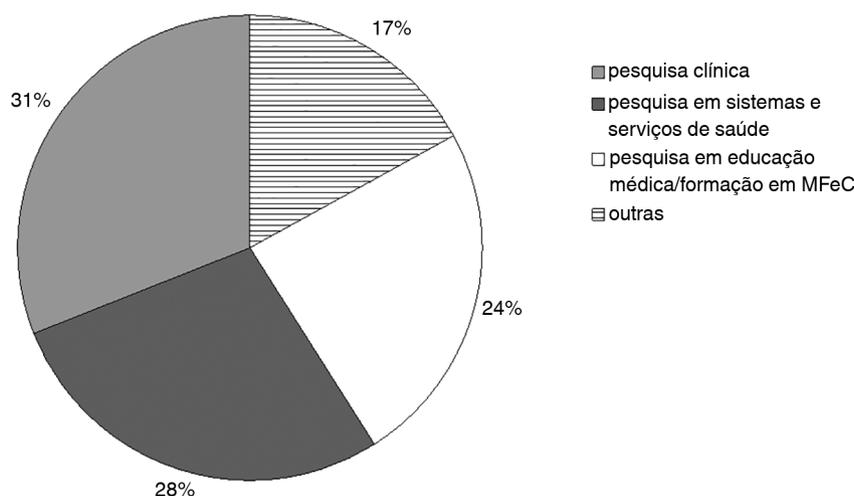
**Continuação Quadro 2.**

Nome da linha de pesquisa	País
Tomada de decisões compartilhadas e medicina centrada nas pessoas	Argentina
Toxicologia e Saúde Ocupacional	Venezuela
Transdisciplinariedade e APS	Marcelo Salinas Rojas salinasmarc99@gmail.com (Pesquisador Independente)
Transferência do conhecimento ( <i>Knowledge translation</i> )	Argentina
Urgências e Atenção Continuada	Espanha
Uso de antibióticos em atenção primária. HAPPY AUDIT II América do Sul	Argentina, Bolívia, Paraguai, Uruguai e Dinamarca
Uso da escala de Edimburgo para a pesquisa de risco de depressão pós-parto das puérperas que tiveram o seu parto no departamento de Florida.	Uruguai
Utilização de Fármacos	Espanha
HIV	Espanha

**Linhas de pesquisa consideradas prioritárias**

Dentre os 114 participantes na enquete, foram obtidas 107 respostas satisfatórias e sete incompletas ou preenchidas incorretamente e que não foram consideradas. A maior parte dos participantes que respondeu a esta consulta não estava com linha de pesquisa ativa (64%) nem conhecia a rede IBIMEFA (60%).

As prioridades identificadas, se distribuem em três frações semelhantes, embora com um leve predomínio do interesse pela pesquisa clínica (31%), particularmente os problemas crônicos que propriamente constituem 15% do total. As outras frações são: pesquisa em sistemas de saúde (28%), particularmente em avaliação de serviços de saúde e *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) (11%). Finalmente, 24% destaca como prioridade de pesquisa a formação em MFC (Gráfico).



**Gráfico 1.** Distribuição das linhas de pesquisa priorizadas segundo grandes áreas.

## Comparação entre linhas ativas e linhas priorizadas

Da análise comparativa entre as linhas identificadas como prioritárias e as linhas ativas, foi encontrada grande coincidência. Analisaram-se as dez linhas que receberam maior número de respostas a favor da sua priorização e para cada uma delas se verificou se houve reporte de pesquisa ativa. O resultado deste cruzamento pode se ver no quadro 3. Nas dez linhas mais priorizadas há pesquisa ativa e Medicina de Família e comunitária.

**Quadro 3.** Comparação entre linhas de pesquisa ativas e priorizadas na Ibero-América, conforme levantamento realizado para a VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunitária (abril 2016).

Linha de pesquisa priorizadas*	Frequência de respostas em favor de sua priorização	% de linhas ativas que abrangem a linha proposta (coincidência)**
1. Clínica sobre Problemas crônicos no primeiro nível de atenção	16	14,95
2. Formação em Medicina de Família	15	14,01
3. Avaliação de serviços de saúde	11	10,28
4. Adequação e construção de instrumentos de Medicina de Família	6	5,60
5. Avaliação de tecnologias sanitárias segundo MBE	6	5,60
6. Tecnologização da saúde	5	4,67
7. Estresse e Qualidade de vida	5	4,67
8. Medicina de Família no âmbito rural	5	4,67
9. Medicina de Família como política de saúde	4	3,73
10. Prevenção Quaternária	4	3,73

\* Incluem-se as dez linhas que receberam maior ponderação conforme número de respostas a favor; \*\* Sobre um total de 86 linhas ativas identificadas.

A coincidência encontrada pode se interpretar como um dado de coerência entre as convicções dos especialistas de Medicina de Família e comunitária e as suas ações em relação à pesquisa.

## Oportunidades para estágios em pesquisa

Foi elaborado um protocolo como base de um levantamento inicial, o qual aspira aprofundar e aperfeiçoar a continuidade do trabalho com IBIMEFA. Seu objetivo foi caracterizar os locais de estágios, com base em dados disponíveis na web ou questionário a instituições identificadas para estágio de pesquisadores (Quadro 4).

Das instituições informadas, 13 eram universitárias, 10 organizações governamentais e quatro não governamentais. Não se obteve este dado em 11 casos.

Das formas de capacitação, não houve exclusividade da sala de aula; a formação em exercício foi mencionada em um caso; 18 teriam ambas as modalidades (sala de aula e prática) e para sete instituições não se obteve o dado.

Quanto ao perfil requerido para aspirar a um estágio em pesquisa, encontrou-se que em 16 entidades era requerida dedicação completa e em sete, o requisito era capacitação prévia.

O movimento latino-americano de Jovens Médicos de Família (Waynakay) que agrupa especialistas com até cinco anos de formados e residentes da especialidade, trabalha na coordenação de estágios em diferentes instituições através das Associações membro da CIMF e as organizações de jovens médicos de família de outras regiões da WONCA. Esta estratégia de estágios que se encontra organizada, foi identificada como um recurso valioso para promover e potencializar os estágios específicos em pesquisa.

## Financiamento da pesquisa em Medicina de Família

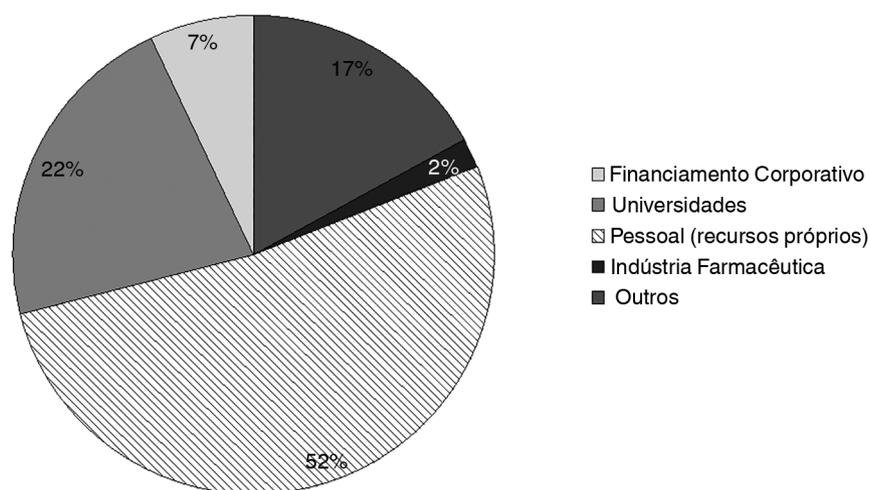
A fim de obter informação sobre financiamento, foram questionados 60 profissionais da saúde, na sua maioria médicos de família, através de um instrumento virtual. 77% dos participantes tinham experiência em pesquisa, a

**Quadro 4.** Instituições que oferecem estágios em pesquisa (n=26).

Universidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Universidade El Bosque - Bogotá Colômbia</li> <li>• Universidade del Valle - Cali Colômbia</li> <li>• Universidade Peruana Cayetano Heredia - Lima Peru</li> <li>• Universidade Maior de San Marcos - Lima Peru</li> <li>• Universidade do Chile - Santiago de Chile - Chile</li> <li>• Universidade de La Sabana - Bogotá - Colômbia</li> <li>• Universidade Nacional Autônoma de Honduras/Faculdade de Ciências Médicas</li> <li>• Universidade Nacional de Assunção - Paraguai</li> <li>• Universidade da República (Departamento de Medicina de Família e Comunitária) - Uruguai</li> <li>• Universidade Nacional Autônoma de Nuevo León, Monterrey-México</li> <li>• Universidade de Colima - México</li> <li>• Universidade de Texas. San Antonio, Texas</li> <li>• Pontifícia Universidade Católica do Equador</li> </ul>
Organizações não governamentais (ONG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundação Universitária de Ciências da Saúde-FUCS/Colômbia</li> <li>• Associação Missioneira de Médicos de Família/Argentina</li> <li>• Fundação Universitária, Juan N. Corpas. Bogotá/Colômbia</li> <li>• Hospital Italiano-Serviço de Medicina de Família/Argentina</li> </ul>
Instituições governamentais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministério da Proteção Social/Colômbia</li> <li>• Departamento de Saúde Primária/Chile</li> <li>• Governos Municipais e Patronatos Comunitários/Honduras</li> <li>• CONCACYT/Paraguai</li> <li>• Instituto de Pesquisa em Ciências da Saúde-IICS/Paraguai</li> <li>• Instituto de Pesquisa Biomédica e social/Bolívia</li> <li>• Instituto Nacional de Saúde/México</li> <li>• Instituto de Saúde Pública de México/Cuernavaca</li> <li>• Instituto de Saúde Pública da PUCE Quito/Costa Rica</li> </ul>

maioria deles como pesquisadores principais. O percentil 75 para número de anos de experiência se posicionou em 15 (Intervalo 1-39).

