



www.rbmfc.org.br



Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
 Brazilian Journal of Family and Community Medicine
 Revista Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria

A Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) é um periódico revisado por pares publicado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Os artigos são publicados de forma contínua ao longo do ano, e podem ser lidos e redistribuídos gratuitamente. Autores em potencial devem tomar conhecimento das políticas editoriais da RBMFC, começando pelo foco e escopo do periódico e a política da seção pretendida, facilitando a adesão às diretrizes para autores.

EQUIPE EDITORIAL

EDITORES

- Claunara Schilling Mendonça, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.
- Leonardo Ferreira Fontenelle, Universidade Vila Velha (UVV). Vila Velha, Espírito Santo, Brasil.
- Patrícia Sampaio Chueiri, Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.
- Thiago Dias Sarti, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, Espírito Santo, Brasil

EDITORES CONVIDADOS

- Maria Inez Padula Anderson, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Leonardo Cançado Monteiro Savassi, Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP); Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Ouro Preto, MG, Brasil

SECRETARIA EXECUTIVA

Marli Machado de Souza, Lepidus Tecnologia, Brasil

CONSELHO EDITORIAL

- Airon Tetelbom Stein, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA). Porto Alegre, RS, Brasil
- Daniel Knupp Augusto, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Brasil
- Fúlvio Borges Nedel, Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (REDE APS), Brasil
- Giuliano Dimarzio, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Brasil
- Maria Inez Padula Anderson, Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ
- Michael Kidd, Department of Family & Community Medicine, University of Toronto. Toronto, Ontário, Canadá
- Sandro Rogério Rodrigues Batista, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia, Goiás, Brasil

EDITORES ASSOCIADOS

- Adelson Guaraci Jantsch, Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde, FIOPEC, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Francisco Eduardo da Fonseca Delgado, Faculdade de Desporto, Universidade do Porto. Porto, Portugal
- Maiara Conzatti, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil
- Monique Marie Marthe Bourget, Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil
- Severina Alice da Costa Uchoa, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, Rio Grande do Norte, Brasil



Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Rua Evaristo da Veiga, 16 sala 401, Centro -
Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20031-040
www.sbmfc.org.br

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Diretoria (gestão 2020-2022)

Presidente	Zeliete Linhares Leite Zambon	São Paulo
Vice-Presidente	Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro	Ceará
Secretário Geral	Marcos Filipe Rodrigues Bosquiero	Paraíba
Diretoria Administrativo e Financeiro	José de Almeida Castro Filho	Espírito Santo
Diretoria de Comunicação	Julia Barban Morelli Rosas	Rio de Janeiro
Diretoria de Titulação e Certificação	Igor Tavares da Silva Chaves	Santa Catarina
Diretoria de Exercício Profissional e Mercado de Trabalho	Alexandre Telles	Rio de Janeiro
Diretoria de Medicina Rural	Leandro Araújo da Costa	Minas Gerais
Diretoria de Graduação e Pós-Graduação <i>Strictu Sensu</i>	Ricardo Souza Heinzelmann	Rio Grande do Sul
Departamento de Graduação	Alexandre José de Melo Neto	Paraíba
Departamento de Pós-Graduação <i>stricto</i>	Fabiano Guimarães	Minas Gerais
Diretoria Científica e de Desenvolvimento Profissional Contínuo	Maria Inez Padula Anderson	Rio de Janeiro
Departamento de Educação Permanente	Bárbara Luiza Rosa	São Paulo
Departamento de Publicação	Leonardo Cançado Monteiro Savassi	Distrito Federal
Departamento de Pesquisa	Andreia Beatriz Santos	Bahia
Diretoria de Residência Médica e Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i>	Lucas Gaspar Ribeiro	São Paulo
Departamento De Residência	Marcos Vinicius Soares Pedrosa	Distrito Federal
Departamento de especialização	Wandson Alves Ribeiro Padilha	Pernambuco

Copyright: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade / Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. -- v. 1, n.1 (abril, 2004).-- Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2004.

v.; il.
Publicação contínua
Resumo em português, inglês e espanhol
Disponível na internet em: <http://www.rbmf.org.br>.
Volume 1, Número 1, Abril, 2004
ISSN 2179-7994 (Online)

1. Medicina da Família. Periódico. I. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, SBMFC.

CDD 362.1

Filiada à:



PRODUÇÃO EDITORIAL



Indexada em:



Contents / Sumario / Sumário

EDITORIAL

2 Medicina de Família e Comunidade e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade: quem somos nós, 45 e 40 anos depois?

Family and Community Medicine and Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade: who are we 45 and 40 years later?

Medicina Familiar y Comunitaria y Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria: ¿quiénes somos, 45 y 40 años después?

Maria Inez Padula Anderson, Leonardo Cançado Monteiro Savassi

ENTREVISTA

7 45 anos de Medicina de Família e Comunidade e 40 anos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade: papel, desafios e perspectivas no processo de fortalecimento e qualificação da Atenção Primária e do Sistema Único de Saúde no Brasil

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

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

Maria Inez Padula Anderson, Leonardo Cançado Monteiro Savassi (Organizadores)

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

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

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

Maria Inez Padula Anderson, Leonardo Cançado Monteiro Savassi (Organizadores)

28 Mensagens sobre a Medicina de Família e Comunidade e a Atenção Primária à Saúde dirigida a Médicas e Médicos de Família e Comunidade, residentes, estudantes de Medicina, gestores e gestoras de saúde e educação

Messages on family and community medicine and primary care directed at family doctors, residents, medical students and health and education managers

Mensajes sobre Medicina Familiar y Comunitaria y Atención Primaria de Salud dirigidos a Médicos y Médicas Familiares, residentes, estudiantes de medicina, gerentes y de salud y educación

Maria Inez Padula Anderson, Leonardo Cançado Monteiro Savassi (Organizadores)

MEMÓRIA

33 Poesia: Para os próximos 40 anos

Raimundo Célio Pedreira

Medicina de Família e Comunidade e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade: quem somos nós, 45 e 40 anos depois?

