



Rio de Janeiro, 22 de agosto de 2005

De: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade  
Para: Departamento de Atenção Básica  
MD Dr. Luis Fernando Rolim

**Assunto:** Propostas da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade com vista ao estabelecimento de parcerias com o Ministério da Saúde em prol do Programa de Saúde da Família e da Atenção Primária à Saúde

## **I – Uma Avaliação da Situação Atual da Atenção Primária no Brasil após a Implementação do Programa Saúde da Família - PSF**

A Atenção Primária à Saúde (APS), expressou-se durante vários anos através de experiências pontuais em todo mundo. Aquelas bem sucedidas, mostraram excepcionais resultados na atenção à saúde da população. Entretanto, somente a partir de 1978, com a conferência de Alma – Ata, vários governos buscam sistematizar a prática da APS, buscando atender os princípios de integralidade e longitudinalidade da atenção abrangendo toda população que vive nos países sob sua responsabilidade.

No Brasil não foi diferente, mas apenas a partir de 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família – PSF, a APS inicia um processo mais estrutural e sistematizado de sua incorporação ao sistema de saúde.

Desde que foi instituído, em 1994, o PSF, experimentou um crescimento sem precedentes na história da medicina mundial. Conseguiu atingir um padrão de qualidade superior ao sistema básico pré-existente por meio do estabelecimento de algumas condições e critérios mínimos de estrutura e processos de trabalho. Alcançou muitas vitórias no que concerne à extensão de uma cesta de cuidados primários de saúde a uma grande parcela da população pobre deste país. E isto faz, sim, grande diferença. Poderíamos dizer que o PSF representa uma revolução em termos de movimentos e ações

no campo da atenção primária à saúde, despertando o interesse de países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Entretanto, a velocidade de implantação do Programa acarretou a incorporação de pessoal com formação ou perfil nem sempre adequados para compor as equipes e isto tem indicado um prejuízo em termos de qualidade, que compromete a legitimidade do Programa e a sua conseqüente extensão para as áreas já ocupadas por modelos tradicionais de prestação de serviços básicos.

Também por essa razão tornou-se mais fácil implantar o Programa nas áreas de grande carência, condição que, muitas vezes, confere ao PSF características de um programa de assistência simplificada ao invés de se consolidar como estratégia de reorientação do modelo assistencial como apregoado.

A forma de implantação descentralizada, e com escassez de normas no campo das políticas de recursos humanos promoveu, em muitas situações tipos de incorporação de pessoal em desrespeito à legislação trabalhista, e a uma não valorização e desconsideração quanto à formação específica na área. É fato corrente a abertura de concursos ou a contratação de médicos, por exemplo, sem nenhuma consideração de valor ou reconhecimento às titulações concedidas na área de medicina de família e comunidade., como a Residência em MFC, ou em Saúde da Família, ou outras formas de especialização, como as promovidas pelos Pólos de Educação em Saúde da Família.

Verifica-se, assim, uma rotatividade dos profissionais médicos que, em grande parte, acorrem ao programa, menos por causa do interesse vocacional e capacitação profissional, mas atraídos pela oportunidade de emprego imediato com remuneração acima da média. Muitas vezes este profissional é surpreendido nos seus propósitos e acaba por aderir ao Programa, procurando capacitação e desenvolvimento pessoal. Mas, estas são iniciativas mais de caráter individual do que um marco institucional estabelecido como requisito e condição para o desenvolvimento profissional;

A inexistência e/ou precariedade de sistemas de referência da grande parte dos sistemas municipais, bem como dos serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento, em muitas regiões, constituem um problema a mais para as equipes de saúde da família, que não raro são deixadas à própria sorte;

Por outro lado, muitas equipes têm sido sobrecarregadas com a responsabilidade de prestar cuidados a um número exagerado de famílias e , conseqüentemente de pacientes, comprometendo a qualidade e a diversidade das ações que deveriam desenvolver.