A maioria das pesquisas foi financiada com recursos próprios do pesquisador (Gráfico 2). Nos casos em que foi identificada a presença de uma fonte financiadora externa ao pesquisador, predominou a origem privada dos fundos, por cima dos fundos públicos. As Universidades representaram 22% das fontes financiadoras.



**Gráfico 2.** Financiamento da pesquisa em Medicina de Família e comunitária em uma amostra não probabilística de pesquisadores ativos na Ibero-América (n=60).

A maioria dos participantes desconhecia fontes de financiamento para a pesquisa e 25% considerava que existem obstáculos jurídicos para o acesso. A experiência na gestão de fundos de financiamento foi avaliada de forma qualitativa. Encontrou-se satisfação vinculada à rapidez ou simplicidade dos trâmites em uma minoria de opiniões. Na maioria foram identificadas barreiras e dificuldades nesta gestão em diferentes níveis: acesso (insuficiente priorização da pesquisa em atenção primária), burocracia, impostos, tempo necessário para a gestão, demoras nos desembolsos do dinheiro por parte das instituições.

## Conclusões

As Cúpulas anteriores definiram estratégias cruciais para fortalecer a pesquisa nos diversos países e a região em seu conjunto. Porém, ainda falta avançar na implementação destas ações, seja como coletivo regional ou no interior de cada país em particular.

Surge como estratégia fundamental e primária assegurar a comunicação e cooperação entre os países da Ibero-América, mediante a definição de uma agenda comum, unindo esforços, e o desenvolvimento de uma plataforma compartilhada para divulgar informação, projetos, recursos, oportunidades, métodos e técnicas de pesquisa em atenção primária. IBIMEFA aparece como recurso fundamental para a implementação desta estratégia.

A presença de pesquisadores que trabalham ativamente em linhas consideradas prioritárias pela região é uma característica importante identificada neste levantamento. Informa sobre a coerência dos pesquisadores da Medicina de Família e Comunidade, que investigam os problemas considerados prioritários e, por sua vez, permitem dar uma qualificação inicial de pertinência à pesquisa que está sendo desenvolvida na área.

Outro dentre os recursos identificados, foi a ampla gama de oportunidades para realizar estágios em diferentes centros governamentais e não governamentais da região. As Universidades são os principais referentes para esta atividade.

As limitações para obter fontes de financiamento são barreiras a serem superadas a fim de fortalecer a pesquisa em MFC na Ibero-América. A vontade de pesquisar, evidenciada pelo autofinanciamento predominante como fonte de recursos na região, deve ser acompanhada pela aquisição de conhecimentos e competências na busca de fundos. A Rede IBIMEFA pode contribuir em grande medida para potencializar os recursos intrínsecos da Medicina de Família e Comunitária e de suas Associações para a pesquisa, gerando ao mesmo tempo novos espaços e recursos pela a coordenação e complementação. Melhorar as habilidades de pesquisa contribuirá para melhorar a captação de fundos para a produção de conhecimento em MFC e Atenção Primária.

## Limitações deste estudo

A principal fragilidade identificada neste trabalho é o método de coleta de dados, não sistematizado, e o tipo de amostragem não probabilística que limita a inferência dos resultados. No entanto, o alto nível de participação em número de pessoas e países que conformou esta equipe de trabalho, e o número de respostas recebidas de pessoas designadas pelas associações de MFC em cada país, consideradas referentes no tema, pode dotar de fortaleza os dados, apesar das fragilidades identificadas. Futuras intervenções podem ser desenhadas para ampliar os alcances desta exploração ao universo de pesquisadores ou a uma amostra representativa.

Quase 60% dos participantes que responderam ao levantamento sobre linhas de pesquisa a serem priorizadas não eram pesquisadores ativos no momento da resposta. Identificado este dado, deve-se advertir que as respostas podem refletir linhas de pesquisa necessárias na região, ou também os temas onde é necessária maior atualização no conhecimento da prática clínica, o que poderia ou não ser resolvido pela pesquisa. Apesar disto, a concordância entre as linhas priorizadas e as linhas ativas é um dado que aporta consistência aos resultados.

## Recomendações

1. Continuar o trabalho para o desenvolvimento e fortalecimento da Rede IBIMEFA como recurso para a integração de pesquisadores da região; identificar e construir oportunidades para a formação de pesquisadores e o financiamento de projetos.
2. Manter em forma ativa e prospectiva a atualização do diagnóstico sobre situação da pesquisa na Ibero-América em forma participativa.
3. Estabelecer um registro formal de pesquisadores da região, com dados que facilitem a troca de experiências, a formação e o desenvolvimento de estudos colaborativos.
4. Avançar na identificação de linhas prioritárias de pesquisa com base em uma cuidadosa convocatória aos pesquisadores e referentes de MFC em cada país, os jovens MFC e a comunidade, para enriquecer a lista de prioridades que se obteve nesta primeira fase de trabalho.
5. Desenvolver um processo de gestão do financiamento com representação internacional, que sirva de área consultora para os pesquisadores de MFC.
6. Promover, a partir de CIMF, um diálogo mais próximo com as Universidades e as Agências Financiadoras como forma de contribuir na geração de oportunidades na Região Ibero-Americana para o desenvolvimento da Pesquisa em MFC.
7. Incrementar os recursos e ações para a comunicação e difusão dentro de CIMF, que favoreçam uma maior integração dos pesquisadores e difusão da produção científica.

## Referencias

1. Herrera JA. La investigación en medicina de familia en el siglo XXI (Editorial). *Aten Primaria*. 2008;40(9):435-6.
2. Van Weel C, Rosser WW. Improving health care globally: a critical review of necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann FamMed*. 2004;2(supl):s5-s16.
3. Herrera JA. Atención primaria y mortalidad materno-infantil en Iberoamérica. *Aten Primaria*. 2013;45(5):244-8.
4. Rubinstein A (coord). Investigación en la práctica de la medicina familiar: ¿una causa perdida o un desafío pendiente? *Colombia Médica*. 2012;43(1). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/1065/1687>
5. Fernández MA, Rojas G, Irigoyen A, Roo JB. Producción y difusión del conocimiento en Medicina Familiar en Iberoamérica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;12(Supl 1):71-87.
6. Carta de Fortaleza. III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. 29 y 30 de abril de 2008; Fortaleza, Brasil. Disponible en: <http://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/432/356>
7. Carta de Asunción. IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. 15 y 16 de noviembre de 2011. Asunción, Paraguay. Disponible en: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/Carta%20de%20Asuncion.pdf>
8. Carta de Quito. V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. 11 y 12 de abril de 2013. Quito, Ecuador. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/carta-de-quito-v-cumbre-iberoamericana-de-medicina-familiar/>
9. Red Iberoamericana de Medicina Familiar (IBIMEFA). Reporte del 2º Taller Iberoamericano de Medicina Familiar y Atención Primaria en Montevideo, marzo 18 de 2015. (Documento de Trabajo de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar), Montevideo: Junio 2015. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B0IGtVUOBhBMbEFSSG1TdENOU0k/view>

## Prevenção Quaternária: Ética Médica, Avaliação e Eficiência nos Sistemas de Saúde

Quaternary Prevention: Medical Ethics, Evaluation and Efficiency in the Health Systems

*Prevencción Cuaternaria: Ética Médica, Evaluación y Eficiencia en los Sistemas de Salud*