Family and Community Medicine and Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade: who are we 45 and 40 years later?

Medicina Familiar y Comunitaria y Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria: ¿quiénes somos, 45 y 40 años después?

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

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

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

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

Neste ano de 2021, comemorativo dos 40 anos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e dos 45 anos da especialidade no Brasil desde os primeiros programas de residência médica na área, lançamos este número especial da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC). Ele está composto por três entrevistas, trazendo a visão de pessoas que, de alguma forma, representam o passado, o presente e o futuro da especialidade. Naturalmente haveria muitas e muitos médicas/médicos de Família e Comunidade para consultarmos, mas seria impossível colocar a todas e todos neste espaço. Nossos convidados e convidadas estão listados e apresentados ao fim deste editorial.

Muitas coisas, fatos e histórias transcorreram nestes últimos 45 anos com a SBMFC e com a Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil. Nascemos, crescemos, mudamos de nome, mas não de propósitos. Quase fomos extintos, mas continuamos vivos. Quase perdemos a esperança, mas não desistimos. Aliás, *não desistir jamais* tem sido nosso lema.

Como citar: Anderson MIP, Savassi LCM. Medicina de Família e Comunidade e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade: quem somos nós, 45 e 40 anos depois? Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(Suppl 1):2-6. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(Suppl1\)3261](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(Suppl1)3261)

Autor correspondente:

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

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência:

encaminhado.

Avaliação por pares:

não se aplica

Recebido em: 01/10/2021.

Aprovado em: 17/10/2021.

Editores:

Maria Inez Padula Anderson e Leonardo
Cançado Monteiro Savassi



Muitos, mesmo nos tempos mais difíceis, continuaram no trabalho, em suas unidades assistenciais, na academia, atendendo à população, formando pessoas, pesquisando, produzindo, inserindo-se e não apenas aceitando a condição de objeto, mas **esperançando**, como nos ensinou e ensina Paulo Freire — “*Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir [...]*”.

Passamos a pesquisar mais, a publicar mais, a participar ativamente de eventos científicos da especialidade e mais amplos. Temos mais mestres e doutores, mais residentes de MFC, mais preceptores nas residências, mais docentes nas Universidades, mais estudantes interessados na MFC, mais médicos de Família e Comunidade participando da gestão de serviços e sistemas de saúde e de centros de pesquisa. Mais pessoas reconhecem nosso valor. Mais gestores e gestoras de saúde optam pela implementação de uma Atenção Primária à Saúde (APS) qualificada. Somos mais *donas e donos do nosso nariz*.

Cada vez mais entendemos melhor nosso papel na coordenação do cuidado das pessoas e na qualificação dos serviços em que atuamos, bem como a importância dos condicionantes sociais no processo saúde-adoecimento das pessoas, famílias e comunidades que atendemos e às quais nos dedicamos. Temos aplicado a epidemiologia clínica para compreender quais pessoas se beneficiarão, mais ou menos, de procedimentos, exames ou consultas com subespecialistas. Ao mesmo tempo, mantemos o vínculo e a continuidade da atenção uma vez que somos uma fonte de escuta qualificada, centrada nas pessoas, nas famílias e nas comunidades e no contexto em que vivem.¹

Devemos ser a porta de acesso ao cuidado inicial em saúde, e a principal, para problemas de saúde novos ou antigos. Esse cuidado deve ser baseado em uma visão abrangente dos fatores que afetam o processo saúde-adoecimento, abarcando a tríade do biopsicossocial e, para além dela, os aspectos existencial, espiritual e sagrado das pessoas, famílias e comunidades. Exercemos essa forma de cuidado ao longo do tempo, de meses ou anos e de modo continuado, abrangente e integral. Somos uma especialidade médica fundamental para os sistemas de saúde, pois melhoramos a atenção e qualificamos o sistema, advogamos pelos e pelas pacientes, protegendo-os dos especialistas não necessários e preservando também os próprios subespecialistas de pessoas inadequadas para aquele tipo e nível de atenção.²

Todavia, ainda temos muito caminho a percorrer. A APS de qualidade e a MFC, com todas as suas letras, ainda necessitam ser mais bem compreendidas e valorizadas pelos gestores de saúde e educação, pelos e pelas colegas de outras especialidades, pelos estudantes, pela população geral e até mesmo por nós mesmos, os MFC. Muitas vezes temos a impressão de que não nos damos conta da importância que nossa especialidade tem nos sistemas de saúde. Isso também porque os chamados para a simplificação da APS e, conseqüentemente, da MFC ainda são frequentes. Entretanto, nossa especialidade é uma das mais complexas dos sistemas de saúde uma vez que sua base deve ser o paradigma sistêmico, e não o paradigma cartesiano que admite “simplificações” no modo de cuidar de doenças e não de pessoas.

