

Universidade de Uberaba – Campus Aeroporto

O Médico de Família e Comunidade

Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Médico formado pela UFMG

Pediatra (HBH/MEC)

Especialização Saúde da Família (CESF/Veredas) – UFMG

Presidente da Associação Mineira de MFC

Disponível online em www.geocities.com/lsavassi



Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade



UNIUBE
EDUCAÇÃO E RESPONSABILIDADE SOCIAL

SIMPÓSIO – A MEDICINA DE FAMÍLIA NO SÉCULO XXI
17 E 18 DE NOVEMBRO DE 2006

A falta de limite claro para os gastos em saúde no contexto da Medicina Científica pode torná-la inviável se a esses gastos não corresponderem melhorias na saúde de uma determinada população.

(Aguiar, 2006)



Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade

Definição de alguns termos

APS: Atenção Primária a Saúde: *“Atenção de primeiro contato. Continua, global e coordenada que se proporciona à população sem distinção de gênero, ou enfermidade, ou sistema orgânico” (B. Starfield). “Cuidados que propiciam a manutenção básica de saúde, serviços terapêuticos e a coordenação das necessidades e serviços comunitários” (DeCS)*

Atenção Básica: *“A Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.” (MS)*
“interpretação oficial (brasileira) da APS, baseada no Programa Saúde da Família” (Aguiar)



Definição de alguns termos

***PSF:** “Programa” Saúde da Família: Estratégia que visa a reestruturação da APS do SUS. Equipes com no mínimo médico/ enfermeiro/ auxiliar de enfermagem/ 4 ACS que devem atender de forma integral a no máximo 800 famílias ou 4.000 pessoas. (MS). “ com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população. Prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (DeCS)*



Definição de alguns termos

Médico de Família e Comunidade: *“Especialista Clínico da Integralidade” (SBMFC). “Especialidade médica reconhecida pelo CNRM desde 2001 (desde 1981 como MGC). Deve atender a toda a população sem distinção de idade, gênero ou sistema orgânico e ocupa a maior parte do tempo em atividades extra-hospitalares” (CNRM)*

Clínico Geral: *Especialidade médica reconhecida pelo CNRM que trata de adultos e ocupa a maior parte do tempo em atividades intrahospitalares. É também conhecida como medicina interna” (CNRM) “Especialidade médica voltada para o diagnóstico e tratamento das doenças dos sistemas de órgãos internos dos adultos” (sinônimo de clínica geral e medicina interna) (DeCS)*

Médico Generalista: *“O profissional de saúde médico que não se especializa em nenhuma área particular da medicina, não é sujeito à certificação de especialista e geralmente provê cuidados primários” (Gusso)*



Médico de Família e Comunidade X APS X MFC

APS = atenção primária à saúde “LUGAR”

MFC = Medicina de Família e Comunidade - Especialidade

PSF = Programa Saúde da Família - Estratégia de Governo





UNIUBE
EDUCAÇÃO E RESPONSABILIDADE SOCIAL

SIMPÓSIO – A MEDICINA DE FAMÍLIA NO SÉCULO XXI
17 E 18 DE NOVEMBRO DE 2006

Evolução e consolidação da APS



Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade

Evolução Histórica da APS

1910 “Relatório Flexner”,

Importante porque reforça a luta pelo ideário científico da medicina, e define a medicina como ciência embasada.

definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos; introdução do ensino laboratorial; estímulo à docência em tempo integral; expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; vinculação das escolas médicas às universidades; ênfase na pesquisa biológica; vinculação da pesquisa ao ensino; estímulo à especialização médica; controle do exercício profissional pela profissão organizada.

O paradigma flexneriano proporcionou o avanço científico e tecnológico da medicina com avanços terapêuticos, propedêuticos, somando pesquisa a prática. Importante valorizar o ambiente sociocultural e de trabalho no qual e para o qual as diretrizes flexnerianas foram elaboradas



Evolução Histórica da APS

1977 Alma-Ata: vinda de movimentos de valorização da APS em vários países, dentre eles:

***Alemanha** “A medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala.” (Rudolf Virchow).*

Conceito de Medicina Social. Investigando uma epidemia de Febre Tifóide em uma área rural em 1847, não recomendou soluções estritamente médicas, mas fortemente o investimento na qualidade de vida através de uma “radical” reforma econômica, política e social