Miguel Pizzanelli. Faculdade de Medicina da Udelar; Grupo de interesse em Prevenção Quaternária de Conferência Iberoamericana de Medicina Familiar/WONCA. Uruguai. miguelpizzanelli@gmail.com (*Autor correspondente*)  
Marina Almenas. Academia de Médicos de Família de Porto Rico; Conferência Iberoamericana de Medicina Familiar/WONCA. Porto Rico. dra.almenas@gmail.com (*Autora correspondente*)  
Robert Quirós. Universidade da Costa Rica; Área Saúde de Moravia de San José; Associação de Especialistas em Medicina Família e Comunitária de Costa Rica. Costa Rica. rmqcdoc@gmail.com  
Carlos Pineda. Departamento de Medicina de Família, Universidad del Valle; Sociedade Colombiana de Medicina de Família. Colombia. capineda1@gmail.com  
Esteban Cordero. Caixa Costarriquense de Seguridade Social (CCSS). Costa Rica. estebch@gmail.com  
Niurka Taureau. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". Cuba. niurka.toro@infomed.sld.cu; niurkataureauxcu@gmail.com  
María de Lourdes Rojas. Universidade de Quintana Roo; Colégio Mexicano de Medicina de Família. México. educacion.rubi@gmail.com  
Karin Kopitowski. Departamento de Medicina e Departamento de Pesquisa do Instituto Universitário Hospital Italiano. Argentina. karin.kopitowski@gmail.com  
Ricardo La Valle. Instituto Universitário do Hospital Italiano. Argentina. lavayear@gmail.com  
Mónica Niveló. Universidade do Chile; Sociedade Chilena de Medicina de Família. Chile. monicla61@gmail.com  
Verónica Menares. Hospital Clínico FUSAT; Sociedade Chilena de Medicina de Família. Chile. v.menaresl@gmail.com  
Agustina Piñero. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. agusep@hotmail.com  
Sonia Ortiz. Academia Médicos de Família de Porto Rico. Porto Rico. seofmd@aol.com  
Rolando Herrera. Sociedad Boliviana de Medicina Familiar. Bolívia. enfoquealasalud@gmail.com  
Alexis Correa Taja. Universidad de Ciencias Medicas (UCM). Nicaragua. acorrea5969@hotmail.com

### Colaboradores da Equipe de Trabalho da Cúpula da Costa Rica

Andrés Szwako, Paraguai; Carmen Nadal, Chile; Daniel Odio, Costa Rica; Diana Cáceres, Chile; Fernando Castañeda, Panamá; José Luis Contreras, Chile; Leticia Laura, México; María de Lourdes, México; Nina Monteiro, Portugal; Pedro Gómez, Costa Rica; Virginia Cardozo, Uruguai; Yamileth Quintero, Portugal

**Como citar:** Pizzanelli M, Almenas M, Quirós R, Pineda C, Cordero E, Taureau N, et al. Prevenção Quaternária: Ética Médica, Avaliação e Eficiência nos Sistemas de Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):75-85. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1388](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1388)

**Fonte de financiamento:**  
declaram não haver.

**Parecer CEP:**  
não se aplica.

**Conflito de interesses:**  
declaram não haver.

**Procedência e revisão por pares:**  
revisado por pares.  
Recebido em: 15/08/2016.  
Aprovado em: 15/09/2016.

## Resumo

A Prevenção Quaternária consiste em desenvolver cuidados de saúde e exercer a medicina priorizando o cuidado centrado na pessoa. Seu arcabouço conceitual se sustenta em aspectos éticos e filosóficos fundamentais ao exercício da prática médica, também em aspectos epistemológicos e de caráter social. O seu objetivo é proteger os pacientes, mas também os membros da equipe de saúde, dos excessos da medicalização e das práticas excessivas ou desnecessárias ou prejudiciais. Este artigo é o resultado da síntese dos documentos de trabalho, discussão e propostas levada a cabo por um numeroso grupo de profissionais comprometidos com a CIMF, com particular interesse na Prevenção Quaternária. Os materiais foram produzidos de forma colaborativa através de um extenso e complexo processo de trabalho a distancia, realizado durante as reuniões preparatórias da VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade. A estes materiais se somaram os documentos de trabalho preparados durante a mesma cúpula em San Jose, Costa Rica, em abril de 2016. O objetivo deste artigo é o de difundir o estado de desenvolvimento e de compromisso atual com esta abordagem e o impulso notável que tem havido na Iberoamerica nos últimos cinco anos. Por sua relevância, pretende-se estimular uma maior difusão do conceito, bem como a implementação de conteúdos relacionados a ele na formação e em nível acadêmico; a nível político, promover sua consideração na tomada de decisões de políticas públicas de saúde; difundir a nível da população e promover o desenvolvimento de conteúdo de qualidade; oferecer pistas de reflexão e ferramentas práticas para sua implementação.

## Abstract

Quaternary Prevention as main focus and practice, promotes changes in developing health care and practicing medicine, prioritizing the person centred care. Their conceptual framework is sustained on ethical and philosophical aspects essential to medicine practice, in epistemological aspects of social and others related to political nature. Its objective is to protect fundamentally the patients, but also the members of the health group from excessive medicalization and unnecessary and hurtful practices. The present article is the result of the synthesis of the work documents, discussion and proposals carried forward by a large group of committed professionals from CIMF, with particular interest in Quaternary Prevention. The materials were produced in collaboration through a complex long distance work process, done during preparatory forums of the VI Ibero-American Summit of Family And Community Medicine. The work documents made during the same summit in San José of Costa Rica, in April 2016 were added to this material. The purpose of this document is to spread the state of development and current commitment to this approach and the outstanding initiative that it has had in Ibero America in the last five years. Due to its relevance, the intention is to stimulate greater dissemination of the concept; the implementation of content related to at in the training and academic levels. At a political level, to promote its consideration on decision making and public health issues so as to broadcast to demographic levels and promote the making of quality content. Finally to offer reflection clues to consider and concrete application tools.

## Resumen

La Prevención Cuaternaria consiste en desarrollar cuidados de salud y de ejercer la medicina, priorizando los cuidados centrados en la persona. Su marco conceptual se sustenta en aspectos éticos y filosóficos centrales en el ejercicio de la medicina, en aspectos epistemológicos y de carácter social. Su objeto es proteger fundamentalmente a los pacientes, pero también a los integrantes del equipo de salud, de los excesos de la medicalización y de los excesos o prácticas innecesarias o dañinas. El presente artículo es el resultado de la síntesis de los documentos de trabajo, discusión y propuestas llevadas adelante por un amplio grupo de comprometidos profesionales de CIMF, con interés particular sobre la Prevención Cuaternaria. Los materiales se produjeron en forma colaborativa por medio de un largo y complejo proceso de trabajo a distancia, realizado durante los foros preparatorios de la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria. A estos materiales se sumaron los documentos de trabajo elaborados durante la misma cumbre en San José de Costa Rica, en el mes de abril de 2016. El cometido de este artículo es difundir el estado de desarrollo y de compromiso actual con este enfoque y el destacado impulso que ha tenido en Iberoamérica en los últimos cinco años. Por su relevancia, se pretende estimular una mayor difusión del concepto: la implementación de contenidos relacionados con él en la formación y en el nivel académico. A nivel político promover su consideración en la toma de decisión, en políticas de salud pública. Difundir a nivel poblacional y promover la elaboración de contenidos de calidad. Ofrecer pistas de reflexión y herramientas concretas para su aplicación.

### Palavras-chave:

Prevenção Quaternária  
Relações Médico-Paciente  
Bioética  
Medicalização  
Sobre diagnóstico

### Keywords:

Quaternary Prevention  
Physician-Patient Relations  
Bioethics  
Medicalization  
Overdiagnosis

### Palabras clave:

Prevención Cuaternaria  
Relaciones médico paciente  
Bioética  
Medicalización  
Sobre diagnóstico

## Introdução

O presente artigo foi o resultado de um processo de ajustada síntese dos documentos de trabalho, discussão e propostas de um amplo grupo de profissionais. Os materiais que conduziram à elaboração desta comunicação foram produzidos de forma colaborativa através de um longo e complexo processo de trabalho a distância, que foi realizado durante os foros preparatórios da VI Cúpula Ibero-americana de Medicina de Família e Comunitária. A estes materiais se somaram os documentos de trabalho elaborados durante a mesma Cúpula em San José de Costa Rica, no mês de abril de 2016. Portanto, deve se compreender que se trata de uma versão muito concisa de toda a produção de conteúdos realizada e que tem por objeto comunicar avanços. Acesse o documento completo através das autoridades das sociedades científicas membros ou entrando em contato com o Grupo de trabalho em Prevenção Quaternária da Confederação Ibero-americana de Medicina de Família (CIMF).

Em março de 2015 durante o 4º Congresso Ibero-americano de Medicina de Família e Comunitária -a Prevenção Quaternária foi pela primeira vez considerada como um dos eixos temáticos de um congresso Ibero-americano. Durante sua realização, ficou formalmente constituído dentro da CIMF, o Grupo de interesse em Prevenção Quaternária.<sup>1</sup> Por sua vez, é a primeira vez que em uma Cúpula Ibero-americana surge na agenda como tema de trabalho o enfoque de Prevenção Quaternária.