Assim, ainda precisamos “*estabelecer e publicar nossas próprias regras*” sobre a forma de cuidar em saúde da nossa especialidade. Como diria McWhinney, ainda precisamos valorizar a *importância de sermos diferentes*.³

Nas comemorações dos 40/45, decidimos fazer uma edição especial da RBMFC, o principal veículo de nossa especialidade para a publicação técnico-científica. Teríamos diferentes possibilidades para realizá-la, mas, como citado anteriormente, optamos por dar voz a profissionais que durante sua trajetória de vida pessoal e profissional ocuparam a função de presidentes/as da SBMFC. Também demos voz a Ricardo Donato, como representante dos profissionais que formalizaram a especialidade no Brasil em 1976, há 45 anos, com a criação dos três primeiros programas de residência médica da Medicina de Família e Comunidade (PRMFC). Infelizmente, os colegas Ellis Busnello e Carlos Grossman, que iniciaram

os dois outros PRMFC ainda em 1976 e 1978, respectivamente, não puderam participar desta iniciativa. Além dessas pessoas, convidamos a atual presidente da SBMFC, a atual Diretoria de Residência da SBMFC e a presidente da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Saúde da Família (ALASF) para ampliar nossa visão com a de profissionais que, atualmente, estão em funções que afetam diretamente e indiretamente o presente e o futuro da especialidade.

Por meio de perguntas enviadas por formulário eletrônico, foram entrevistados estes onze profissionais: Ricardo Donato, como anunciado previamente, e os e as ex-presidentes da SBMFC desde sua criação até os dias de hoje. São eles: João Werner Falk e Airton Stein, Maria Inez Padula Anderson, Gustavo Gusso, Nulvio Lermen, Thiago Trindade, Daniel Knupp e a atual presidente da SBMFC, Zeliete Zambon; Ana Clara Arantes Gonçalves e Geferson Pelegrini, pela Diretoria de Residência; e Priscila Ferraz Bortolini, presidente da ALASF.

Com as entrevistas foi possível captar percepções diversificadas e ampliadas sobre os avanços e os desafios do passado e do presente e os caminhos a seguir para o desenvolvimento, o crescimento e a qualificação da MFC e da SBMFC. Os três blocos de artigos no formato entrevista abordaram os seguintes tópicos:

Bloco 1 — 45 anos de MFC e 40 anos da SBMFC: papel, desafios e perspectivas no processo de fortalecimento e qualificação da APS e do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil;

Bloco 2 — Formação, Ensino e Pesquisa na MFC e na APS no Brasil: situação atual, desafios e perspectivas;

Bloco 3 — Mensagens sobre a MFC e a APS dirigida a médicas e médicos de Família e Comunidade, residentes, estudantes de Medicina, gestores e gestoras de saúde e educação.

A ordem de apresentação das respostas relaciona-se ao tempo inicial de atuação nas funções acima descritas — ou seja, de 1975 (criação do primeiro programa de residência), passando pelos períodos da presidência e, por último, e tão importante quanto, os depoimentos da Ana Clara Arantes Gonçalves e Geferson Pelegrini pela Diretoria de Residentes e de Priscila Ferraz Bortolini pela ALASF.

Esperamos que todas e todos façam bom proveito desta edição especial. Vida longa à Medicina de Família e Comunidade! Vida longa à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade!

Apresentamos nossos convidados e convidadas:

Ricardo Donato Rodrigues é médico com residência em Clínica Médica no Hospital Universitário Pedro Ernesto; mestre e doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); especialista em Administração Hospitalar; professor associado do Departamento de Medicina Integral Familiar e Comunitária da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ (aposentado); professor do Mestrado Profissional em Saúde da Família (Profsaúde) — núcleo UERJ; ex-diretor geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ; ex-coordenador do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da UERJ; ex-coordenador da rede ambulatorial do Inamps/RJ. Foi presidente da Associação de Medicina de Família e Comunidade do Estado do Rio de Janeiro (AMFaC/RJ) no biênio 2005–2006; vice-presidente em 2004–2005 e diretor científico em 2006–2007.

João Werner Falk é médico, especialista em Medicina de Família e Comunidade por residência e por título de especialista, com mestrado e doutorado em Ciências Médicas. Professor titular e ex-chefe do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em três gestões; membro e ex-coordenador adjunto do Comitê Acadêmico de Atenção Primária à Saúde da Associação de Universidades Grupo Montevideu (AUGM). Foi presidente da SBMFC no período de 1986 a 2004; e diretor de titulação em 2004–2008.

Airton Tetelbom Stein é bolsista de produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Graduado em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; com residência em MFC pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) do Rio Grande do Sul; mestrado em Ciências Médicas pela UFRGS; mestrado em Community Health For Developing Countries na London School Of Hygiene and Tropical Medicine; doutorado em Ciências Médicas pela UFRGS; pós-doutorado no Grupo da Cochrane na Universidade de Oxford e na Universidade de Oslo; pró-reitor de pesquisa e pós-graduação da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) (2017–2019). É assessor de internacionalização e professor titular de Saúde Coletiva da UFCSPA.

Maria Inez Padula Anderson é médica de Família e Comunidade pela UERJ. Tem mestrado e doutorado em Saúde Coletiva (IMS/UERJ), com foco em Epidemiologia. É especialista em Terapia Familiar pelo Instituto Noos. Professora associada do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ; coordenadora-geral e preceptora do PRMFC. Professora do Mestrado Profsaúde/UERJ e do Mestrado em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Diretora científica da AMFaC/RJ (2010–2012). Na SBMFC: vice-presidente (2002–2004); presidente (2004–2008); presidente do Congresso Brasileiro de MFC 2004, no Rio de Janeiro; diretora científica (2008–2010); presidenta eleita da Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) (2013–2018); diretora científica e de desenvolvimento profissional contínuo (2020–2022).