Evolução Histórica da APS

Rússia 1864: Assembléias “Zemstvo” responsáveis pelo estabelecimento de uma rede de centros de saúde em áreas rurais, Elas também instituíram cargos e organizações sanitárias nas províncias: Em 1872, o Zemstvo de Perm criou, pela primeira vez na Rússia, o posto de médico sanitário – responsável pelo desenvolvimento de estudos epidemiológicos para evitar surtos epidêmicos – e, treze anos mais tarde, o Zemstvo de Moscou criaria o primeiro Instituto de Médicos Sanitários. A experiência sanitária obtida a partir do projeto Zemstvo foi mais tarde aperfeiçoada, sendo levada a cabo pelos bolcheviques após a revolução de 1917



Evolução Histórica da APS

Inglaterra 1920 regionalização dos serviços de saúde com “Primary health centers” para prover serviços de medicina curativa e preventiva através de médicos generalistas (Dowson).

Hierarquização dos serviços, PHCs como porta de entrada para o restante do sistema = centros de saúde secundários, unidades de serviços suplementares e hospital universitário (teaching hospital)

É importante ressaltar a relação simbiótica entre uma emergente camada de médicos “general practitioners” e o NHS, que fortaleceram a APS neste país.



Evolução Histórica da APS

China 1965 – Comitês Comuns Chineses, que realizavam dentre outras, promoção de campanhas de saúde, saúde ambiental, a realização de cuidados preventivos e tratamento. Os “Médicos de pés descalços”, treinados a participar das atividades agrícolas, por proventos, e estreitar cada vez mais seus laços com a comunidade na qual viviam e trabalhavam, sendo por elas bem recebidos. OMS queria divulgar essa experiência, não obteve autorização do governo chinês que não a considerou suficientemente madura para ser divulgada. Isto não impediu porém a influência das idéias chinesas no delineamento da proposta de Atenção Primária à Saúde, apresentada na conferência de Alma-Ata.



Evolução Histórica da APS

EEUU Em 1961, NEJM, “The Ecology of Medical Care” estudou a procura dos serviços de saúde por usuários americanos (White et al., 1961).

O trabalho alertou para o pouco conhecimento do processo de tomada de decisão pelo paciente – que decide por si próprio procurar um serviço de saúde, tratar seu problema por vias alternativas ou ignorá-lo. Também chamou a atenção para a real distribuição ecológica do uso dos serviços e das necessidades de saúde, argumentando que ela não era levada em conta na organização dos serviços de saúde ou no treinamento de profissionais



Evolução Histórica da APS

“The Ecology of Medical Care”

cada mil pessoas com mais de dezesseis anos em uma determinada comunidade:

75% declaravam ter sofrido alguma espécie de mal-estar, doença ou lesão no espaço de um mês.

25% procuravam um médico

Nove pessoas eram hospitalizadas

cinco referidas a outro médico ou serviço

0,1% encaminhada a um centro médico universitário

(White et al., 1961).



Evolução Histórica da APS

Canadá 1974 - Relatório Lalonde (1974): conceito de Campo de Saúde (Health Field): ampliar a visão corrente de saúde reduzida à existência de bons serviços de atendimento médico. Visão de saúde como conseqüência de características presentes em quatro categorias: estilo de vida, condições biológicas, ambiente e serviços de saúde. Reconhece fatores sociais, ambientais e estilos de vida como determinantes da saúde, lançando assim as bases do conceito de promoção de saúde como “uma estratégia eficaz para melhorar a saúde e a qualidade de vida”



Evolução Histórica da APS

Alma Ata (Cazaquistão) “Saúde para todos até o ano 2000”.

“Atenção Primária à Saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, em um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A Atenção Primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária” (OMS, 1978).”



Evolução Histórica da APS:

Alma Ata: “personalização” da APS em cada país”

Apesar do caráter flexível da proposta, a Declaração destacou pelo menos oito ações elementares, cujas execuções seriam desejáveis:

- 1. educação sobre os principais problemas de saúde e métodos para sua prevenção e controle;*
- 2. promoção da distribuição de alimentos e de uma nutrição apropriada;*
- 3. abastecimento adequado de água potável e saneamento básico;*
- 4. assistência materno-infantil e planejamento familiar;*
- 5. imunização contra as principais doenças infecciosas;*
- 6. prevenção e controle das doenças endêmicas locais;*
- 7. tratamento adequado de doenças e traumatismos comuns;*
- 8. distribuição de medicamentos essenciais.*



Evolução Histórica da APS

Para isto, sugeriram-se quatro tipos de intervenções em saúde:

- Promoção*
- Prevenção*
- Tratamento*
- Reabilitação*

suportadas por um sistema de referência e contra-referência integrado eficiente, de forma a melhorar progressivamente a assistência sanitária completa, e “dar prioridade aos mais necessitados”



Evolução Histórica da APS

As 22 recomendações p/ implantar a APS agrupadas em cinco grupos

Abordagens Estratégicas: Este tema engloba as recomendações sobre relações entre saúde e desenvolvimento (Nº 1), participação da comunidade na APS (Nº 2), coordenação entre saúde e setores correlatos (Nº 4), necessidades especiais de grupos vulneráveis e mais expostos (Nº 8) e uso de tecnologia apropriada para a saúde (Nº 12).

Essa última relaciona-se intimamente com um dos elementos estruturais da “Medicina Comunitária” : o *uso de tecnologia adequada* a fim de se evitar o uso de procedimentos caros e sofisticados quando desnecessário. Segundo a recomendação expressa em Alma-Ata, essas tecnologias deverão estar adaptadas às necessidades locais e devem ser aceitáveis pela sociedade.



Evolução Histórica da APS

APS como base para os sistemas de saúde: Englobam-se recomendações sobre o *papel da administração nacional* (Nº 3), a *integralidade da APS no âmbito local* (Nº 6), o *apoio à APS dentro do sistema nacional de saúde* (Nº 7), o *suporte logístico e facilidades gerais* (Nº 13), a *administração e o gerenciamento da APS* (Nº 15), *os serviços de pesquisa em saúde e estudos operacionais* (Nº 16), *recursos para a APS* (Nº 17), *compromisso nacional* (Nº 18) e *estratégias nacionais* (Nº 19).

Elementos da APS: Nesse item estão as recomendações sobre o *conteúdo da APS* (Nº 5) e a *provisão de medicamentos essenciais* (Nº 14). Essa recomendação reproduz as intervenções mínimas sugeridas na *Declaração de Alma-Ata*, acrescentando a elas mais um item: a *promoção da saúde mental*



Evolução Histórica da APS

Recursos Humanos para a APS : Esse tema abrange as recomendações sobre as *funções e categorias de pessoal de saúde e profissões afins à APS* (Nº 9), a *capacitação de profissionais de saúde e de profissionais afins à APS* (Nº 10), *incentivos para prestação de serviços em zonas remotas e desassistidas* (Nº 11) e *cooperação técnica na APS* (Nº 20).

Suporte Internacional à APS: Este tema contém as recomendações sobre *suporte internacional* (Nº 21) e o *papel da OMS e da UNICEF no suporte à APS* (Nº 22).



Evolução Histórica da APS

Há algumas maneiras de se encarar e classificar a APS:

Nível de atenção: tal concepção limita o seu significado a uma noção técnico-administrativa, ou a uma idéia de como deve ser o contato de um indivíduo com o sistema de saúde e seu trânsito pelo mesmo

Programa: com objetivos restritos à satisfação de necessidades elementares e previamente determinadas de grupos humanos em condições de extrema pobreza. Usar-se-iam, segundo essa visão, recursos diferenciados, de complexidade e custo mínimo. As implicações desse conceito são de suma importância, uma vez que ele se mostra inconsistente e em oposição ao preceito de equidade



Evolução Histórica da APS

Estratégia: compreende e afeta *todo* um sistema de saúde e *toda* a população à qual esse sistema deve servir, propondo resolver, ou minimizar, os problemas econômicos e gerenciais que permeiam usualmente os serviços de saúde, e lidando com formas apropriadas de gerenciamento dos recursos de saúde disponíveis de modo a estimular ou causar impacto, equidade, eficiência e participação sociais, articulação intersetorial e cooperação com outras comunidades ou países que também compartilhem da mesma visão sobre APS.



Definição de APS

“APS é primeiro contato, com cuidado contínuo, ampliado e coordenado provido a populações não diferenciadas por sexo, doença ou sistema orgânico” (Barbara Starfield)

Primeiro nível do sistema: complexo mas com baixa densidade tecnológica (\neq baixa complexidade)

Problemas **frequentes** (não simples)

“focar a saúde em uma constelação de outros determinantes de saúde, como o meio social e físico além da enfermidade individual “ (BS)



Definição de APS

A APS lida com problemas mais comuns e menos definidos, onde os pacientes devem ter acesso direto a uma fonte de atenção continuada ao longo do tempo. É menos intensiva em termos de capital e equipamentos e menos hierárquica, sendo portanto mais maleável e capaz de responder as necessidades sociais de saúde.

A APS pode ser distinguida de outros tipos de atenção pelas características clínicas de seus pacientes e de seus problemas. Espera-se que os médicos de APS vejam uma maior variedade de diagnósticos mais comuns, maior variedade de consultas relacionadas a prevenção. examine mais pacientes “antigos com problemas novos”.





UNIUBE
EDUCAÇÃO E RESPONSABILIDADE SOCIAL

SIMPÓSIO – A MEDICINA DE FAMÍLIA NO SÉCULO XXI
17 E 18 DE NOVEMBRO DE 2006

Princípios da APS:

Acesso

Coordenação

Longitudinalidade

Integralidade



Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade



UNIUBE
EDUCAÇÃO E RESPONSABILIDADE SOCIAL

SIMPÓSIO – A MEDICINA DE FAMÍLIA NO SÉCULO XXI
17 E 18 DE NOVEMBRO DE 2006

Princípios do SUS:

Descentralização

Equidade

Universalidade

Participação Popular

Atendimento Integral



Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade

Princípios da APS:

1) Atenção ao primeiro contato / Acessibilidade :

A idéia de uma “porta” traduz o fato da pessoa não conhecer suficientemente os detalhes técnicos da atenção médica para avaliar de maneira informada a fonte e a época apropriadas para atenção a seus problemas. A falta da porta de entrada acessível leva a não obtenção ou adiamento da atenção adequada, ou a gastos adicionais.

Desafios: a influência do social na manifestação das doenças, variedade de formas de apresentação, a inserção do cuidado em momentos precoces do surgimento dos quadros mórbidos, etc.

São esses mesmos desafios que permitem que a APS seja considerada como porta de entrada do sistema de saúde, superando em benefícios os outros níveis de atenção.



Princípios da APS:

1) Atenção ao primeiro contato / Acessibilidade :

É através do reconhecimento da multicausalidade e dos determinantes sócio-culturais do processo saúde-doença que o nível primário de atenção consegue adequar o cuidado às características das pessoas e comunidades. A *acessibilidade* é o elemento estrutural mais necessário para o uso da atenção ao primeiro contato, já que o indivíduo irá utilizar ou não o serviço de saúde dependendo do seu grau de acessibilidade. Entendendo a acessibilidade como a adequação entre a oferta e demanda de serviços podemos definir alguns fatores: disponibilidade de serviços, acessibilidade geográfica, comodidade ou acesso sócio-organizacional, possibilidade de pagamento ou acessibilidade financeira e aceitabilidade.



Princípios da APS:

2) Longitudinalidade: “capacidade de lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos”
O alcance da APS implica a existência de um local, um indivíduo ou uma equipe de indivíduos que sirva como fonte de atenção por um determinado período de tempo, independente da presença ou não de problemas relacionados à saúde ou do tipo de problema. Atenção longitudinal significa que os indivíduos identificam uma fonte de atenção como ‘sua’; que os prestadores ou grupos de prestadores reconhecem, pelo menos implicitamente, a existência de um contrato formal ou informal para uma fonte habitual de atenção orientada para a pessoa (não para a doença); e que esta relação existe por um período de tempo definido ou indefinido, até que explicitamente seja alterada.



Princípios da APS:

3)Integralidade: o conceito de integralidade exige que a APS reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize (ou tente disponibilizar) os recursos para abordá-la. O recurso identificado como necessário nem sempre é disponível ou capaz de ser prestado por esse nível de atenção, porém é o reconhecimento das necessidades e a relação entre indivíduo/ coletividade/ equipe, para alcançá-lo, que melhor descreve o conceito de integralidade.



Princípios da APS:

4) Coordenação da atenção: “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum”. Tal descrição ilustra bem o papel do profissional de atenção primária em relação aos indivíduos por ele atendidos.

A coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento. Diz respeito também ao exercício da referência e da contra-referência entre os serviços de saúde, com foco na pessoa e “advogando” para a mesma dentro do sistema de saúde.



O profissional da APS:

A atenção primária deve ser prestada pelo clínico mais treinado e habilitado nesta área.

O médico de APS deve ter um instrumental próprio, com interesses e habilidades diferentes dos envolvidos na atenção especializada.

“Convivência pacífica com a incerteza” - O médico de APS deve tolerar a ambigüidade, pois muitos problemas nunca alcançam um diagnóstico que possa ser codificado.

Deve lidar com vários problemas de uma vez, deve ter em mente que embora o paciente necessite acesso ao especialista, problemas mudam e o retorno a APS e coordenação pode ser necessário (e deve ser estimulado).



O profissional da APS:

A doença, além disso, se apresenta em um estágio mais inicial do que ocorre na atenção especializada, e estando o médico treinado em um ambiente especializado, tende a superestimar a probabilidade de doenças sérias justificando que a APS deve ser oferecida por indivíduos treinados para a APS em estabelecimentos de APS.





UNIUBE
EDUCAÇÃO E RESPONSABILIDADE SOCIAL

SIMPÓSIO – A MEDICINA DE FAMÍLIA NO SÉCULO XXI
17 E 18 DE NOVEMBRO DE 2006

Os mecanismos de formação profissional em APS no Brasil



Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade

Formação do profissional Médico em APS:

- *“apenas” o introdutório*
- *“apenas” a graduação*
- *Cursos pontuais, capacitações, simpósios micro ou macroregionais, baseados em áreas temáticas (geralmente os “programas” do MS)*
- *Especialização multiprofissional com conteúdo único para todos os profissionais envolvidos ~ Residência Multiprofissional em Saúde da Família*
- *Especializações multiprofissionais com conteúdo específico*



Formação do profissional Médico em APS:

- *Especializações em Medicina de Família e Comunidade seguindo (ou não) o modelo de treinamento em serviço, 360 ou 720 horas, com ou sem tutoria.*
- *Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (padrão ouro).*
- *Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade com MFC formando MFC. (padrão diamante)*



Formação do profissional Médico em APS:

“Outras tentativas de capacitar o Profissional em exercício”

- *PROMEFA (SBMFC)*
- *Manual de Saúde da Família (MS)*
- *Grupo de Estudos em Saúde da Família (AMMFC)*
- *Reuniões clínicas das Estaduais (MG, RS, SC, SP, etc.)*
- *Listas de discussão virtual.*

Atenção: O conteúdo de outras especializações e/ou residências médicas de outras especialidades não prepara o profissional para a prática integral da MFC e para a organização do cuidado, responsabilização, vinculação necessários para o bom funcionamento da APS.



Quais os problemas e desafios que temos a partir disto:

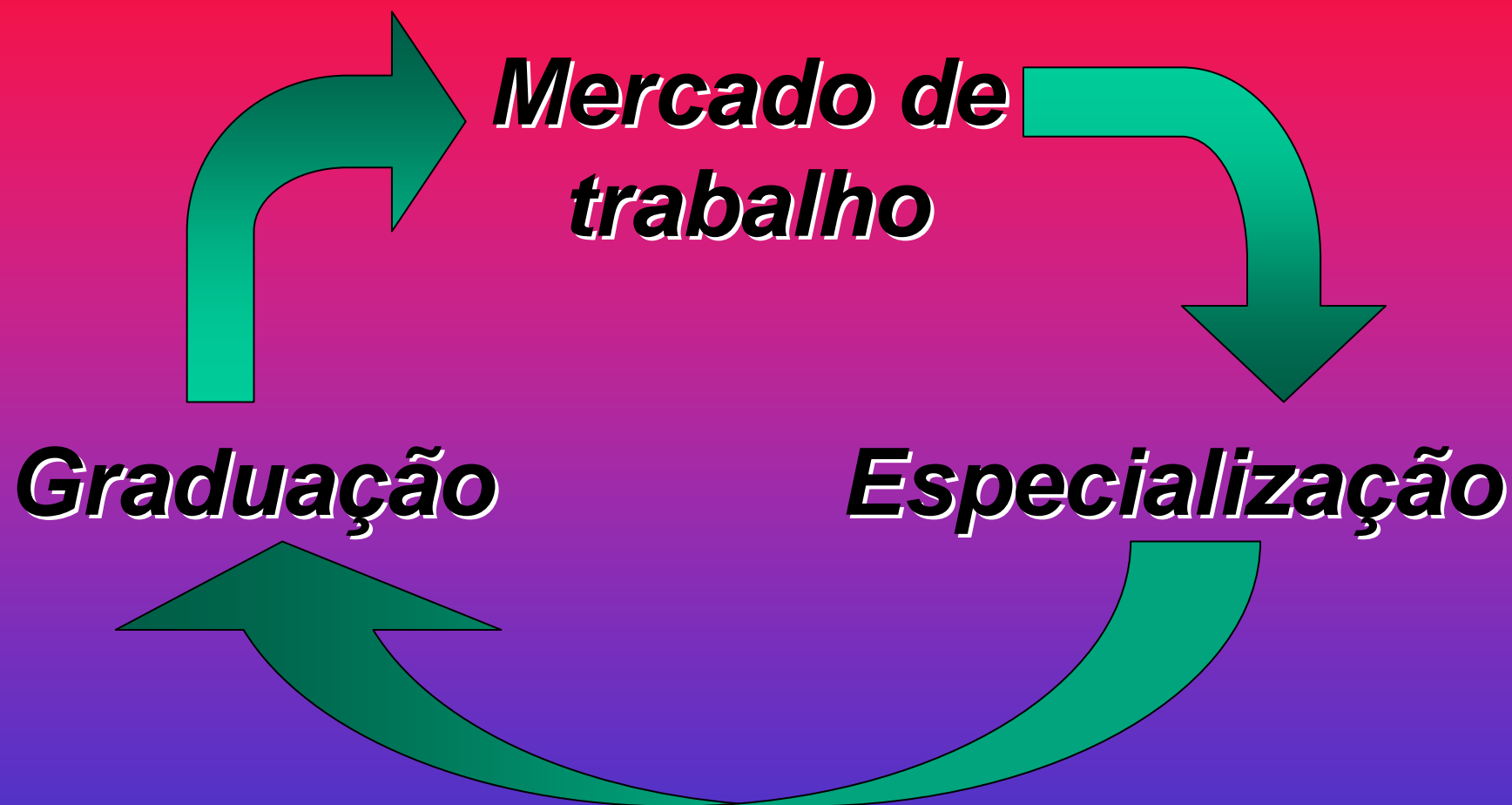
- *Os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade são em número insuficiente para dar conta da demanda das ESF brasileiras.*
- *A academia não forma adequadamente o médico generalista, e não tem, em sua grande maioria, departamentos de MFC/APS.*
- *Maioria das tentativas de formação até hoje foram frustras.*
- *Baixa ocupação das vagas em RMMFC*
- *Alta rotatividade dos profissionais.*
- *Desvalorização do profissional da ponta.*





UNIUBE
EDUCAÇÃO E RESPONSABILIDADE SOCIAL

SIMPÓSIO – A MEDICINA DE FAMÍLIA NO SÉCULO XXI
17 E 18 DE NOVEMBRO DE 2006



WONCA



Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade



UNIUBE
EDUCAÇÃO E RESPONSABILIDADE SOCIAL

SIMPÓSIO – A MEDICINA DE FAMÍLIA NO SÉCULO XXI
17 E 18 DE NOVEMBRO DE 2006

***Qual o profissional que temos hoje
no PSF***



Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade

Qual o profissional Médico que temos hoje no PSF:

Média Nacional (1999) n = 1480

Tempo de formado

até 4 anos -	26.8%
de 5 a 14 anos -	36.6%

Idade

até 29 anos -	19.1 %
30 a 39 anos -	38.6 %
40 a 59 anos -	39.1%
60 anos e mais -	3.2 %

Tempo de atuação no PSF: menos de 1 ano = 42.6%

(Machado, MH. Observatório de RH da FIOCRUZ. 2000)





Qual o profissional Médico que temos hoje no PSF:

Média Nacional (1999)

Área atuação no PSF:

medicina interna	28.4%
medicina geral comunitária	14.4%
Pediatria	13.4%



Qual o profissional Médico que temos hoje no PSF:

Área atuação no PSF:

	NO	NE	SE	SU	CO	Brasil
Medicina interna	16	161	161	69	13	420
Medicina geral comunitária	14	80	76	33	10	213
Pediatria	05	93	76	18	06	198
Gineco-obstetrícia	05	36	35	04	07	087
Cirurgia da mão	04	23	26	02	01	056
Cirurgia geral	05	22	22	02	01	052
Sem especialidade*	07	61	53	11	04	136
Ignorada	14	59	33	06	01	113
Total	83	617	568	158	54	1480

* Incluem 8 médicos “especialistas” em saúde da família





UNIUBE
EDUCAÇÃO E RESPONSABILIDADE SOCIAL

SIMPÓSIO – A MEDICINA DE FAMÍLIA NO SÉCULO XXI
17 E 18 DE NOVEMBRO DE 2006

Qual o profissional Médico que temos hoje no PSF:

Sudeste (1999) n = 568

Local de moradia na pesquisa

Minas Gerais	57.4%
São Paulo	25.4%
capitais	22.4%
Interiores	77.6%



Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade

Qual o profissional Médico que temos hoje no PSF:

Sudeste (1999)

Tempo de formado

até 4 anos -	20.6%
de 5 a 14 anos -	36.3%

Idade

até 29 anos -	14.3 %
30 a 39 anos -	39.4 %
40 a 59 anos -	42.4%
60 anos e mais -	3.9 %

Tempo de atuação no PSF: menos de 1 ano = 35.6%





Qual o profissional Médico que temos hoje no PSF:

Sudeste (1999)

Área atuação no PSF:

medicina interna	28.4%
medicina geral comunitária	13.4%
Pediatria	13.4%



Qual o profissional Médico que temos hoje no PSF:

Minas Gerais (2002-2003) n = 168

Tempo de formado

até 5 anos -	23%
de 5 a 15 anos -	34%
Acima 15 anos -	43%

Área atuação no PSF:

medicina interna	43%
medicina “geral”	18%
Pediatria	12%
Ginecologia/obstetrícia	19%
Outros	08%

(Alves, CRL & cols. *Rev. Med. Minas Gerais* 2005)





UNIUBE
EDUCAÇÃO E RESPONSABILIDADE SOCIAL

SIMPÓSIO – A MEDICINA DE FAMÍLIA NO SÉCULO XXI
17 E 18 DE NOVEMBRO DE 2006

Qual o profissional que queremos formar?



Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade

Qual o profissional Médico que queremos formar:

Conhecimentos do MFC

- a. O processo de adoecimento, particularmente das doenças comuns, crônicas e aquelas com risco de sérias complicações ou consequências para a vida;
- b. As oportunidades, métodos e limites da prevenção, diagnóstico precoce e condutas em atenção primária;
- c. Entendimento de como a forma na qual as relações familiares pode causar problemas de saúde ou alterar a sua apresentação, evolução ou abordagem, assim como a doença influencia a dinâmica familiar.



Qual o profissional Médico que queremos formar:

Conhecimentos do MFC

d. Compreensão das circunstâncias do ambiente de seus pacientes e como isto pode afetar a relação saúde doença

e. Conhecimento e uso apropriado de várias formas de intervenção disponíveis.

f. Compreensão da ética profissional e a sua importância para o paciente

g. Métodos de pesquisa aplicada à área.

h. Legislação e seu impacto sobre os pacientes.



Qual o profissional Médico que queremos formar:

Habilidades do MFC

- a. Firmar diagnósticos que levem em conta os aspectos físico, psicológico e fatores sociais*
- b. Uso da epidemiologia (da APS) no dia a dia*
- c. Uso do fator "tempo" como ferramenta para o diagnóstico, terapia e organização. Espera programada.*
- d. “Identificar” pessoas portadoras ou em situação de risco e tomar a ação apropriada*
- e. Tomar decisões relevantes iniciais a respeito de todo e qualquer problema apresentado*



Qual o profissional Médico que queremos formar:

Habilidades do MFC

f. Capacidade de cooperar com a equipe de saúde e outros subespecialistas: entender a rede de saúde como equipe.

g. Utilizar apropriadamente com toda a destreza e perícia as oportunidades da prática clínica



Qual o profissional Médico que queremos formar:

Atitudes do MFC

- a. capacidade para estabelecer empatia, buscando uma relação com os pacientes efetiva e específica, desenvolvendo alto grau de auto-conhecimento.*
- b. Reconhecimento do paciente como um indivíduo único e que estas características podem contribuir para modificar as maneiras como ele obtém informação e cria explicações (estrutura/ hipóteses) acerca da natureza dos seus problemas e de como eles devem ser manejados.*
- c. Ajudar os pacientes a resolver seus próprios problemas é uma atividade terapêutica fundamental: responsabilização.*



Qual o profissional Médico que queremos formar:

Atitudes do MFC

d. Reconhecimento de que se deve realizar contribuições profissionais para uma comunidade mais ampla.

e. Disposição e capacidade de avaliar criticamente seu próprio Trabalho.

f. Reconhecimento da necessidade de educação continuada permanente e leitura crítica de informação médica, sempre sob o viés da APS.



Qual o profissional Médico que queremos formar:

Perfil, finalmente, do MFC

- Um profissional que seja o primeiro contato com o sistema de saúde, prestando um acesso aberto e ilimitado e lidando com todos os problemas de saúde independentemente da idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa;

- Que utiliza eficientemente os recursos de saúde através da coordenação de cuidados, no contexto dos cuidados primários e da gestão da interface com outras especialidades, assumindo sempre que necessário um papel de advocacia pelo paciente;



Qual o profissional Médico que queremos formar:

- *Desenvolve uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e comunidade;*
- *Possui um processo de condução da consulta singular, estabelecendo uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação efetiva entre o médico e o paciente;*
- *É responsável pela continuidade dos cuidados longitudinais, conforme a necessidade do paciente;*
- *Possui um processo próprio de tomada de decisões, o qual é determinado pela prevalência e pela incidência da doença na comunidade;*



Qual o profissional Médico que queremos formar:

- Promove a gerência simultânea dos problemas de saúde agudos e crônicos de doentes individuais.*
- Promove a saúde e o bem estar através de uma intervenção apropriada e efetiva e possui uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade;*
- Lida com problemas de saúde em suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial*





UNIUBE
EDUCAÇÃO E RESPONSABILIDADE SOCIAL

SIMPÓSIO – A MEDICINA DE FAMÍLIA NO SÉCULO XXI
17 E 18 DE NOVEMBRO DE 2006

Referencias intelectuais...

Documentos da SBMFC

Gustavo F. D. Gusso

Raphael Aguiar

Vinícius A. Oliveira

Rodrigo Pastor A. Pereira



Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade



UNIUBE
EDUCAÇÃO E RESPONSABILIDADE SOCIAL

SIMPÓSIO – A MEDICINA DE FAMÍLIA NO SÉCULO XXI
17 E 18 DE NOVEMBRO DE 2006

Onde buscar maiores informações:



Associação Mineira de MFC

www.smmfc.org.br



Sociedade Brasileira de MFC

www.sbmfc.org.br



Grupo de Estudos em Saúde da Família

www.smmfc.org.br/gesf



Ministério da Saúde

www.saude.gov.br



SES/MG

www.saude.mg.gov.br



Cosems-mg

www.cosemsmg.org.br



Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade

Referencias bibliográficas

Gusso; Gustavo F.D. **Panorama da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo: informações e conceitos.** USP: Palestra, 2005.

Aguiar; Raphael A **construção internacional do conceito de atenção primária a saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil.** UFMG: Tese de Mestrado, 2005.

Pereira; Rodrigo P.A. **Acolhimento.** AMMFC: Grupo de Estudos em Saúde da Família, 2006.

Machado, Maria H. **Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil:** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/DAB-MS, 2000.

Alves, Cláudia R.L. & cols. **Avaliação do conhecimento de alunos do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFMG sobre a saúde da criança e do adolescente – 2002-2003.** *Rev. Méd. Minas Gerais* 2005. 15(4): 214-19

Anderson, Maria I.P. **Primary Care and Family and Community Medicine in Brazil: Experiences and Expectations.** Wonca Europe (Gênova): Palestra, 2006.



Referencias bibliográficas

SBMFC. Formação e qualificação do Médico de Família e Comunidade através de Programas de Residência Médica no Brasil, hoje: Considerações, Princípios e Estratégias. SBMFC: Rio de Janeiro, 2005.

SBMFC. Projeto de Expansão da Residência em Medicina de Família e Comunidade. SBMFC: Rio de Janeiro, 2005.