A implantação progressiva das ESF em grandes centros urbanos também tem suscitado questões que merecem reflexão, especialmente no que diz respeito à existência de Postos e Centros de Saúde tradicionais que, supostamente estariam dando cobertura regionalizada à população, embora, com práticas e paradigmas sanitários bastante distanciados daqueles que se postulam em relação à ESF;

Consideradas no seu conjunto, (a) a acelerada implementação; (b) a incorporação de pessoal não qualificado; (c) a não valorização da formação específica; (d) a precarização do vínculo empregatício; (e) a relação inadequada de equipe/população adscrita; (f) a inadequação de infra-estrutura físico-funcional; (g) a carência de recursos de apoio ao diagnóstico e tratamento; (h) a inoperância ou o descuido em relação aos sistemas de referência e contra-referência e (i) a visão do PSF como modelo substitutivo (e não como eixo balizador e estrutural do sistema que deve ser complementado de forma conseqüente e suficiente por recursos nos diversos níveis do sistema), trazem para a imagem e a operação do Programa uma espécie de "contaminação" simbólica, que atinge à formação de recursos humanos e o *status* do trabalho em atenção primária.

Cabe destacar que há serviços e instituições que, propositivamente, modificam esta visão buscando mostrar, enfim, que a *APS não é prática simplificada de saúde; que existem profissionais especializados em APS e estes detêm um saber específico e pautado em novos paradigmas; que a APS é a base*

*estratégica para a conformação de sistemas de saúde resolutivos e de qualidade*, entre outras tantas e, ainda, necessárias, (re) afirmações.

Apesar das iniciativas e apoios pontuais há ainda pouca valorização tanto da larga experiência internacional acumulada nesta área quanto da própria experiência nacional desenvolvida, sobretudo em torno da constituição de serviços de Atenção Primária baseado na Saúde da Família e na Saúde Comunitária, há longo tempo implementados no Brasil (como é o caso de Porto Alegre), como também em relação à formação e capacitação de pessoal médico especificamente voltado para a APS, através dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (ex- Medicina Geral Comunitária).

## **II – Ações afirmativas e de sucesso**

Apesar das dificuldades estruturais e conjunturais para a composição adequada das equipes do PSF, cabe ressaltar a atuação estratégica dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família que instituíram Programas de Treinamento, de caráter introdutório e outros, que têm contribuído para a efetivação de importantes conquistas no campo da APS. Em particular, no que diz respeito à superação do atendimento passivo de demandas locais como é próprio do modelo de pronto atendimento médico (muito comum às práticas ambulatoriais), especialmente a partir do cadastramento da população adscrita com base no princípio da territorialização. Por outro lado, o contato direto e as informações coletadas através desse instrumento têm permitido avaliar o perfil epidemiológico e o sócio-demográfico da comunidade adscrita, sem o que o planejamento em saúde não passa de peça de retórica.

Com a progressão da implementação do Programa, muitos estados e municípios, ainda que de maneira não uniforme, passaram a se envolver com mecanismos da (necessária) educação permanente das equipes básicas, havendo atualmente, situações que poderiam ser consideradas exemplares neste aspecto como são o caso de Niterói e Curitiba.

O desenvolvimento e aprimoramento dos mecanismos de financiamento e descentralização também permitiram que muitos municípios avançassem na organização da rede de referência e contra-referência, e constituíssem equipes de supervisão de caráter multiprofissional/multidisciplinar, que a um só tempo, permitem um aumento da resolutividade do sistema e um processo de educação permanente das equipes (mais uma vez, Niterói e Curitiba podem ser citados como exemplos). Esta supervisão, em alguns casos, como Niterói, também tem consolidado um espaço de intermediação e diálogo entre os diferentes níveis de atenção permitindo uma maior interação entre gestores e profissionais do sistema e, conseqüentemente, a melhoria do atendimento aos usuários.

Destacam-se, também, casos em que a capacidade resolutiva das equipes básicas foi incrementada através da disponibilização adequada de recursos diagnósticos e terapêuticos no nível da Unidade Básica aumentando a adesão e o vínculo do usuário com as equipes, evitando a referência, desnecessária e cara, do paciente a outros especialistas, que, entre outros problemas, acaba por contribuir para a quebra da continuidade da atenção prestada.