Gustavo Gusso é graduado em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP), com residência em MFC pelo Grupo Hospitalar Conceição; mestrado em Medicina de Família pela University of Western Ontário e doutorado em Ciências Médicas pela USP. É membro efetivo do Wonca International Classification Committee e professor doutor da disciplina de Clínica Geral da USP. Como editor do Tratado de Medicina de Família e Comunidade, conquistou o primeiro lugar do prêmio Jabuti na categoria Ciências da Saúde. Na SBMFC: diretor de Comunicação (2004–2006); diretor de residência (2006–2008); presidente (2008–2012); diretor científico (2014–2016) e diretor de publicação (2016–2020).

Nulvio Lermen é médico de Família e Comunidade do município de Florianópolis desde 2002 até o presente momento; coordenador nacional de Gestão de Atenção Primária (2007–2011); fundador do PRMFC do município do Rio de Janeiro (2011–2013); secretário adjunto de Florianópolis (2013–2017); diretor médico da United Health Group (2018–2021). É graduado em Medicina (UFSC) e mestre em Políticas e Gestão de Saúde (Università di Bologna, Itália — UNIBO-IT), com formação em Liderança Executiva em Saúde (Stanford University, EUA). Presidente da Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade (2006–2008) e presidente da SBMFC (2012–2014).

Thiago Trindade é graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com residência em MFC pelo PRM do Hospital Nossa Senhora dos Navegantes — HNSC/Porto Alegre. Tem especialização em Terapia de Família pelo Instituto da Família de Porto Alegre — INFAPA/Porto Alegre; mestrado e doutorado em Epidemiologia pelo Programa de Pós-Graduação da UFRGS. Professor do Curso de Medicina da Universidade Potiguar; professor do Departamento de Medicina Clínica da UFRN; coordenador adjunto do PRMFC do Hospital Universitário Onofre Lopes — HUOL/UFRN; professor visitante do Departamento de MFC da Universidade de Toronto (2019–atual). Diretor suplente da Associação Gaúcha de Medicina de Família e Comunidade (2005–2007); presidente da Associação Potiguar de Medicina de Família e Comunidade (2010–2012); vice-presidente da mesma Associação (2012–2014); coordenador adjunto da Red Iberoamericana de Investigación en Medicina Familiar — Grupo de Trabajo de Investigación y Divulgación de WONCA-CIMF (2014–2018); diretor de graduação e pós-graduação *stricto sensu* da SBMFC (2010–2012); vice-presidente da SBMFC (2012–2014); presidente da SBMFC (2014–2018).

Daniel Knupp é graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com residência em MFC no Hospital Municipal Odilon Behrens, em Belo Horizonte. Tem mestrado em Epidemiologia pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/MG). Foi médico de equipe de Saúde da Família quando atuava como preceptor e depois supervisor do programa de residência ao longo de oito anos. Trabalhou no serviço de APS da Unimed Belo Horizonte. Atualmente trabalha na Alice Serviços Médicos Ltda. Na SBMFC foi do Departamento de Especialização *lato sensu* (2010–2012); do Departamento de Residência (2012–2014); vice-presidente (2014–2016); secretário-geral (2016–2018); e presidente (2018–2020).

Zeliete Zambon é médica de Família e Comunidade titulada pela SBMFC/AMB desde 2004. Mestre em Ciências do Ensino da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Coordenadora do Internato de MFC da Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic. Supervisora do Programa de Residência em MFC da Prefeitura de Campinas. Foi coordenadora de uma Unidade Básica de Saúde por sete anos, numa área de grande vulnerabilidade social. Presidente da Associação Paulista de Medicina de Família e Comunidade (APMFC) (2008–2011); diretora de Formação, Capacitação e Especialização da APMFC (2013–2015); diretora de Comunicação da APMFC (2015–2017); presidente do Congresso da APMFC em 2010. Na SBMFC, foi secretária-geral (2010–2012); coordenadora do Departamento de Especialização (2012–2014); e presidente (2020–2022).

Ana Clara Arantes Gonçalves tem graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), com residência no PRMFC da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Esteve na Diretoria de Residência da SBMFC de 2021 a 2023.

Geferson Pelegrini é médico formado pela Universidade Federal de Santa Maria. Residente em MFC no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Mestrando em Epidemiologia na UFRGS.

Priscila Ferraz Bortolini é médica e presidente da ALASF (gestão 2020/2021).

Referências

1. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2015. [acessado em 25 out. 2021]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf).
2. Europe Academy of Teachers in General Practice. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: WONCA Europe Council; 2011. [acessado em 25 out. 2021]. Disponível em: <https://www.woncaeurope.org/file/3b13bee8-5891-455e-a4cb-a670d7bfdca2/Definition%20EURACTshort%20version%20revised%202011.pdf>.
3. McWhinney IR. The importance of being different. British Journal of General Practice 1996;46:433-6. Disponível em: <https://bjgp.org/content/bjgp/46/408/433.full.pdf>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autor correspondente:

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

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência:

encomendado.

Avaliação por pares:

não se aplica.

Recebido em: 01/10/2021.

Aprovado em: 17/10/2021.

Editores:

Maria Inez Padula Anderson e Leonardo
Cançado Monteiro Savassi



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

No ano comemorativo dos 40 anos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e dos 45 anos da Medicina de Família e Comunidade (MFC) como especialidade no Brasil, este artigo, na forma de entrevistas, traz visões e percepções sobre os programas de residência em MFC e a participação da especialidade na graduação, na pesquisa no e na gestão em saúde. Os entrevistados e entrevistadas, aqui, estão representando o passado, o presente e o futuro da MFC e da SBMFC¹. São profissionais que se relacionam com sua história nestes 40/45 anos, considerando algumas de suas funções na MFC e na SBMFC nesse período. Suas relações com a MFC e a SBMFC podem ser lidas no Editorial desta edição comemorativa. Nas entrevistas, são explorados aspectos relacionados aos desafios, aos avanços e às perspectivas da MFC e da SBMFC no processo da qualificação do ensino, do aumento do número de especialistas e do incremento da pesquisa e da qualificação da gestão no campo da MFC e da Atenção Primária à Saúde (APS).