## Definição/Bases Conceituais

A Prevenção Quaternária pode ser definida como; *“o conjunto de ações implementadas para identificar um paciente ou uma população em risco de medicalização, protegê-los de intervenções médicas invasivas e propor procedimentos e/ou cuidados eticamente aceitáveis”*.<sup>2</sup>

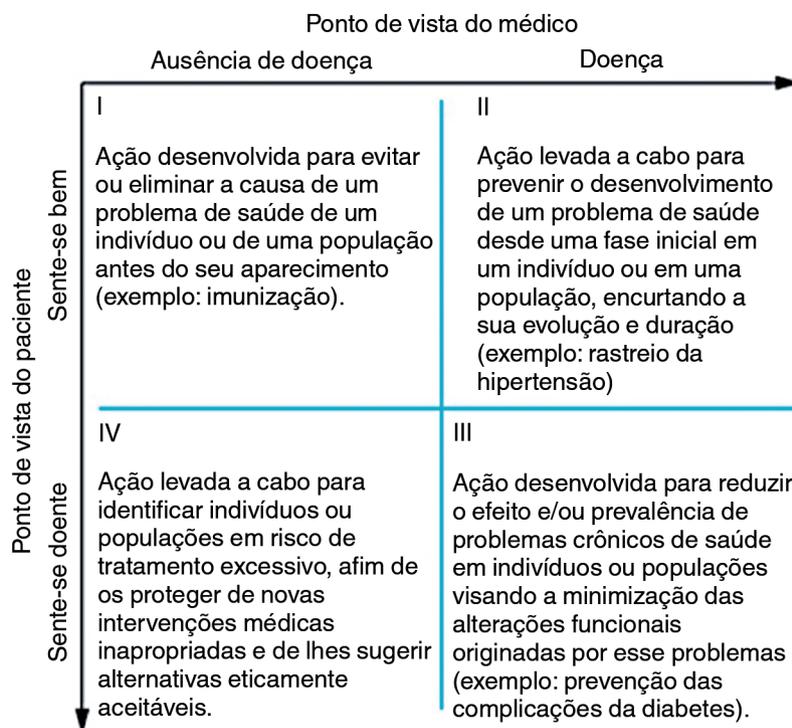
A Prevenção Quaternária, como enfoque e prática, promove mudanças na forma de desenvolver cuidados de saúde e de exercer a medicina, priorizando os cuidados centrados na persona. Seu enquadramento conceptual se sustenta em aspectos éticos e filosóficos centrais no exercício da medicina. Seu objeto é proteger fundamentalmente os pacientes, mas também os integrantes da equipe de saúde dos excessos da medicalização e dos excessos ou práticas desnecessárias ou prejudiciais.

O conceito nasceu em 1986 quando Marc Jamouille combinou em um mesmo esquema conceitual a linha do tempo da prevenção com a dimensão relacional (pessoa-médico): a visão da pessoa cruzando-se com a do médico a respeito de um episódio de saúde (Figura 1).<sup>3</sup>

A partir do modelo proposto por Leavell & Clark,<sup>4</sup> foram estabelecidos níveis de prevenção. Em cada nível são iniciadas ações que pretendem evitar o aparecimento da doença, interromper o seu avanço e mitigar as suas sequelas quando se manifestarem; tais medidas têm estreita relação com as etapas da história natural da doença e se classificam classicamente até a irrupção da prevenção quaternária em três níveis. Assim, a Prevenção Quaternária não se localiza em forma lineal a respeito das anteriores. Pode ser aplicada também nos campos de ação dos outros níveis clássicos, buscando que realizemos atividades necessárias, pertinentes, seguras, baseadas em evidência equilibrada e sem riscos. O enfoque, portanto, pode ser aplicado em todos os níveis tradicionais de prevenção, mas não fica limitado nela. Orienta-se aos cuidados de saúde em geral, não se reduzindo estritamente a aspectos preventivos ou curativos.

Podemos entender a Prevenção Quaternária como uma estratégia que pretende diminuir a iatrogenia, evitar intervenções desnecessárias e atenuar os efeitos adversos das intervenções necessárias. Em outras palavras, seria uma atualização e nova conceptualização do *“Primun non nocere”* herdado por gerações de médicos.

A Prevenção Quaternária é mais do que uma atividade objetiva. Permite refletir sobre as práticas com ampla perspectiva a partir dos diferentes níveis de complexidade. Esta reflexão, e posterior modificação de práticas, pode ser aplicada de modo diverso e amplo como, por exemplo: refletir sobre a forma de pensar a organização dos serviços de saúde, o modo de encarar a comunicação com as pessoas, o enfoque das perguntas de pesquisa, o balanço risco benefício dos crivados, o efeito do sobrediagnóstico e o sobretratamento, as consequências dos tratamentos desnecessários, o conflito de interesses. Os excessos nos cuidados e o esgotamento de recursos que produzem,



**Figura 1.** As definições já publicadas de prevenção I, II e III são complementadas pela prevenção IV e oferecem uma nova visão dos campos de atividade do médico de família.

Fonte: adaptado de Jamouille M, Gomes LF. Prevenção Quaternária e limites em medicina. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(31):186-91. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(31\)867](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(31)867)

admitem uma análise partindo da ética, já que podem provocar a existência de pessoas com cuidados insuficientes ou população com dificuldades para aceder à atenção adequada, um fato bastante frequente na realidade da Ibero-América.<sup>5</sup>

## Medicalização

Entende-se por Medicalização o processo de converter situações vitais em quadros patológicos e pretender resolver, mediante a Medicina, situações que não são médicas, mas sociais, profissionais ou das relações interpessoais.<sup>6,7</sup>

Também é a pretensão da Medicina resolver problemas que não são médicos, ou, no mínimo, não eram considerados anteriormente. Os profissionais sanitários são, por sua vez, atores e vítimas de tal processo.<sup>8,9</sup> A medicalização tem como principais consequências a transformação de pessoas sadias em doentes, o aumento de prejuízos iatrogênicos, o consumo de recursos sanitários e a falta de processos encaminhados para regular as expectativas da população, delimitar o campo de ação da medicina, fomentar o autocuidado e agir de acordo com as evidências sanitárias existentes.

## Descrição da situação atual sobre a difusão e aplicação na Ibero-América

A pesar de existir um importante impulso para dar a conhecer o conceito a partir das sociedades científicas integrantes da CIMF,<sup>10</sup> é reconhecida a necessidade de melhorar a difusão tanto quanto o seu impacto.

## Método

Para dispor de dados mais fiéis sobre a realidade, foi realizada uma enquete entre médicos participantes do grupo de trabalho, sobre alguns temas relacionados à difusão e aplicação da Prevenção Quaternária em cada país, sistema de saúde e governos.

Foram colhidos dados através de enquetes sobre a situação em treze países: Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Espanha, México, Nicarágua, Paraguai, Porto Rico, República Dominicana e Uruguai.

Do total de participantes, 58%, afirmaram que foi promovida a incorporação da Prevenção Quaternária nos seus países. Só dois países afirmaram que conseguiram adotar recomendações baseadas nos princípios da Prevenção Quaternária na prática dos médicos familiares.

## Resultados

58% reportou conhecimento sobre a realização de atividades com a temática nos congressos ou eventos científicos ou formativos de suas sociedades.

50% reconheceram espaços de reflexão sobre o tema. Porém, unicamente quatro países (33%) reportaram publicações relacionadas ao tema. Três países comunicaram conhecimento de projetos de pesquisa com um enfoque relacionado.

Só em duas das enquetes se reconheceu que existisse conhecimento sobre Prevenção Quaternária na população geral.

Duas terceiras partes dos questionados afirmaram abordar temas de Prevenção Quaternária com os pacientes. Dois países (16%) reportaram conhecimento da Prevenção Quaternária por parte de instituições governamentais em seu país. Só quatro países (33%) afirmaram a existência de ações de Prevenção Quaternária por parte do governo do seu país. Sete países, 63%, reconheceram a possibilidade real de a Prevenção Quaternária ser tema de discussão no âmbito governamental.

## Discussão

Embora os resultados obtidos não possam ser considerados totalmente representativos da realidade latino-americana, a difusão dentro da população, no âmbito médico e acadêmico, assim como dentre as autoridades sanitárias e tomadores de decisões, segue sendo necessária e se considera insuficiente.

A metodologia de trabalho para a elaboração dos documentos preparatórios e dos documentos orientados a elaborar as recomendações para a Cúpula foi participativa e se desenvolveu em duas etapas: uma virtual e outra presencial. A etapa virtual foi através de redes, com trabalho e comunicação a distância e ocorreu entre agosto de 2015 e abril de 2016. Na etapa presencial durante a mesma Cúpula, foram elaboradas: as conclusões finais, recomendações, aportes de sínteses para o relatório final e se apresentaram conclusões e produtos de comunicação em plenário.

Foram desenvolvidos conteúdos e linhas estratégicas em três eixos de trabalho: recomendações a fim de introduzir o conceito na formação dos médicos de família (pré-grau e pós-grau), na comunidade, na população geral e nas políticas públicas de saúde.

## Linhas de Ação no Cenário Acadêmico

No nível acadêmico, é necessário difundir, consolidar e aplicar o conceito de Prevenção Quaternária entre os profissionais da saúde, em particular no currículo de graduação e pós-graduação das universidades.