Além disso, há iniciativas de grande relevância no seio das escolas médicas, nas quais vêm sendo trazendo, com excelentes resultados, novas perspectivas de formação para o aluno, constituídas graças à abertura e progressão do PSF. Ou seja, está se concretizando uma oportunidade concreta do aluno conhecer uma nova especialidade e uma área de atuação médica, antes, desconhecida ou somente avaliada como uma área de menor valor.

Idem poderia se dizer acerca da produção científica na área da APS e do PSF, que vem se destacando em Congressos Nacionais e Internacionais.

Hoje, pode-se afirmar que são inegáveis os avanços alcançados e que as dificuldades existentes podem e devem ser superadas, mas de nenhuma maneira, podemos retroceder no processo.

### **III - Breve Histórico da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC**

A SBMFC foi fundada em dezembro de 1981, com Estatuto registrado no Cartório do 5o Ofício de Petrópolis – Rio de Janeiro sob o antigo nome de MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA. Foi acreditada como a representante oficial desta especialidade médica junto ao Conselho Federal de Medicina (Diário Oficial de 23 de outubro de 1986) e, mais recentemente, em novembro de 2003, junto à Associação Médica Brasileira - AMB.

A SBMFC é filiada às principais sociedades e organizações da especialidade em nível mundial, a saber: (a) Confederação Ibero-Americana de Medicina Familiar (CIMF); (b) Organização Mundial dos Médicos Gerais, de Família e Comunidade (WONCA); (c) Associação Saúde em Português (sede em Portugal) ; (d) "Action in International Medicine", (sede na Inglaterra).

Atualmente contamos com mais de 1.000 sócios e 15 sociedades estaduais estabelecidas ou em processo de oficialização.

Dentre seus principais objetivos enquanto Sociedade Científica está o de contribuir para a consolidação da APS no Brasil e da melhoria da qualidade de atenção à saúde da população brasileira.

A SBMFC tem procurado, também, evidenciar a importância estratégica de uma especialidade médica (Medicina de Família e Comunidade) que é especialmente e especificamente voltada à Atenção Primária à Saúde que, no caso brasileiro envolve o PSF.

Cabe ressaltar, que desde sempre (pois foi, justamente, a necessidade de capacitar e qualificar a APS em novas bases, que promoveu a consolidação da especialidade no nível mundial, mesmo antes de Alma-Ata), os princípios, e as competências e habilidades da especialidade são baseados e voltados para integralidade do olhar em saúde, na atuação centrada na pessoa, na família e

na comunidade e no desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível individual e coletivo. Esta importância e especificidade são reconhecidas em nível internacional, e tidas como estratégicas na conformação de Sistemas de Saúde resolutivos e qualificados, como pode ser depreendido dos documentos oficiais da WONCA (<http://www.globalfamilydoctor/publications/original/chapter1.pdf>) e, também, através da experiência de países que implementaram com sucesso a APS, como Canadá, Cuba, Espanha e Inglaterra, para citar apenas alguns.

Desde a sua reativação plena, a partir do ano de 2000, a SBMFC tem se envolvido e implementado ações nos diversos campos de atuação. Ihe dizem respeito, promovendo Seminários, Congressos (o último realizado em Minas Gerais, em abril de 2005, contou com a importante participação e apoio do Ministério da Saúde, inclusive contou com a presença do então Ministro da Saúde, Dr. Humberto Costa), participando de fóruns nacionais e internacionais, estudos e debates e, mais recentemente, promovendo o Primeiro Concurso para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Reativamos também nossa Revista Científica e avançamos em formulações como contribuição ao Plano de Cargos e Salário do SUS, além de iniciarmos o trabalho de elaboração de Diretrizes Clínicas e de Organização do Sistema de Saúde.