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

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

Autor correspondente:

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

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência:

encomendado.

Avaliação por pares:

não se aplica.

Recebido em: 01/10/2021.

Aprovado em: 17/10/2021.

Editores:

Maria Inez Padula Anderson e Leonardo
Cançado Monteiro Savassi



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mensagens sobre a Medicina de Família e Comunidade e a Atenção Primária à Saúde dirigida a Médicas e Médicos de Família e Comunidade, residentes, estudantes de Medicina, gestores e gestoras de saúde e educação

Messages on family and community medicine and primary care directed at family doctors, residents, medical students and health and education managers

Mensajes sobre Medicina Familiar y Comunitaria y Atención Primaria de Salud dirigidos a Médicos y Médicas Familiares, residentes, estudiantes de medicina, gerentes y de salud y educación

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

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

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

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

No ano comemorativo dos 40 anos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e dos 45 anos da Medicina de Família e Comunidade (MFC) como especialidade no Brasil, este artigo, na forma de entrevistas, traz mensagens de convidados e convidadas — profissionais que aqui representam a história passada, presente e futura da MFC e da SBMFC.¹ São profissionais que se relacionam com essa história nestes 40/45 anos, considerando algumas de suas funções na MFC e da SBMFC nesse período. Suas relações com a MFC e a SBMFC podem ser lidas no Editorial desta edição comemorativa. As mensagens sobre a MFC e a Atenção Primária à Saúde (APS) são dirigidas aos e às residentes de MFC, aos e às Médicos e Médicas de Família e Comunidade (MFC), aos médicos e médicas que atuam na APS; aos estudantes de Medicina, aos gestores de saúde e educação e à população geral.

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

Como citar: Anderson MIP, Savassi LCM (orgs.). Mensagens sobre a Medicina de Família e Comunidade e a Atenção Primária à Saúde dirigida a Médicas e Médicos de Família e Comunidade, residentes, estudantes de Medicina, gestores e gestoras de saúde e educação. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(Suppl 1):28-32. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(Suppl1\)3245](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(Suppl1)3245)

Autor correspondente:

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

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica

Procedência:

encomendado.

Avaliação por pares:

não se aplica

Recebido em: 01/10/2021.

Aprovado em: 17/10/2021.

Editores:

Maria Inez Padula Anderson e Leonardo Cançado Monteiro Savassi



RBMFC: Considerando o momento histórico de comemormos os 45/40 anos da MFC no Brasil e da SBMFC, deixe uma mensagem para as/os para os especialistas em MFC, para os e as residentes em MFC e para os médicos e médicas que atuam na APS.

Ricardo Donato Rodrigues: A MFC e a APS/Estratégia Saúde da Família (ESF) fortes são o caminho para a consolidação de sistemas de saúde coerentes com a meta “Saúde para Todos”. Ser MFC “faz toda a diferença” na vida de pessoas, famílias e comunidades, assim como na saúde ambiental, com especial importância no atual cenário, neste Brasil de tantas iniquidades.

João Werner Falk: O tempo foi me ensinando que é necessário seguirmos sempre trabalhando com qualidade, resiliência, paciência e persistência. Acreditem nos seus sonhos, pois a busca de realizá-los faz a diferença nas transformações da realidade em prol da população.

Airton Tetelbom Stein: A carreira de MFC abre muitos horizontes e possibilita, de fato, contribuir para que a sociedade seja mais inclusiva, com menos iniquidade. Houve um desenvolvimento muito grande da especialidade no Brasil.

Maria Inez Padula Anderson: A MFC é uma especialidade complexa, única e apaixonante. Temos o privilégio — e, ao mesmo tempo, a responsabilidade — de advogar pelos serviços à saúde mais adequados e necessários às pessoas, famílias e comunidades, uma vez que somos testemunhas vivas de suas histórias de saúde e adoecimento, no contexto de vida em que ocorrem. Somos testemunhas da qualidade de vida que têm, das condições sociais e econômicas, dos sofrimentos cotidianos, das violências da vida pessoal, em família e em sociedade, do conjunto de fatores que afeta e adoce a quem cuidamos. Por isso, a MFC dá sentido e muda para melhor nossa forma de ser médicas e médicos, muda para melhor nossa visão e a forma de estarmos no mundo. Quem está no caminho da APS e da MFC sabe que a estrada é longa e com obstáculos, mas traz muitas recompensas e compensações. Se fizermos bem nosso trabalho, seguramente estaremos, como aliados terapêuticos, presentes para sempre nas mentes e nos corações de quem cuidamos. Sabemos que não é simples estar e ser MFC no Brasil. É preciso estar consciente de que será preciso resistir e não desistir. E “esperançar”, como nos ensina Paulo Freire — o que não é ficar à espera, mas fazer acontecer. O caminho se faz ao caminhar e a utopia não é um ponto cego — ao contrário, é o que nos faz seguir adiante, como já referia Eduardo Galeano. Fortaleçam a SBMFC! E, se você ainda não é, torne-se associada ou associado!

Gustavo Gusso: Melhor acertar por aproximação do que errar com precisão (Kerr White).