É considerado prioritário promover o conceito de Prevenção Quaternária e abordá-lo conceitualmente como uma atividade clínica genuína na nossa prática comunitária diária. Aprofundar e promover a reflexão entre colegas, sobre o seu sentido e o modo de aplicação em situações concretas.

Vinculação com as Universidades para realizar proposta de inclusão de Prevenção Quaternária no currículo.

A universidade deve tomar como próprios os problemas identificados no entorno e contribuir na sua solução, ganhando assim prestígio perante à comunidade, que irá transformando a sua opinião sobre a instituição, e esta desempenhará também o papel que lhe corresponde principalmente no tocante a educação e formação de pré-grau e pós-grau.<sup>11-15</sup>

## Estratégias para a gestão curricular do conceito de Prevenção Quaternária na formação dos profissionais da saúde da Ibero-América

Elaborar documento de recomendações curriculares com a conceptualização básica de Prevenção Quaternária e sua implicação na saúde, apresentando as competências que implicam com seus respectivos saberes cognitivos, procedimentais e atitudinais.

### 1. Educação Formativa: graduação e pós-graduação

Inserir módulo de Prevenção Quaternária na graduação e pós-graduação.

Promover a participação na formação docente em Prevenção Quaternária.

Favorecer a utilização de ferramentas de leitura crítica de matérias que permitam desenvolver pensamento crítico e análise de sesgos.

Desenvolver oficinas de discussão de dilemas éticos, comunicação efetiva, cuidados centrados na pessoa, decisões compartilhadas.

Favorecer o desenvolver de pesquisa com foco em temas de interesse da Prevenção Quaternária em médicos residentes.

Inclusão de Prevenção Quaternária em exames profissionais e no exame de Certificação pelos Conselhos das especialidades.

### 2. Gerar um acervo documental em Prevenção Quaternária.

Desenvolver um Observatório em Prevenção Quaternária.

Gerar uma *normateca* digital sobre Prevenção Quaternária.

Desenvolver boletins, vídeos de Prevenção Quaternária.

Favorecer o trabalho interdisciplinar em Prevenção Quaternária (equipe de saúde, outros profissionais e técnicos sanitários, especialistas focais).

Os temas de interesse da Prevenção Quaternária incluem:

- Medicalização;
- Conceito de saúde e doença;
- Sobrediagnóstico;<sup>16</sup>
- Excesso em intervenções preventivas;<sup>17</sup>
- Crivado de câncer;<sup>18</sup>
- Risco cardiovascular;
- Checapes executivos;
- Efetividade e segurança da vacinação;
- Marketing de doenças;
- Excessos no uso de paraclínicos, Imagens diagnósticas e incidentalomas;
- Sobremedicalização; polifarmácia, deprescrição, uso racional de medicamentos, eventos adversos e efeito cascata farmacológica;
- Segurança do paciente;
- Estudo dos fatores que afetam a medicalização, Medicina baseada na evidência: Ética da pesquisa, a Bioética na prática clínica atual;
- Método clínico: comunicação efetiva, método clínico centrado na pessoa, método clínico centrado na relação, cuidados centrados na pessoa, tomada de decisões compartilhadas e ajudas de decisão.

## Rota curricular

O processo de como concretizar todo o anterior num micro-currículo é uma tarefa complexa, dado que cada universidade tem o seu próprio currículo. O exercício que faremos a seguir é uma mera aproximação teórica a conteúdos que poderiam ser incluídos em determinados cursos em uma determinada sequência curricular.

## Propostas para o estabelecimento de políticas acordes ao pensamento de Prevenção Quaternária

Toda reforma de um sistema de saúde deve ser iniciada a partir de uma perspectiva ética e deve estar fundamentada em objetivos de desenvolvimento sustentável, com princípios políticos claramente formulados, que

assegure o cuidado ecológico, a participação da comunidade e dos diferentes setores em conjunto para uma co-criação de soluções visando uma mudança sustentável.<sup>19</sup>

Uma estratégia integral de desenvolvimento humano e saúde, com enfoque de equidade e com impacto nos determinantes de saúde requer: um sistema de saúde que persiga a superação da pobreza e da fome; assegure atenção de saúde e promova o bem-estar para todos ao longo do ciclo vital; aporte à educação oportunidades de desenvolvimento em todo o decorrer de vida; atinja equidade de gênero; contribua à disponibilidade e ao controle sustentável de água e serviço sanitário; impulse o acesso à energia confiável e sustentável; aporte ao crescimento econômico sustentável com trabalho digno; colabore no desenho de uma infraestrutura resistente aos desastres; fomente a inovação e a industrialização sustentável; impulse a redução da inequidade entre países; aporte ao fomento de padrões de produção e consumo sustentáveis; assuma medidas para combater a mudança climática e os seus impactos; impulse o uso racional dos recursos naturais para um desenvolvimento sustentável; colabore na proteção do ecossistema terrestre e da biodiversidade; participe na promoção da paz em cidades inclusivas, fortaleça os meios para implementar a associação global, neste caso a saúde global, para um desenvolvimento sustentável.

Neste contexto, o enfoque de prevenção quaternária tem um aporte essencial. Se for considerada como movimento,<sup>20</sup> pode impulsionar a promoção de mudanças na forma de ser e exercer a medicina e no modo de organizar os sistemas de saúde com ênfase nos aspectos éticos e filosóficos com o objeto de proteger os pacientes e os integrantes da equipe de saúde dos excessos da medicalização e da mercantilização e ânsia de lucro de alguns atores. A fim de iniciar esta mudança são propostos os seguintes princípios:

1. A saúde é um direito e não um objeto de mercado.<sup>21</sup>
2. A saúde não pode ser compreendida analisando somente o setor saúde e prescindindo do seu contexto, é necessário incorporar o olhar social e político no exercício da profissão a fim de incluir os determinantes sociais no desenvolvimento de políticas de saúde e no exercício próprio da profissão. O modelo médico predominante hoje em dia, analisado do ponto de vista psicológico, foi caracterizado como hegemônico, reducionista, desumanizado, fragmentado e mercantilista.<sup>22</sup>
3. A Medicina como ciência é predominantemente social. A Medicina deve abandonar o enfoque reducionista do positivismo e neopositivismo e assumir-se como arte antes do que como ciência para recuperar a capacidade de atender pessoas que sentem e que sofrem sem que isto signifique não valorar nem incorporar todos os conhecimentos que a ciência e tecnologia aportem nem descuidar o conhecimento biomédico.
4. A definição de um sistema de saúde é política e forma parte indissolúvel da definição do modelo de país ao qual pertence.
5. O exercício da Medicina é atravessado e determinado pela política e os médicos, em consequência, não devem ser atores passivos, devem aportar sua visão particular da sociedade e participar na definição do modelo a seguir.
6. A Atenção Primária de Saúde (APS) só funcionará estando integrada a um sistema de saúde. A APS não pode funcionar de forma isolada do resto do Sistema de saúde. Deve estar integrada a todos os níveis de atenção distribuída transversalmente em todos os níveis de complexidade.
7. A medicina de família deve ser abordada como uma especialidade transversal.
8. A complexidade em medicina deve ser definida em função da capacidade de resolução de problemas pelos agentes de saúde e não em função da tecnologia.
9. Os conhecimentos e os medicamentos são bens sociais. O sétimo princípio consagrado pelo preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde, “A extensão para todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais alto grau de saúde”.<sup>23</sup> A existência de barreiras para o seu acesso, patentes e custos excessivos atentam contra a tarefa de atingir essa meta.

São mencionadas algumas formas concretas de conduzir o trabalho no nível político:

- Identificar políticas públicas dos países assinantes da Carta de San José, que não cumpram os critérios mencionados nela.

- Criar espaços de trabalho em cada sociedade científica, com o objetivo de revisar e atualizar periodicamente as diretrizes nacionais implementadas.
- Promover a reflexão e sugerir o desenho de políticas associadas à divulgação da informação relacionada a intervenções sanitárias.

## Proposta de linhas de ação para difundir e aplicar o conceito de Prevenção Quaternária na população geral

A medicalização e a gestão do risco, como prática sanitária, provoca a chegada de categorias desconhecidas anteriormente na medicina: “novos doentes” ou “doentes-sadios”. A pessoas sadias se lhes outorga nacionalidade no mundo dos doentes, muitas vezes, com muito para perder em termos de prejuízos e nada para ganhar em termos de saúde. Existem muitos motores que conduziram para esta situação “na qual quase ninguém está sadio”. Um desses motores é a preocupação desmedida por parte do público em geral por manter saúde a preços muito altos. Os pacientes, muitas vezes, impulsionam a medicalização,<sup>24</sup> alheios aos prejuízos expostos por isso. Costuma estar presente a demanda “da cura” e a abolição de todo sintoma. Às vezes o paciente não associa que isso que lhe acontece, e que se expressa através de um sintoma, tenha a ver com “coisas da vida” e não com doenças. Em alguns setores, a saúde é vista como um bem de consumo e não como um direito. Esta situação favorece a medicalização, a profusão de estudos diagnósticos muitas vezes desnecessários e prejudiciais e a prescrição de fármacos. Em ocasiões, a sociedade destituiu o campo médico, a procura de soluções inerentes à realidade subjetiva e social das pessoas e a obsessão pela saúde perfeita se converteram em um fator patógeno.

Existe um fenômeno denominado *paradoxo da saúde* que se observa essencialmente em países desenvolvidos e nas capas sociais médias e altas dos países em desenvolvimento. Este paradoxo consiste em que quanto maior saúde objetiva (indicadores de saúde, expectativa de vida) maiores são os problemas de saúde declarados e que quanto maiores são os recursos utilizados em saúde, maior o número de pessoas que se sentem doentes. Ou seja, que a sociedade vive de maneira insana pela preocupação exagerada pela saúde. Em geral, existe tal dependência da Medicina “perante qualquer dúvida consulte o seu médico” que incapacita às pessoas para o autocuidado, para tolerar o sofrimento e o mal-estar.

Propõe-se avançar para um modelo de informação, em todos os meios existentes ou possíveis: panfletos em papel, cartazes, avisos em rádio, televisivos, redes sociais, sites web, blogs, vídeos. A finalidade dos materiais de difusão é apresentar conteúdos de forma balanceada, com todos os prós e contras, garantir conteúdos de qualidade a fim de evitar vieses de entendimento. Deste modo, cada pessoa, terá uma oportunidade mais equilibrada de escolher de acordo com os seus valores e exercer seu direito à autodeterminação.

Propostas:

- Difundir o conceito de Prevenção Quaternária como uma dimensão fundamental na prática médica atual.
- Promover que as intervenções devem ser estabelecidas conforme as necessidades da pessoa, segundo níveis de prevenção e baseado na melhor evidência disponível.
- Estabelecer claramente com evidência científica quanto é adequado um exame segundo o seu rendimento e custo/efetividade em cada nível de prevenção e conforme as necessidades de cada pessoa, família ou comunidade.
- Estabelecer mensagens que estimulem o diálogo significativo entre o público e os seus médicos de família.
- Recomendar o uso de mensagens que não conduzam à medicalização nas etapas normais da vida e nos problemas existenciais.
- Estabelecer práticas nas que as intervenções sejam pertinentes do ponto de vista ético-científico e centradas nas pessoas, baseadas em decisões compartilhadas.
- Favorecer mensagens que estimulem os pacientes a perguntar, conhecer suas opções, os prós e contras de cada uma delas.

- Promover entre os médicos, a população geral, políticos e os tomadores de decisões em saúde, a busca naqueles portais ou bibliotecas virtuais da documentação necessária para aumentar suas bases de conhecimentos em Prevenção Quaternária, tais como; Choosing Wisely, USPSTF, Evalmed.es.
- Promover a utilização dos documentos, cartazes, folhetins e vídeos educativos que poderão ser acessados através das redes de Prevenção Quaternária da CIMF.

## Conclusões

Como conclusão se incluem as propostas priorizadas para o documento final da cúpula:

- Difundir o conceito de Prevenção Quaternária como enfoque fundamental na prática das profissões da saúde, na graduação e pós-graduação, na formação contínua, na pesquisa, elaborando um documento de recomendações para tal fim e estabelecendo contato com as diferentes organizações que definem as políticas de Educação Médica na atualidade.
- Promover a *não medicalização* dos acontecimentos próprios das etapas da vida, através de estratégias elaboradas junto às equipes de saúde e à comunidade.
- Incentivar que as intervenções sanitárias dirigidas à população estejam baseadas na melhor evidência científica e que sejam eticamente aceitáveis para o contexto local, estando centradas nas pessoas.

**PREVENÇÃO QUATERNÁRIA**

Às vezes não é uma doença,  
Às vezes é a vida

Está com ansiedade porque está chegando o exame?  
Só em alguns casos é necessário um medicamento

Teu namorado te deixou e está triste?  
Não necessariamente é um transtorno depressivo

Só porque um resfriado te faça sentir mal não significa que você tenha que tomar antibióticos

**FALE COM SEU MÉDICO  
EVITE O EXCESSO DE  
INTERVENÇÕES E TRATAMENTOS**

[www.nogracias.eu](http://www.nogracias.eu)  
[www.prevencioncuaternaria.org](http://www.prevencioncuaternaria.org)  
[www.choosingwisely.org](http://www.choosingwisely.org)  
[www.familydoctor.org](http://www.familydoctor.org)  
[www.uspreventiveservicestaskforce.com](http://www.uspreventiveservicestaskforce.com)

Prevenção quaternária se refere às atividades que diminuem ou evitam as intervenções desnecessárias ou excessivas.

**TOMADA DE DECISÕES COMPARTILHADA**

O médico e o paciente podem trabalhar juntos a fim de selecionar as melhores opções, levando em consideração a melhor evidência científica disponível, e os valores e preferências do paciente bem informado.

**PARA MAIS INFORMAÇÕES:**  
Alguns sites onde você pode aprender mais sobre Prevenção Quaternária

[www.choosingwisely.org](http://www.choosingwisely.org)  
[www.familydoctor.org](http://www.familydoctor.org)  
[www.uspreventiveservicetaskforce.org](http://www.uspreventiveservicetaskforce.org)  
[www.nogracias.eu](http://www.nogracias.eu)  
[www.facebook.com/PrevenccionCuaternaria](http://www.facebook.com/PrevenccionCuaternaria)

○

GRUPO DE TRABAJO DE PREVENCIÓN CUATERNARIA-CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR SAN JOSÉ, COSTA RICA 2016

**O que é a Prevenção Quaternária?**

*Preventivo obrigatório*

Alguns programas máximos são estimulados e instituídos a partir do Sistema de saúde por leis ou regulamentações. Em outras ocasiões são impostos por usos e costumes.

*Preventivo em excesso por frequência*

Uma frequência inadequada na realização de exames de preventivo aumenta a probabilidade de ter um falso positivo



**PARA QUE SERVE?**

•Podemos entendê-la como uma estratégia que pretende diminuir as intervenções desnecessárias e atenuar os efeitos adversos das intervenções necessárias.

•Combate os problemas de saúde iatrogênicos: aqueles processos que não se teriam produzido senão se tivessem aplicado recomendações, provas diagnósticas ou tratamentos farmacológicos ou sanitários disponíveis que ocasionam efeitos prejudiciais graves.

○

**O que é a Prevenção Quaternária?**

Existem vários tipos de prevenção, sendo as mais conhecidas a Primária, Secundária e Terciária. Mas a Prevenção Quaternária é igual de importante.

A Prevenção Quaternária se refere ao conjunto de ações que se realizam para evitar ou diminuir as consequências das intervenções desnecessárias ou excessivas.

•Combate a medicalização da vida: o processo de converter situações que sempre foram normais em quadros patológicos e pretende resolver, mediante a medicina, situações que não são médicas, mas sociais, profissionais ou das relações interpessoais.



•A Prevenção Quaternária pretende dar voz e atualidade a um dos princípios médicos mais valiosos: ("Primeiro não prejudicar")

## Referências

1. SUMEFAC/Grupo de Trabajo en Prevención Cuaternaria de CIMF. Acta de creación del grupo de trabajo. Sugerencias de la Primera reunión presencial del Grupo de Trabajo de CIMF a sociedades miembro [base de datos en Internet]\*. Uruguay: SUMEFAC - Pizzanelli M.; 14 julio 2016, [actualizada julio 2016; acceso 14 de julio de 2016]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B2tjwHv1enqDZThrN2FDYzZpM3c/view?usp=sharing>
2. Bentzen N, editor. *Wonca International Dictionary of General/Family Practice: Wonca International Classification Committee*; 1999.
3. Jamouille M. A propos d'un dessin. *Ethica Clinica* [Internet]. 2013; 70:28-31. Disponible en: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000281/0000416.pdf>.
4. Leavell H, Clark E. *Preventive Medicine for the Doctor in His Community an Epidemiologic Approach*. McGraw-Hill, 1958.
5. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1:405-412.
6. Illich I. *Némesis Médica*. Editorial Joaquín Mortiz, S.A. México D.F. La expropiación de la salud, 1978.
7. Nye RA. The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *J Hist Behav Sci*. 2003;39(2):115-129.
8. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(2):61-64.
9. Cardoso RV. *Medicalização e o cuidado em saúde na estratégia de saúde da família* [thesis online]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014. 268 p. Disponible en: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000281/0000605.pdf>.
10. Jamouille M, Bernstein J, Pizzanelli M, Silva AD, Wagner H. Quaternary prevention: a concept based on the time and the relationship. Second part. The surprising international dissemination of the concept. *Médecine* [Internet]. 2014 Feb 1 [cited 2015 Jul 19];10(2):75-7. Available from: [http://www.jle.com/en/revues/med/e-docs/prevention\\_quaternaire\\_un\\_concept\\_fonde\\_sur\\_le\\_temps\\_et\\_la\\_relation.\\_deuxieme\\_partie.\\_l\\_etonnante\\_diffusion\\_internationale\\_du\\_concept\\_299639/article.phtml?tab=texte](http://www.jle.com/en/revues/med/e-docs/prevention_quaternaire_un_concept_fonde_sur_le_temps_et_la_relation._deuxieme_partie._l_etonnante_diffusion_internationale_du_concept_299639/article.phtml?tab=texte)
11. Socarrás Suárez MM, Bolet Astoviza M, Lara Rodríguez RF. Vínculo universidad-sociedad a través de la percepción de médicos y pacientes diabéticos sobre su enfermedad. *Educ Med Super* [Internet]. 2010 Sep [citado 2016 Jul 23];24(3):290-299. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412010000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000300002&lng=es).
12. López ML. Extensión universitaria y salud pública en Argentina como caso testigo en la región. *Revista de Investigación Educativa*, 34(1), 119-132. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/rie.34.1.215411>
13. Abreu Suárez G, González Valdés JA, Muñoz Peña R. La preparación del estudiante de Medicina para la eliminación de la tuberculosis. *Educ Med Super* [Internet]. 2013 Mar [citado 2016 Jul 23];27(1):38-45. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412013000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000100006&lng=es).
14. Vicente Sánchez B, Vicente Peña E, Altuna Delgado A, Identificación de individuos con riesgo de desarrollar diabetes tipo 2: una explicación necesaria. *Rev. Finlay* [Internet]. 2015 Sep [citado 2016 Jul 23];5(3):148-160. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342015000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342015000300002&lng=es).
15. Manterola Carlos, Otzen Tamara. Análisis Crítico de la Literatura Biomédica. *Int. J. Morphol.* [Internet]. 2014 Jun [citado 2016 Jul 23];32(2):599-607. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95022014000200037&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022014000200037&lng=es).
16. Brodersen J, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosis: how cancer screening can turn indolent pathology into illness. *APMIS*. 2014 Aug;122(8):683-9
17. Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ* [Internet]. 2002 8-20 [cited 2015 Sep 23];167(4):363-4. Available from:<http://www.cmaj.ca/content/167/4/363>
18. Welch HG. *Should I be tested for cancer?* University of California Press, 2004
19. United Nations, Sustainable Development Goals [sede Web]. New York: Division for Sustainable Development. Department of Economic and Social Affairs; julio 2016. [acceso 12 de julio de 2006]. Disponible en: <https://sustainabledevelopment.un.org/>
20. La Valle R. Prevención cuaternaria o la Medicina sin corbata. *Archivos de Medicina Familiar y General* 2015; 12(2): 5-6
21. Biodiversidadla.org. Carta de Brasilia: La salud es un derecho [sede Web]. Organización y movimientos de América; 3 de diciembre de 2015. [acceso 20 de julio de 2006]. Disponible en: [http://www.biodiversidadla.org/Portada\\_Principal/Documentos/Carta\\_de\\_Brasilia\\_La\\_salud\\_es\\_un\\_derecho](http://www.biodiversidadla.org/Portada_Principal/Documentos/Carta_de_Brasilia_La_salud_es_un_derecho)
22. Menéndez, E. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, La Plata, 2005.1 (1) 9-32.
23. World Health Organization [sede Web]\*. WHO; octubre 2006 [acceso 20 de julio de 2006]. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [1-20]. [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).
24. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(2):61-64

## CARTA DE SAN JOSÉ

### VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade San José, Costa Rica 12 e 13 de Abril de 2016

Durante os dias 12 e 13 de abril de 2016, na cidade de San Jose, Costa Rica, foi realizada a VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade sob o lema:

**“Universalidade, Equidade e Qualidade nos Sistemas de Saúde:  
Medicina de Família e Comunidade como Eixo”**

Este grande evento organizado pelo Ministério da Saúde da Costa Rica, pela Caixa Costariquense de Seguridade Social, Confederação Ibero-Americana de Medicina de Família (CIMF), Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), a Associação de Medicina de Família e Comunidade da Costa Rica (MEDFAMCOM), a Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), e com a colaboração da Universidade Ibero-Americana (UNIBE); o objetivo principal foi o de rever os conceitos de universalidade, equidade e qualidade nos sistemas de saúde e o papel do Médico de Família e Comunidade.

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) no mundo tem sido pilar da assistência integral às pessoas, proporcionando serviços de saúde eficientes para todas as populações e em todos os cenários sociais, com base nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS). Por esta razão, a representantes de 24 países como membros da WONCA, consultores WONCA-Ibero-Americana CIMF; da OPAS/OMS, instituições governamentais, instituições acadêmicas, governos locais e da sociedade civil, foi dada a tarefa de estabelecer discussões com base em 5 temas:

Eixo 1. Universalidade, Equidade e Qualidade nos Sistemas de Saúde: A Medicina de Família e Comunidade como Eixo

Eixo 2. Formação em Medicina de Família e Comunidade, Certificação e Recertificação

Eixo 3. Sistema de Referência e Contra-referência: mecanismos de coordenação de cuidados e papel da Medicina Família e Comunidade na estrutura da Rede dos Serviços de Saúde

Eixo 4. Investigação em Medicina de Família e Comunidade

Eixo 5. Prevenção Quaternária: Ética Médica, Avaliação e Eficiência nos Sistemas de Saúde

### Destinatários

Ministros da Saúde da Iberoamérica e representantes de suas equipes técnicas; Secretarias de Saúde de Estado e Municipais; representantes da WONCA, WONCA Ibero-Americana-CIMF e seus países-membro; decanos e autoridades médicas de Faculdades de Medicina; Coordenadores de programas de residência de Medicina de Família e Comunidade; representantes de sociedades científicas e acadêmicas desta especialidade, outros membros das equipes de saúde e autoridades de saúde dos países da região.

Do debate participativo e trabalho dos membros dos grupos e instituições envolvidas, as seguintes definições e recomendações foram geradas.



## Definições

Com o objetivo de construir um marco conceitual comum a partir da perspectiva da Medicina de Família e Comunidade, se estabelecem as seguintes definições:

### a) Medicina Família e Comunidade e o Médico ou Médica especialista em Medicina de Família e Comunidade

A Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade essencial para garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Fornece cuidados centrados na pessoa no seu contexto familiar e comunitário de forma contínua, independentemente da idade, sexo, status socioeconômico e de saúde, integrando no processo de cuidado os fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais que contribuem para o processo saúde - adoecimento.

O Médico ou Médica especialista em Medicina de Família e Comunidade tem uma responsabilidade profissional e social para com a sua comunidade. Desempenha seu papel, através da promoção de saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados clínicos assistenciais, de reabilitação e paliativos; e os fazem de acordo com as necessidades de saúde, respeitando a diversidade cultural e otimizando os recursos disponíveis na comunidade. Devem assumir responsabilidade pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, valores e equilíbrio pessoal como base para a prestação de cuidados efetivos e seguros. A Medicina de Família e Comunidade é uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento e manutenção da saúde das populações. (Padula A. & León, 2016)

### b) Universalidade com enfoque na Atenção Primária à Saúde e Medicina de Família e Comunidade

Entendemos como Universalidade, o direito que tem a população de ter acesso aos serviços de APS e os do MFC com enfoque integral, integrado e contínuo, independentemente da condição socioeconômica ou geográfica do indivíduo, família ou comunidade. A Cobertura Universal de Saúde implica a necessidade de reconhecer o papel crucial de todos os setores para garantir a saúde das pessoas e a inclusão na rede de serviços de saúde.

### c) Cobertura Universal de Saúde

É a garantia do exercício do direito à saúde para todos e todas, garantida por um sistema integral e integrado de base estatal com financiamento público, permitindo acesso aos serviços de forma equitativa e igualitária, oportuna, integral e de qualidade, com base nos princípios de solidariedade e participação social, tendo o Primeiro Nível de Atenção como o eixo do cuidado, com Médicos e Médicas de Família e Comunidade nas equipes de saúde, garantindo o primeiro contato e acompanhamento contínuo, centrado na pessoa em seu contexto familiar e comunitário, em conformidade com as necessidades de saúde que surgem no curso de suas vidas. (Padula A. & León, 2016)

### d) Qualidade em Cuidados de Saúde Primários

É um processo sistemático de avaliação qualitativa e quantitativa que visa o desenvolvimento e a melhoria contínua dos atributos essenciais e derivados de APS e da MFC. Inclui a formação e atuação específicas para este nível de cuidados de saúde, considera os processos de cuidado e os resultados alcançados, estrutura física e funcional das unidades de saúde, visando que neste nível do sistema, os cuidados de saúde sejam disponibilizados de maneira equânime e qualificada de acordo com as necessidades de saúde para todas a população referenciada a ele. Envolve





também aspectos referentes à motivação e satisfação para o trabalho, o modelo de saúde e o nível da participação social e da equipe de saúde em relação à solução dos problemas e os resultados alcançados, como uma estratégia de inclusão social no campo saúde.

#### e) **Equidade na Atenção Primária à Saúde**

O termo equidade está intimamente ligado ao direito à saúde e a suas práticas legais. É um princípio de justiça social, equidade implica uma distribuição qualitativa e quantitativa de serviços integrais e integrados de saúde de acordo com as necessidades, ou em outras palavras, que cada pessoa, família e comunidade receba o que necessitar para recuperar e manter saúde e o bem estar, a partir da gestão no processo social e da participação intersetorial. A partir dos princípios da MFC, a equidade é praticada na atenção centrada nas pessoas, famílias e comunidades, respeitando seu entorno biopsicossocial,, político e cultural e livre auto-determinação; a partir do desenvolvimento de funções assistenciais de gestão, docentes e de pesquisa para dar respostas às necessidades de saúde.

#### f) **Prevenção Quaternária**

Prevenção Quaternária consiste em desenvolver cuidados de saúde e exercer a medicina, priorizando o cuidado centrado na pessoa. Seu marco conceitual se sustenta em aspectos éticos e filosóficos fundamentais no exercício da medicina, em aspectos epistemológicos e de caráter social. Sua finalidade é fundamentalmente proteger os pacientes, mas também para os membros da equipe de saúde, dos excessos da medicalização e de práticas excessivas, desnecessárias ou prejudiciais. É uma estratégia que tende a reduzir iatrogênia e mitigar os efeitos adversos das intervenções necessárias.

## **Recomendações**

### **Eixo 1. Universalidade, Equidade e Qualidade nos Sistemas de Saúde: A Medicina de Família e Comunidade como Eixo**

1. Promover diálogos a nível de cada nação sobre o papel da MFC para o alcance da universalidade, equidade e qualidade nos sistemas de saúde.
2. Gerir com eficácia e equidade os recursos, com base na análise da situação de saúde da população, e integrando também a participação social como um dos seus eixos.
3. Incorporar o modelo de Medicina Familiar como mecanismo para a implementação da APS, no primeiro nível de cuidados, com a incorporação de especialistas em MFC liderando a equipe transdisciplinar, mantendo a abordagem individual, familiar e comunitária, com ênfase nas atividades de promoção, prevenção e educação para a saúde.
4. Estabelecer equipes transdisciplinares qualificadas com a liderança dos especialistas em MFC para garantir acesso efetivo aos serviços de saúde (indivíduos, famílias e comunidades), no primeiro nível de atenção.
5. Garantir os recursos que permitam à equipe de cuidados de saúde primários, desenvolver seu potencial para resolver pelo menos 85% das necessidades de cuidados médicos neste nível.





6. Fortalecer em cada país os mecanismos de planejamento e diálogo nacional sobre os requisitos na formação e transformação de especialistas em MFC; garantindo sua distribuição universal, sua inserção no mercado de trabalho, sua adequada remuneração como um médico especialista.
7. Propor um modelo de avaliação da qualidade do cuidado em saúde na APS e MFC para a Iberoamérica, considerando os modelos já existentes.

## Eixo 2. Formação em Medicina de Família e Comunidade, Certificação e Recertificação

### 8. Formação

- 8.1. Orientar o conteúdo de formação para a aquisição de competências profissionais que facilitem o desenvolvimento de um modelo integral e holístico de abordagem do processo saúde-adoecimento-cuidado sustentado num enfoque de determinação social que propicie a resolução dos problemas de saúde mais prevalentes nas nossas populações, em todas as etapas do ciclo de vida.
- 8.2. Incorporar propostas educacionais de MFC que considerem as ameaças provenientes das políticas educacionais, do sistema económico, dos movimentos sociais, dos estilos de gestão e das culturas organizacionais que prevalecem em nossas universidades fundamentadas em sua maioria no paradigma biomédico.
- 8.3. Formar o especialista MFC no cenário de um Centro de APS, com metodologias pedagógicas adequadas como: a tutoria, acompanhamento no consultório de MFC, oficinas em sala de aula, dramatizações e câmara de Gessell, videogravação do aluno em consulta, Aprendizagem Baseada em Problemas, Método de Caso, entre outros.

### 9. Acreditação

- 9.1. Estabelecer um currículo baseado nas competências essenciais dos médicos de família e comunidade, bem como das unidades formadoras que garantam a integridade da aprendizagem, tendo em conta as necessidades locais e nacionais. Nestes processos deverão participar diferentes entidades, tais como sociedades científicas, colégios médicos, faculdades de medicina, universidades, agências governamentais, instituições de saúde, WONCA-Ibero-Americana-CIMF e outras organizações que puderem ser envolvidas.
- 9.2. Estabelecer um sistema de acreditação da qualidade dos programas de formação, que inclua a avaliação por pares dos processos.
- 9.3. Estabelecer um sistema de comunicação para o intercâmbio de experiências entre os diferentes países da região.

### 10. Certificação

Impulsionar o desenvolvimento de sistemas de Certificação e Recertificação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade nos países da Iberoamérica, promovendo a melhoria na prestação de serviços de saúde por médicos competentes e atualizados científica e tecnicamente, independente do ambiente em que se desenvolve.





#### 11. Recertificação

Instaurar sistemas de recertificação de forma gradual, de acordo com os contextos de desenvolvimento da especialidade nos diferentes países, respeitando suas necessidades e a realidade local. Deve ter caráter temporário (por exemplo, a cada 5 anos), e em nenhum caso ser considerada definitiva e conter os pilares básicos das competências do Médico de Família e Comunidade.

### Eixo 3. Sistema de Referência e Contra-referência: mecanismos de coordenação de cuidados e papel da Medicina Família e Comunidade na estrutura da Rede dos Serviços de Saúde

12. Garantir a participação do médico de família e comunidade desde o primeiro nível de cuidados do Sistema de Referência e Contra Referência de pacientes (SRCRP), realizando tarefas de classificação, priorização e gestão dos mecanismos de coordenação de cuidados.
13. Assegurar um sistema de registro clínico único, vinculado aos SRCRP.
14. Padronizar os protocolos clínicos e de referência, a fim de incrementar a capacidade resolutiva da SRCRP.
15. Estabelecer comitês de avaliação SRCRP com a inclusão de Médicos de Família.

### Eixo 4. Investigação em Medicina de Família e Comunidade

16. Continuar trabalhando para o desenvolvimento e fortalecimento da Rede iBIMEFA como recurso para a integração de pesquisadores da Região, bem como na identificação e divulgação de oportunidades de formação e financiamento.
17. Avançar na identificação de linhas prioritárias de investigação com base em metodologias do tipo grupo de expertos (método Delphi ou RAND) para construir consensos sobre as linhas mais importantes na região e no fortalecimento de redes de pesquisa em MFC e APS.
18. Incrementar os recursos e ações de comunicação e divulgação dentro WONCA-Ibero-Americana-CIMF para alcançar uma maior integração dos investigadores e uma maior divulgação da investigação e produção científica.

### Eixo 5. Prevenção Quaternária: Ética Médica, Avaliação e Eficiência nos Sistemas de Saúde

19. Difundir o conceito Prevenção Quaternária como abordagem vital na prática médica e gestão dos serviços de saúde.
20. Contribuir para a implementação do conceito de Prevenção Quaternária na educação formal dos profissionais de saúde, na graduação, pós-graduação, educação permanente e na pesquisa; elaborando um documento de recomendações que contribua para a discussão do conceito com as diferentes organizações que definem as políticas de educação.
21. Promover, através de estratégias desenvolvidas com equipes de saúde e da comunidade, a não medicalização dos eventos próprios das fases da vida.
22. Incentivar que as intervenções de saúde voltadas à população estejam baseadas na melhor evidência científica, sejam eticamente aceitáveis para o contexto local e estejam centradas nas pessoas.





Uma vez realizada a análise da situação regional e por país, os abaixo-assinados\* garantimos dar continuidade ao processo de discussão participativa em cada um dos nossos países de forma inclusiva e com vista a alcançar as metas propostas de acordo com os prazos estabelecidos nas várias recomendações propostas.

**Dr. Fernando Llorca Castro**  
Ministro da Saúde  
Costa Rica

**Dr. Maria del Rocío Saénz**  
Madrigal Secretária Executiva  
Seguridade Social  
Costa Rica

**Dr. Michael Kidd**  
Presidente WONCA

**Dra. Maria Inez Padula Anderson**  
Presidente -Wonca Ibero-Americana CIMF

**Dr. Thomas Meoño Martins**  
Presidente - VI Ibero-Americana CIMF  
Presidente - MEDFAMCOM

**Dr. Francisco Ariza Montoya**  
Representante Ministério da Saúde  
Colombia

**Dr. Luis Alberto Mendieta Rivera**  
Secretária Executiva Servico  
Nacional de Saúde  
Departamento de Seguridade Social  
Panamá

**Dr. Jorge Jesus Rodriguez Sotomayor**  
Representante Ministério da Saúde  
Panamá

\* A Carta de San Jose foi assinada por todas as autoridades acima relacionadas, na sua versão original, na língua espanhola.