#### **IV - Interesse da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC**

A intenção da SBMFC é poder estar contribuindo – dentro das suas possibilidades e com respeito aos esforços que vêm sendo desenvolvidos – para o aperfeiçoamento da APS no Brasil;

Preocupa-nos, sobretudo, os rumos do PSF no sentido de reconhecer que - se avançamos muito após 10 anos - ainda estamos em um momento crítico, onde ainda há muitos desafios e dificuldades a transpor e no qual qualquer desvio

de rota ou a implementação de estratégias não devidamente inseridas num projeto de consolidação, ainda incipiente, da APS, possa levar a retrocessos e à descaracterização do trabalho desenvolvido até o momento;

Ressalte-se que, no Brasil, talvez pela primeira vez em sua história, estamos diante de uma estratégia de estruturação da APS, que ultrapassou a barreira de três mandatos federais, e isto por si só, nos permite ter esperança que, apesar de tudo, ainda é e será possível alcançar a APS que queremos, transformando a triste realidade que, ainda, não cansa de nos fazer recordar que é necessário caminhar, sem titubear, no sentido do incremento da qualidade, seja dos processos gerenciais, seja dos recursos humanos nesta área.

Inspirada e movida por esses interesses maiores é que a SBMFC submete à elevada consideração da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde algumas reflexões e proposições que vêm desenvolvendo a partir do acúmulo de experiências e debates mais recentes.

Tais reflexões e proposições advêm da experiência e vivência do seu corpo diretor e de parceiros de outras instituições envolvidos com os mesmos objetivos. Mas também e especialmente, são alimentadas pelos relatos das experiências e vivências dos profissionais que estão na ponta, lá na frente de batalha, e que têm, através de nossa lista de discussão na Internet, (que reúne mais de 600 profissionais de todas as áreas da saúde), colocado, de maneira viva, questões de grande relevância para nós e, acreditamos, para os gestores da saúde de um modo geral.

## **V - A Atenção Primária à Saúde que Queremos**

Estamos convencidos que continuar perseguindo a consolidação da APS com qualidade no Brasil, em que pese os desafios que isto representa, deva constituir uma das linhas estratégicas de ação e um dos objetivos mais relevantes para os atuais gestores do SUS.



Estamos convictos que, em termos de profissional médico, o especialista em Medicina de Família e Comunidade é estratégico para atender aos propósitos e necessidades da Atenção Primária e da Medicina Ambulatorial, de uma maneira geral.

Acreditamos que a consolidação da APS deva ser baseada e centrada nos princípios mais universais da APS, que são: Primeiro Contato, Integralidade, Longitudinalidade, Coordenação, Focalização na Família e Orientação Comunitária, o que nos faz re-afirmar a necessidade de que tal sistema conte com profissionais capacitados e especializados em APS, como é o caso do Médico de Família e Comunidade;

Neste sentido, apresentamos algumas reflexões e proposições em relação a constituintes que avaliamos elementares na consolidação desse processo.

Entendemos que a APS deva constituir, ela própria, um sistema, composto por cinco elementos fundamentais:

- A. Equipes Básicas;
- B. Equipes de Apoio Matricial;
- C. Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento;
- D. Sistema de Referência e Contra-Referência;
- E. Sistema de Educação Permanente

#### **A. As Equipes Básicas**

Competências, responsabilidades, composição e cobertura assistencial:

- ter atuação resolutiva para 85% dos problemas de saúde apresentados pela comunidade adscrita;
- desenvolver práticas qualificadas e especializadas de saúde no âmbito da promoção, proteção, assistência e reabilitação da saúde, no nível individual e coletivo, com focalização na família e orientação comunitária, estabelecendo o primeiro contato, o vínculo e a continuidade da atenção à saúde.

- Estariam englobadas nestas atividades: consulta individual, consulta familiar, visita domiciliar, consulta domiciliar (e sempre que possível, internação domiciliar), atividades de educação em saúde com grupos de pessoas/pacientes; reuniões e atividades comunitárias), pautadas no paradigma da integralidade do cuidado, com tecnologias adequadas ao desenvolvimento destas ações, inclusive elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade, através do estabelecimento do perfil sócio-demográfico e sanitário da população, com base nos instrumentos de cadastro familiar e genograma;
- Estas equipes teriam como composição mínima: um médico, especialista em Medicina de Família e Comunidade (capacitado para executar as ações acima referidas); uma enfermeira capacitada na área da APS/Saúde da Família e auxiliar(es) de enfermagem. No caso de regiões de baixa renda e de baixo nível sócio-cultural (de acordo com indicadores específicos e pré-selecionados), também fariam parte da equipe mínima: 4 agentes comunitários, um odontólogo e uma assistente social.
- Cada equipe básica teria sob sua responsabilidade entre 600 famílias (no caso de piores condições socioeconômicas da população adscrita) a 800/1000 famílias.