Nulvio Lermen: O MFC ocupa um papel de destaque no sistema de saúde. Como um recurso para uma população, ele deve ter a qualidade clínica como seu principal foco, garantindo resolubilidade para seus pacientes. Assim, a MFC como especialidade será cada vez mais valorizada e, conseqüentemente, vocês também como especialistas na área.

Thiago Trindade: Sejam persistentes na sua missão de cuidar das pessoas. A sociedade em geral só tem a agradecer o trabalho de cada um de vocês, que fazem a diferença para as famílias que atendem. Contem com a SBMFC e as entidades estaduais, busquem sua entidade e se envolvam com o desenvolvimento da nossa especialidade no Brasil.

Daniel Knupp: A MFC é certamente a mais virtuosa das especialidades médicas. É hoje, possivelmente, o principal bastião da ética e dos valores humanistas que vêm sendo perdidos na Medicina em geral. Reconheça-se como MFC, defenda e exerça seus princípios, em qualquer local em que esteja atuando.

Zeliete Zambon: Olhe para você mesmo como uma/um profissional importante do sistema de saúde. Somos os gestores de saúde das pessoas.

Ana Clara Arantes Gonçalves e Geferson Pelegrini pela Diretoria de Residentes: A MFC enfrenta muitos desafios por trabalhar no contexto da APS mas, apesar deles, vale a pena investir no aperfeiçoamento constante, porque é com uma boa prática da medicina de família que o nível primário da atenção será cada vez mais reconhecido e valorizado.

RBMFC: Considerando o momento histórico de comemorarmos os 45/40 anos da MFC no Brasil e da SBMFC, deixe uma mensagem sobre a MFC e a APS para as/os estudantes de Medicina.

Ricardo Donato Rodrigues: A MFC é uma especialidade apaixonante. Venham nesse embalo, que a aprendizagem nesse campo é fundamental à formação de todo médico.

João Werner Falk: Estudem bastante sobre o que são a MFC e a APS, entendam a importância destas e as valorizem. Participe de ligas acadêmicas de MFC em suas escolas médicas.

Airton Tetelbom Stein: Aqueles que forem realizar essa especialidade devem saber que estarão buscando um SUS cada vez mais forte e também procurarão entender a causa das causas, assim como contribuirão para que tenhamos uma sociedade com menos iniquidade.

Maria Inez Padula Anderson: A MFC é uma especialidade e uma área de conhecimento importantes para todas e todos os estudantes de graduação, mesmo aqueles que não seguirão na especialidade como pós-graduação. Ela amplia nosso entendimento sobre o processo de adoecer, ajuda na adesão medicamentosa, apoia e estimula o vínculo com os pacientes, ao mesmo tempo em que promove a autonomia deles.

Gustavo Gusso: Tentem focar os conceitos, estudar as bases e os principais autores como Barbara Starfield e Ian McWhinney. Cuidado para não confundirem com a medicina preventiva, que é outra área.

Nulvio Lermen: A MFC é a especialidade que dá a maior oportunidade de atuação em diferentes frentes. O MFC tem sido cada vez mais valorizado na clínica, na docência e na gestão de serviços de saúde. Em qualquer uma dessas frentes, a formação na área será um grande diferencial para seu sucesso profissional.

Thiago Trindade: Acreditem na MFC como uma possibilidade de especialidade. Vocês irão se encantar com o trabalho, sentirão no dia a dia relações fortes de vínculo com seus pacientes. Na graduação, aproveitem seus professores médicos de família para aprenderem e conhecerem nossa especialidade em sua essência. A MFC é uma especialidade do passado, do presente e do futuro. Precisamos de mais pessoas que queiram ser MFC. Essa é uma necessidade do país hoje e sempre.

Daniel Knupp: A MFC é a única especialidade médica que permite o pleno desenvolvimento profissional no âmbito da Medicina. É a essência de ser um(a) médica(o), de poder interagir com as pessoas e com as populações em geral. A prática enquanto MFC é em si uma defesa da equidade e da justiça social. Se esses valores fazem sentido para você, não pense duas vezes na escolha da especialidade.

Zeliete Zambon: Para mim existem quatro disciplinas fundamentais para ser um/uma boa médico/a: bioquímica, anatomia, fisiologia e APS. Se souber essas quatro, poderá ser um bom médico/médica em qualquer especialidade. Ser MFC, implica, além disso, ter outras competências, sendo uma das principais gostar de cuidar de pessoas. A importância da MFC nessa nova medicina será vital.

Ana Clara Arantes Gonçalves e Geferson Pelegrini pela Diretoria de Residentes da SBMFC: Estejam sempre de mente e coração abertos para o que a prática da MFC pode oferecer, porque ela desafia suas habilidades como futuros médicos e pode influenciar a prática de vocês de forma permanente, independentemente da especialidade escolhida que forem seguir.

Priscila Ferraz Bortolini pela Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Saúde da Família (ALASF): Existe uma máxima na faculdade de que devemos ser superespecialistas, que devemos focar uma única parte do corpo do paciente e resolver aquele ponto. Ter contato com a MFC na graduação forma um pensamento crítico em relação à sociedade e a nós mesmos. “Que tipo de profissional eu quero ser?” Essa pergunta nos ronda e, quando percebemos que a atenção integral muda a vida de uma pessoa, começamos a enxergar a MFC com outros olhos, o que nos dá ânimo para seguir esse caminho.

RBMFC: Considerando o momento histórico de comemarmos os 45/40 anos da MFC no Brasil e da SBMFC, deixe uma mensagem sobre a MFC e a APS para os gestores de saúde e educação.

Ricardo Donato Rodrigues: O processo de produção da saúde — a exemplo do que ocorre na educação — é diferente, pois não ocorre sem a efetiva participação de profissionais, das pessoas, de suas famílias e respectivas comunidades. Essa noção é fundamental no tocante à MFC e à APS; transcende cifras e dados quantitativos. Essa complexidade remete a um modelo participativo de gestão que todo gestor deve tratar com sabedoria e carinho muito especial.

João Werner Falk: Informem-se bem sobre o que são a MFC e a APS, mantenham-se atualizados a respeito, conheçam a SBMFC e respeitem os profissionais da APS. Sejam responsáveis na produção de mais saúde para a população.

Airton Tetelbom Stein: A coordenação do atendimento, a integralidade do cuidado e o acesso às demandas mais prioritárias dos pacientes somente serão efetivos e contemplados caso o sistema de saúde — público ou privado — incorpore os MFC no trabalho da linha de frente.

Maria Inez Padula Anderson: Aposte e invista na MFC! Aposte e invista na APS de qualidade! Aposte e invista na ESF! Vocês colherão resultados, mesmo em curto prazo, e serão valorizados por isso. A população saberá reconhecer.

Gustavo Gusso: É fundamental integrar os projetos de APS com a rede existente e criar uma política de atenção secundária (rede referenciada).

Nulvio Lermen: A APS é a base de qualquer sistema de saúde de sucesso, pois agrega qualidade clínica e custo-efetividade ao sistema. A MFC é a especialidade médica formatada para a atuação na APS e tem o potencial de aumentar o valor agregado de qualquer sistema de saúde.

Thiago Trindade: Apoiem, em todas as instâncias, os processos formativos de médicos de família. Busquem para os seus sistemas de saúde MFC para qualificá-lo. Procurem ampliar o financiamento da APS e tenham como norte oferecer uma APS de qualidade para 100% de sua população.

Daniel Knupp: Valorize a MFC! A MFC é fundamental para uma APS forte e, conseqüentemente, para os sistemas de saúde. Só é possível realizar as transformações necessárias no paradigma vigente na saúde a partir da perspectiva trazida pela MFC.

Zeliete Zambon: Você pode até não querer, não dar importância, mas não será capaz de fazer uma boa gestão em saúde sem valorizar a atuação do/da MFC e ter a APS como o principal nível de atenção à saúde.

Ana Clara Arantes Gonçalves e Geferson Pelegrini pela Diretoria de Residentes: Valorizar o trabalho dos MFC e dos residentes de MFC pode parecer um passo atrás em um primeiro momento, quando se pensa apenas em demanda assistencial e se compara com a forma tradicional com que os atendimentos costumam ocorrer quando os profissionais da APS não são especialistas em medicina de família. Mas, em suas localidades, investir na MFC e na APS de qualidade é prover cuidados de saúde que resultarão em uma população com mais saúde e mais autoestima, que receberá sem dúvida o melhor atendimento possível.

RBMFC: Considerando o momento histórico de comemorarmos os 45/40 anos da MFC no Brasil e da SBMFC, deixe uma mensagem sobre a MFC e a APS para a população.

Ricardo Donato Rodrigues: Saúde é direito de todos. Queira um MFC para chamar de seu.

João Werner Falk: Valorizem o SUS, as Unidades Básicas de Saúde e a ESF e tenham MFC para chamarem de seus.

Airton Tetelbom Stein: Caso você queira viver numa sociedade mais inclusiva, com mais equidade, competência clínica e que valoriza os direitos humanos, exija que o seu prefeito contrate e valorize os MFC.

Maria Inez Padula Anderson: Você já tem um ou uma MFC para chamar de seu/sua? Ainda não? Saiba que nos países que têm os sistemas de saúde mais avançados do mundo, essa especialidade e a atenção primária de qualidade são valorizadas. Você merece ter esse tipo de atenção à saúde. Ajude-nos a fazer com que essa especialidade e a APS cresçam e sejam valorizadas no Brasil. A ESF é um modelo de atenção reconhecido e valorizado internacionalmente. É um modelo avançado de APS. Vamos incentivar que os governos municipais busquem a sua implantação e o seu desenvolvimento! E lembre sempre: valorize o SUS! Desconfie de quem quer privatizar a saúde. Saúde não é mercadoria, não se compra e não se vende.

Gustavo Gusso: Vale a pena ter vínculo com profissionais generalistas. Invistam nessa ideia.

Nulvio Lermen: O MFC é o médico que irá acompanhá-lo a cada passo da sua história. Ter a APS como base de um sistema de saúde lhe dará a oportunidade de ter esse profissional ao seu alcance e lhe garantirá maior acesso aos serviços e melhor cuidado de saúde para você, sua família e sua comunidade.

Thiago Trindade: Confiem e defendam a presença de equipes de atenção primária para suas comunidades, com o médico de família compondo essas equipes. É fundamental que as comunidades se envolvam nessa demanda e pressionem seus gestores públicos a ofertar saúde da família de qualidade com a MFC para suas famílias. Tenha um MFC para chamar de seu.

Daniel Knupp: Você já tem um MFC para chamar de seu? Se não, fique atento. Sua saúde pode estar em risco. Sempre busque um MFC de sua confiança para cuidar de você.

Zeliete Zambon: A APS não foi criada para que você não tivesse acesso a saúde, muito pelo contrário. O/a MFC é o profissional que quer estar junto com você para ajudá-lo a fazer a gestão de sua saúde.

Ana Clara Arantes Gonçalves e Geferson Pelegrini pela Diretoria de Residentes: Procure saber qual é o posto de saúde do seu bairro, faça parte do Conselho de Saúde local e lute para que ele tenha um MFC que cuide de você e por um SUS gratuito, universal e de qualidade!

Comentários finais de alguns dos entrevistados:

Ricardo Donato Rodrigues: Agradeço a oportunidade. Senti orgulho de ser consultado. Escutar é uma das virtudes da boa gestão.

Thiago Trindade: Vida longa à MFC!

Zeliete Zambon: A MFC é, junto com a Genética, a especialidade que mais crescerá nos próximos anos e trará a visão de Medicina Personalizada e de Precisão acessível a todos.

Poesia: Para os próximos 40 anos

Raimundo Célio Pedreira¹

¹Universidade Federal do Tocantins (UFT), Tocantins. Poeta e Médico de Família e Comunidade no Tocantins à época que escreveu esta poesia para ilustrar as fotos da publicação **Saúde da Família: um retrato**, por ocasião dos 20 anos do SUS

Em 2009, o Ministério da Saúde lança a publicação **Saúde da Família: um retrato**, no contexto das comemorações dos 20 anos do SUS.

As fotos que compõem esta publicação registram os caminhos da Estratégia Saúde da Família e da própria Medicina de Família e Comunidade. São acompanhadas da poesia de Célio Pedreira, um poeta, Médico de Família e Comunidade no Tocantins à época.

Por vários e diferentes motivos, essas fotos e essa poesia são importantes de registrar nos dias de hoje, após 11 anos, e no contexto das comemorações dos 40 anos da SBMFC e 45 anos da especialidade no Brasil.

Cantigas de andar junto; de onde ainda nem chegamos, acende o zelo de ser único na vontade de todos. Ver de frente o que acende para espalhar mais alvos. Como cada um ser junto na astúcia de entender caminho e rumo. Cada estreito nosso há de alcançar os vãos num fazer de espalhar lugares. E onde chegar serão árvores nossas mãos de uma raiz só. Dessa raiz que rompe que remove o lugar e que aprofunda em longes. Como horizonte fosse igual andar sustentamos em cada olhar acendido em cada vontade de alcançar-se. Assim os gestos vão gestando os vãos como meninos nas varandas olhando para além dos muros

Como citar: Pedreira RC. Poesia: Para os próximos 40 anos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(Suppl 1):33-34. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(Suppl1\)3284](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(Suppl1)3284)

Autor correspondente:

Raimundo Célio Pedreira
E-mail: foicenova@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência:

encomendado.

Avaliação por pares:

não se aplica

Recebido em: 01/10/2021.

Aprovado em: 17/10/2021.

Editores:

Maria Inez Padula Anderson e Leonardo
Cançado Monteiro Savassi



Posto que aqui sempre é tempo de sonhar para mais o que seja regar e brotar. Segue assim espalhando luz o que vela e o que singra. Nem parece mesmo longe o que o caminho estreita pelo carecer sincero de ir. Vê que é grande uma manhã nelas duram muitas claridades apesar de ímpares. Uma manhã tem feitio de bandeira a nos significar em pares. Se a gente vai nossa bandeira é sempre frente onde se vai chegar. É nossa vontade quem chega primeiro quando o caminho nos junta no continuar andando. Mesmo o grande dos nossos estreitos é um caminho só nas mãos de nosso rumo.

Se arranjar um diverso inesperado paciência é remédio absoluto para o encontrar-se. Esses artifícios de andar junto carecem mesmo paciência e as vezes alguma ciência. Até o erro pode ser perto se o caminho é certo no rumo do junto. E quando menos parece aparece outro hoje e a gente toma um novo mesmo tino. É assim mesmo diverso o caminhar da esperança dia ensina dia aprende. No fundo esperança é vontade de andar junto ainda que distante. Tecendo fios longos numa mesma renda a gente entende os muitos.

Pois o tempo de recomeçar é um tempo inteiro ainda que também único. Como tempo de flor chamando o dia para abrir aqui o zelo é quem governa o caminho. Pois se o dia abrir com zelo é certa a flor visitando nosso rumo. Ao menos aos pares é permitido combinar o único no diverso. Combinar que a estrada segue e tem gente esperando para receber nosso passo. Passar o passo é quase um parto tem merecimento de multiplicar-se como aquelas manhãs paridas. É que os limites as fronteiras são também caminhos.

E o caminho mais árduo é o rumo de dentro da gente que precisa chegar no outro. O outro é quem nos sustenta é quem nos faz caminho é quem nos caminha. Segue cada um como caravana de todos para se juntar num canto da chegada. Toda porta vai se abrir toda janela vai espiar cada chegar desse rumo. Rumo ungido em singelo em simples que se agradece como amém. Recebe essa simplicidade que todo chegar encerra e que espiga de boa nova. A gente que anda junto sempre está pronto para acender uma nova chama de guia. Deixar a chama nos lumiar para seguir junto nas horas de sós.

Vê que seus olhos são meus e busca um entender em sede pois os ávidos são sempre fecundos. Como é infinito o andar juntos a cantiga junta sempre se afina pois cada passo o mesmo compasso. Para quem escuta o canto do junto se distingue o passarinho pelo olhar o canto é só artifício de beleza. A gente lembra da gente quando nos dão motivo de andar e reconhece o quanto falta para chegar. Se chegar a hora de fazer outro ir o que se deixa vai com a gente o olhar de quem fica vai com a gente. Nosso rumo é mesmo preso ao sol que precisa estar sempre estendido para romper as nódoas. Se nosso andar dispersar a lição das pontes entre nós é capaz de novamente nos juntar. Riso é mais que alegria entre nós é o remédio que nos faz iguais num caminho de diferenças.

Referência

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família um retrato / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 76 p. : il. – (Série I. História da Saúde no Brasil). http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/album_foto.pdf