## **B. Equipes de Apoio Matricial**

- - Equipes fixas (e/ou móveis), formadas por um Pediatra, um Gineco-Obstetra, um Psiquiatra/Psicólogo, um Especialista em Medicina Interna, um Sanitarista, Educador(es) Físico(s), Assistente(s) Social(is), Odontólogo(s) (nos casos destes dois últimos não estarem incorporados à equipe básica), e outros profissionais, conforme o perfil de morbimortalidade da população adscrita, como por exemplo, Fisioterapeutas em locais com elevado percentual de idosos;
- As principais atribuições destas equipes seriam estar referidas e acompanhar o trabalho das equipes básicas, incrementando sua resolutividade, servindo como primeira referência e contra-referência para os 15% dos problemas não resolvidos pelas equipes básicas e, também, para incrementar o trabalho de educação em saúde (como seria o caso dos educadores físicos); realizar interconsultas (presenciais ou à distância); colaborar no processo de educação permanente. Poderiam, também, ter a

responsabilidade de consolidar e estudar os dados da atenção prestada pelas equipes sob sua referência; promover e organizar reuniões setoriais com as equipes básicas e com os sistemas de referência setorial e intersetorial, com o objetivo de estimular a compreensão da atenção ofertada, visando otimizar sua qualidade e resolução;

- Os profissionais que constituíssem as equipes de apoio matricial deveriam ser capacitados e sensibilizados para a prática da APS;
- Cada Equipe de Apoio Matricial seria responsável pelo acompanhamento de um determinado número de Equipes Básicas, possivelmente em torno de 4 a 5 (que corresponderiam a cerca de 10.000 a 15.000 usuários).

### **C. Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento**

- Constituiriam unidades referenciadas e disponíveis à realização de exames complementares solicitados pelas equipes básicas e equipes de apoio matricial e não passíveis de serem realizados nas dependências das mesmas. As marcações dos exames poderiam ser feitas diretamente nas Unidades de Saúde da Família e/ou das equipes matriciais, sem necessidade de mobilização do usuário, e os resultados seriam referenciados às Equipes solicitantes.

### **D. Sistema de Referência e Contra-Referência**

- Constituiriam unidades referenciadas e disponíveis à realização de consultas especializadas e procedimentos de tecnologia dura, solicitados pelas equipes básicas e equipes matriciais, e não passíveis de serem realizados nas dependências das Equipes. As marcações das consultas/procedimentos poderiam ser realizadas diretamente nas Unidades de Saúde da Família e/ou das equipes matriciais, sem necessidade de mobilização do usuário, e as contra-referências seriam referenciadas às Equipes solicitantes;
- Fariam parte dessas unidades referenciadas especialmente, as especialidades de maior demanda, de acordo com o perfil da população atendida mas, especialmente: Oftalmologistas, Urologistas, Gastroenterologistas, Cirurgiões Gerais, Reumatologistas,

Cardiologistas/Cirurgiões Cardiovasculares, Neurologistas; Terapeutas Ocupacionais, Fonoaudiólogos.

- Constituiriam, também, Unidades de Referência as Unidades de Internação, inclusive as maternidades, os Serviços de Emergências, e Serviços Intersetoriais, como Meio Ambiente, Engenharia Sanitária, Educação.

#### **E. Sistema de Educação Permanente**

Consoante à atual política do MS, entendemos que, em relação à APS, tal sistema é de extrema relevância e capaz de garantir a curto, médio e longo prazos, a qualidade da atenção prestada. Em relação a este tópico específico, assinalamos abaixo, a intenção de uma parceria imediata com o MS.

**OBS:** Avaliamos pertinente que seja elaborado um plano de financiamento diferenciado aos municípios, de acordo com a implementação dos diferentes elementos elencados acima. As Secretarias Estaduais de Saúde poderiam acompanhar e co-supervisionar a implementação destes itens. A SBMFC poderia, também, auxiliar neste processo.

#### **VI. Pensando a operacionalização e as parcerias da SBMFC com o Ministério da Saúde**

Entendemos que, neste processo, são exigidas ações, de caráter diferenciado e simultâneo, dirigidas a diferentes atores e que englobam linhas diversificadas de atuação.

No que tange mais especificamente à SBMFC, entendemos que:

- Uma questão estratégica e urgente é recuperar um **Sistema Específico e Contínuo de Capacitação e Educação Permanente para as Equipes Básicas**, que não dependa de fatores conjunturais, nem tenha que competir, por financiamento ou estruturação, com outros projetos na área da saúde.

- Nesse sentido, propomos ao Ministério da Saúde uma parceria para a realização de uma **Oficina de Capacitação de Preceptores**, conforme documento anexo.

#### **Outras parcerias e propostas de apoio:**

- Apoiar a realização de Concursos para obtenção de Títulos de Especialista.
- Já realizamos duas provas: 1) em abril de 2004, junto com o VI Congresso Brasileiro; 2) em maio de 2006, por ocasião do VII Congresso Brasileiro.
- Iremos realizar a terceira prova em novembro de 2005, com provas descentralizadas a quarta, por ocasião do VIII congresso;
- Apoiar a produção da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade;
- Apoiar a realização de Congressos e outros eventos de caráter científico;
- Apoiar a ida de membros da Diretoria ou outros indicados pela SBMFC a reuniões e/ou atividades científicas que visem promover as questões relacionadas neste documento;
- Oportunizar a participação da SBMFC em encontros / reuniões que tratem do PCCS na Atenção Básica;
- Oportunizar a participação da SBMFC nos encaminhamentos relacionados às Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, que devem ser considerados espaços privilegiados de formação de especialistas, mas que carecem ainda de padronização no que diz respeito à formação médica;
- Apoiar a estruturação e consolidação das Diretrizes Clínicas em APS;
- Apoiar a certificação e credenciamento de cursos de especialização, de Residência e de Mestrado/Doutorado no Brasil e no exterior, visando sua qualificação.
- Formalizar a parceria para elaboração do Banco de Empregos para o PSF que ficaria sediado no site da SBMFC ([www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br))
- Por último, mas não menos importante, entendemos ser estratégico que o MS, apóie e recomende às Faculdades de Medicina, a abertura de concursos para Médicos de Família e Comunidade, de modo a propiciar que as mudanças curriculares, de acordo com as novas diretrizes, se desenvolvam com maior eficácia. Esta recomendação, bem como outras

que dizem respeito ao incentivo – inclusive financeiro – para a abertura de Departamentos de Medicina de Família e Comunidade, foram adotadas em muitos países, como forma de incrementar o processo de implantação e qualificação da APS. Inclusive, nos Estados Unidos, desde a década de 70, não é permitida a abertura ou a existência de faculdades de medicina sem este departamento.

Finalizando, entendemos que todos nós, interessados em consolidar com qualidade a APS no Brasil, temos ainda um longo e difícil, mas esperançoso, caminho pela frente. Com base nesta esperança e na solidariedade que fortalece a ação, propomos dar continuidade a esta agenda de discussão e pactuação de possíveis parcerias, através reuniões periódicas com este Departamento.



Maria Inez Padula Anderson\*

Presidente da SBMFC

Colaboraram para a elaboração deste documento: Ricardo Donato Rodrigues; Carlos Eduardo Aguilera; Eno Dias de Castro Filho; Gustavo Gusso; Hamilton Lima Wagner; Marcello Dalla; Pedro Lima.

\* Médica, Especialista em Medicina de Família e Comunidade, Doutora em Saúde Coletiva, Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ;