



A IMPORTÂNCIA DA MEDICINA DE FAMÍLIA PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE

THIAGO TRINDADE

Prof. Medicina de Família e
Comunidade – UFRN/UNP

Presidente da SBMFC

thiagogtrindade@gmail.com



FÓRUM NACIONAL
DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE
30 ANOS DO SUS

Uma realização da
Associação Brasileira de Medicina e Família e Comunidade
e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

De 14 a 16 de Junho
em Brasília
Inscreva-se
aqui





2ª EDIÇÃO

A Contribuição da Medicina de Família e Comunidade para os Sistemas de Saúde

Um guia da Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA)



Michael KIDD

OBJETIVOS DE UM SISTEMA DE SAÚDE

- **Obtenção de níveis ótimos de saúde e das menores diferenças possíveis no estado de saúde entre indivíduos e grupos**

“Sistemas de Saúde que estabelecem um equilíbrio entre ações preventivas e curativas, abordam problemas de saúde prevalentes em localidades específicas e disponibilizam as terapias mais custo-efetivas tem mais chances de **reduzir as iniquidades de saúde.**”

Starfield, B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. 1998.

CONTEXTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE NO SÉCULO XXI

- CARGA DE DOENÇA
- MUDANÇA NOS PADRÕES DAS DOENÇAS
- CRESCIMENTO POPULACIONAL
- ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO
- GLOBALIZAÇÃO
- MOVIMENTOS MIGRATÓRIOS
- CRISE ECONÔMICA
- MUDANÇAS CLÍMÁTICAS

ALMA-ATA 1978

http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1



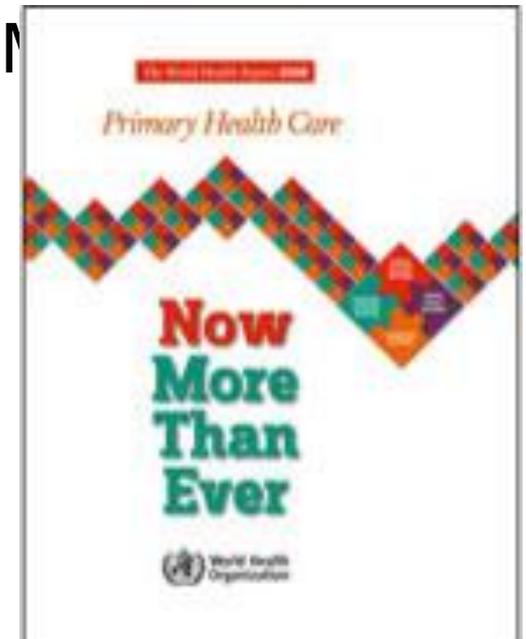
The International Conference on Primary Health Care calls for urgent and effective national and international action to develop and implement primary health care throughout the world and particularly in developing countries in a spirit of technical cooperation and in keeping with a New International Economic Order. It urges governments, WHO and UNICEF, and other international organizations, as well as multilateral and bilateral agencies, nongovernmental organizations, funding agencies, all health workers and the whole world community to support national and international commitment to primary health care and to channel increased technical and financial support to it, particularly in developing countries.

Pós Alma-Ata

- Anos 80 – Sistemas de Saúde Orientados à APS
 - Canadá, Cuba, Portugal, Espanha e outros
- 20 anos após (1998) - Almaty
- 30 anos após (2008) – Relatório OM

The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever)

<http://www.who.int/whr/2008/en/>



Dra. Margareth Chan

Diretora Geral da OMS

Discurso WONCA Praga 2013



- **“Hoy, vosotros sois las estrellas emergentes que ofrecen la mejor esperanza de hacer frente a una serie de tendencias complejas y amenazadoras. Se necesita vuestro talento y habilidad, que son requeridos ahora más que nunca. “**
- **“La atención primaria es nuestra mejor esperanza para el futuro. Los médicos de familia sois nuestras estrellas en ascenso para el futuro. De las cenizas acumuladas por la atención médica altamente especializada, deshumanizada y comercializada, la medicina de familia se levanta como el ave fénix y emprende el vuelo, extendiendo su espectro completo de luz con la promesa de un arco iris. “**

Evidências da APS e MFC

THE LANCET

Copyright. © The Lancet Ltd, 1994.

Volume 344(8930) 22 October 1994 pp 1129-1133

Is primary care essential?

[Primary Care Tomorrow]

Starfield; Barbara.

Department of Health Policy and Management, Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore, MD 21205, USA (Prof Barbara Starfield MD, MPH)

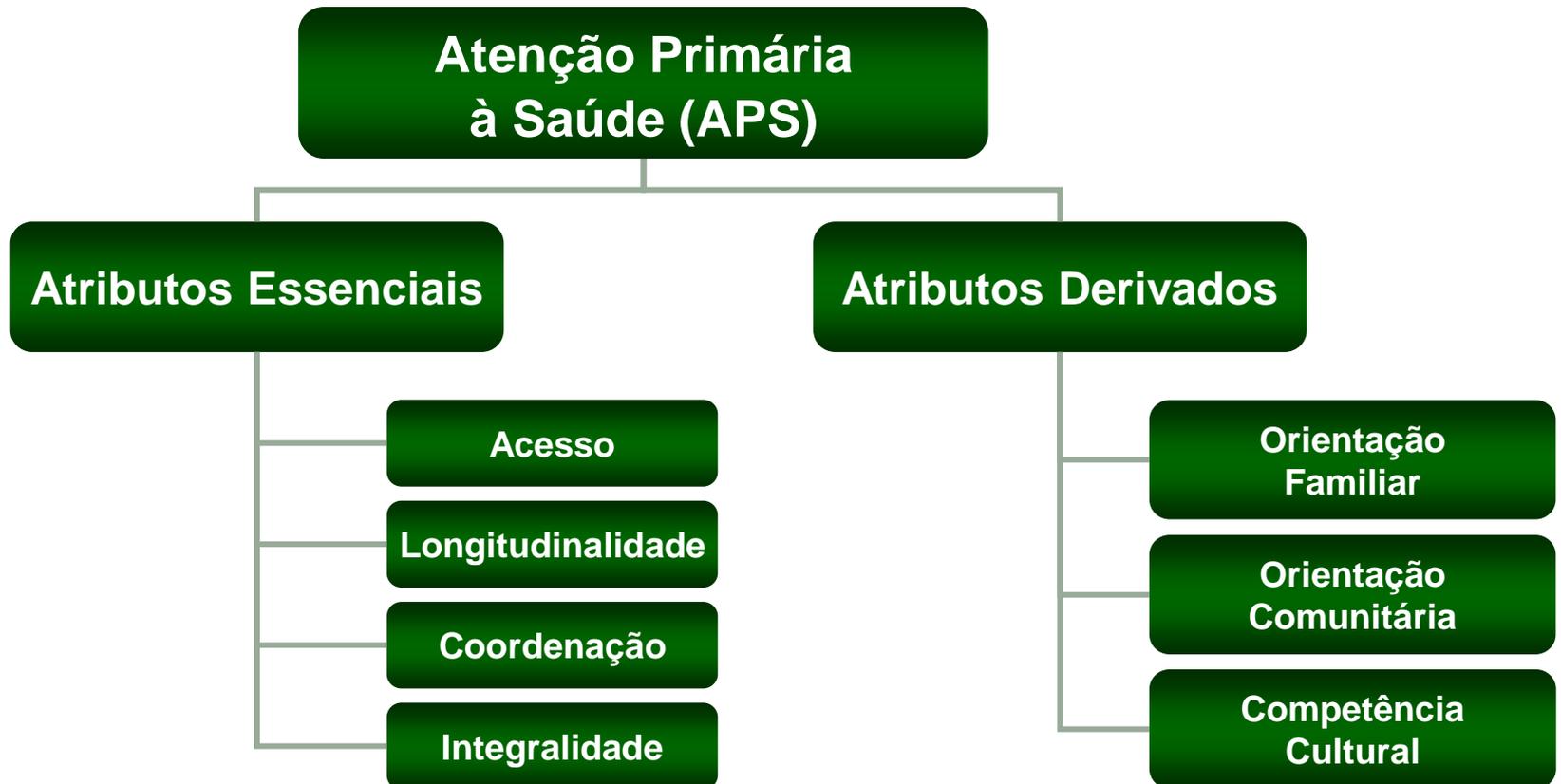
Primary care is widely perceived to be the backbone of a rational health services system. But is this perception correct? Some see it as an anachronism in the present medical era, denying and delaying the specialist attention to which patients are entitled. When primary care physicians act as "gatekeepers" to specialist services, what is the effect on outcomes? How many general practitioners are needed in a primary-care-oriented system? In this paper I address these and other questions. Let me begin with definitions.

What is primary care?

The conference convened by the World Health Organization at Alma Ata in 1978¹ used 100 words to describe primary care; they included essential, practical, scientifically sound, socially acceptable, universally acceptable, affordable cost, central function and main focus of overall social and economic development, first-level contact, and first elements of a continuing health care process. Serious planning for primary care requires a conceptualisation that is easily and uniformly implemented and amenable to measurement.



ATRIBUTOS DA APS

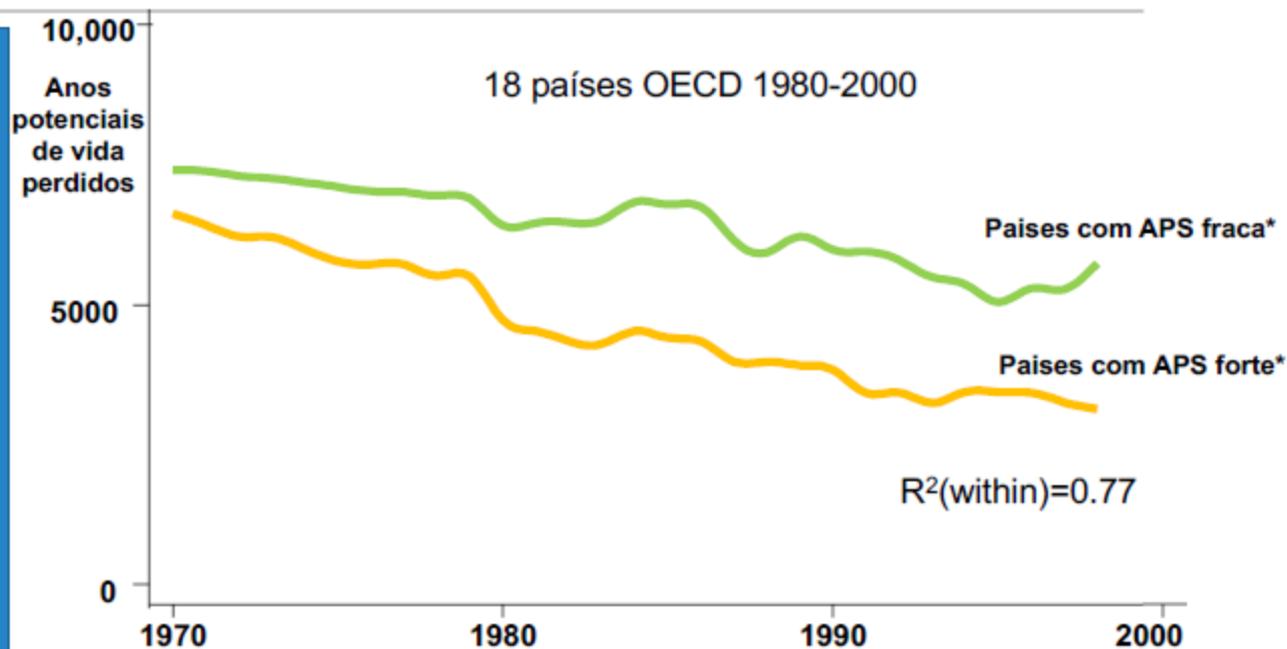


Cedido por James Macinko

Sistemas de saúde com forte investimento na atenção primária tendem a ter melhores resultados de saúde

Em 30 países (2000-2009) de alta renda, Kringos et al concluíram que a APS foi associada a:

- ❖ melhor saúde da população;
- ❖ menores taxas de hospitalizações desnecessárias; e
- ❖ desigualdades socioeconômicas na saúde relativamente baixas.



Source: Macinko, Starfield, & Shi (2003). *Predicted PYLL (both genders) estimated by fixed effects, using pooled cross-sectional time series design. Analysis controlled for log GDP, percent elderly, doctors/capita, log income (ppp), log public health exp, doctor visits/capita alcohol and tobacco use.

Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R.

The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995.

J Am Board Fam Pract. 2003 Sep-Oct ;16(5):412-22.

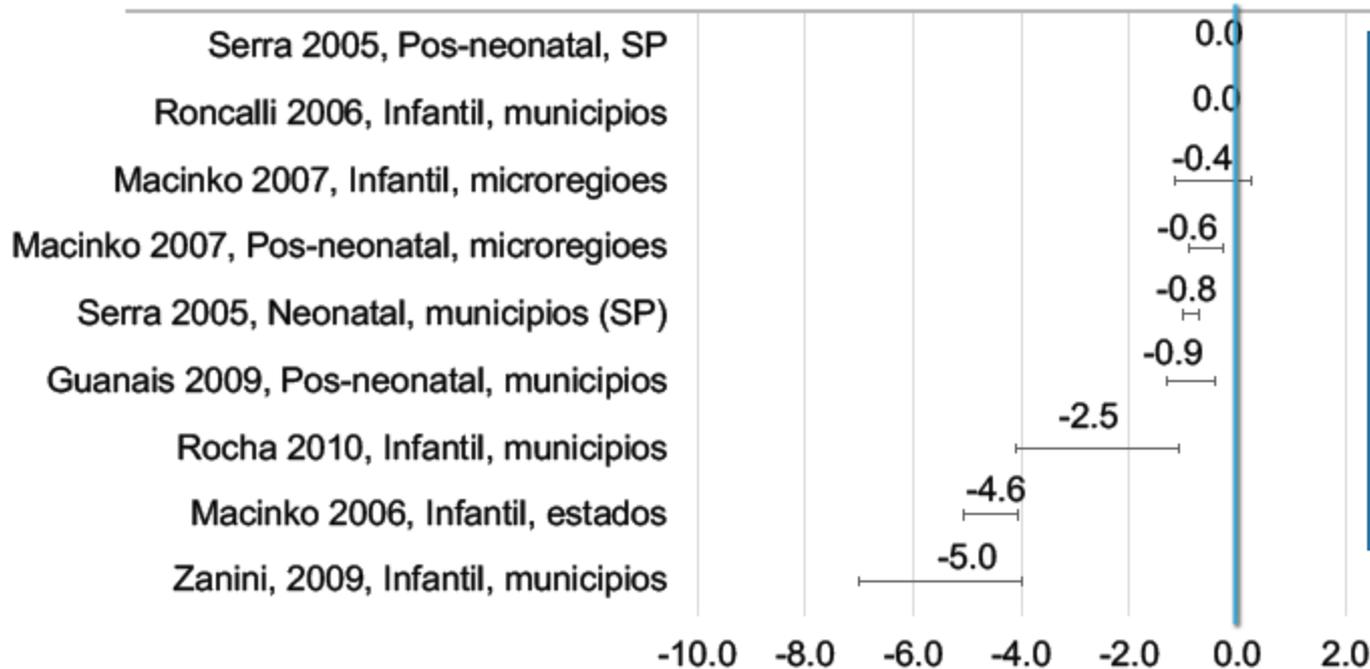
Table 3. Regression Coefficients of Primary Care Subspecialties, Specialty Care, and Income Inequity on Standardized Mortality, US States 1980–1995

	Age-Standardized Deaths per 100,000 Population from All Causes			
	1980	1985	1990	1995
Intercept	751.19 [213.11]	613.25 [184.90]	442.69 [204.43]	632.56 [186.78]
Gini Coefficient	954.55 [466.39]	950.42 [386.51]	1204.1 [391.2]	657.30 [364.39]
Specialty Care	(2.05 [†]) -1.73 [10.22]	(2.46 [†]) 3.55 [9.89]	(3.08 [†]) 1.27 [9.82]	(1.80 [*]) 5.48 [11.20]
Family Medicine	(-.17) -70.94 [16.60]	(-.36) -50.69 [15.68]	(-.13) -41.10 [15.42]	(-.49) -38.69 [14.59]
Internal Medicine	(-4.27 [‡]) 7.80 [19.98]	(-3.23 [‡]) -12.36 [19.31]	(-2.67 [‡]) -8.56 [17.52]	(-2.65 [‡]) -29.82 [14.69]
Pediatrics	(.39) -72.28 [58.68]	(-.64) -27.69 [52.60]	(-.49) -32.43 [48.76]	(-2.03 [†]) .43 [38.02]
R ²	(-1.23) .43	(-.53) .32	(-.67) .38	(.01) .30
Adjusted R ²	.36	.24	.31	.22
F Ratio	6.53 [‡]	4.09 [‡]	5.47 [‡]	3.78 [‡]



Cedido por James Macinko

Impacto da ESF na mortalidade infantil: redução de 10% com a expansão da ESF, controlando outros fatores.

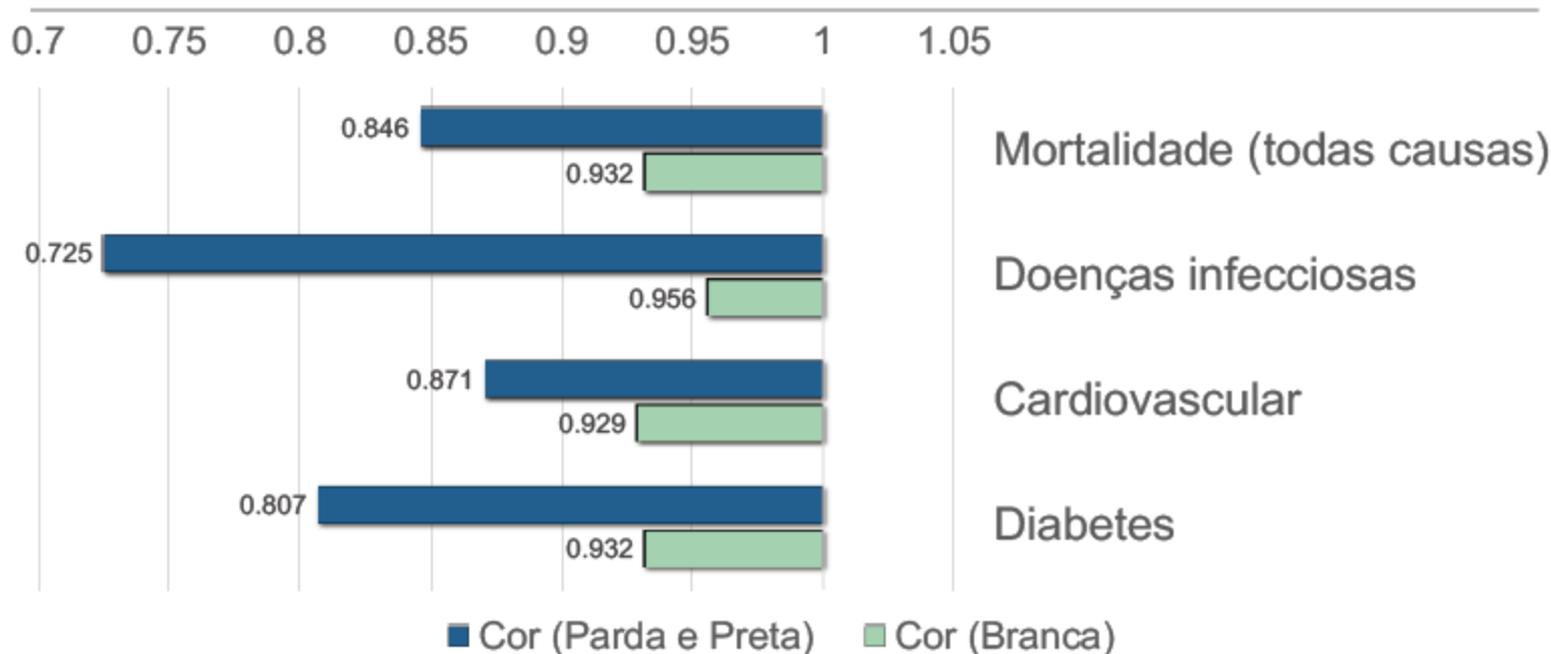


Até 2018, 18 artigos de boa qualidade foram publicados sobre ESF e seu impacto na mortalidade infantil, **92% identificaram um impacto significativo na redução da mortalidade infantil.**

Adaptado de: Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The impact of the Brazilian family health strategy on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. PLoS One. 2017 Aug 7;12(8):e0182336

Cedido por James Macinko

Expansão da ESF (2000-2013) foi associada com reduções de mortalidade por varias causas. Essa redução foi ainda mais forte entre as populações não brancas.



Fonte: Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. PLoS Med. 2017 May 30;14(5):e1002306. ³⁰

Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil.

J Ambul Care Manage. 2009

Table 2. Primary care coverage and ambulatory care sensitive hospitalizations for women. Fixed effects regressions for Brazilian municipalities, 1998-2002

	Circulatory hospitalizations		Diabetes mellitus hospitalizations		Respiratory hospitalizations	
Coverage of Family Health Program (%)	-0.01 (0.02)	—	-0.02 ^a (0.01)	—	-0.06 ^a (0.02)	—
Community health agents per capita	—	-3.15 ^b (1.22)	—	-0.21 (0.34)	—	-2.10 (1.27)
Constant	114.22 ^b (31.15)	111.50 ^b (31.20)	14.78 (7.72)	15.23 ^a (7.65)	83.57 ^b (28.06)	83.88 ^b (28.11)
Observations	9069	9069	9069	9069	9069	9069
Municipalities	2448	2448	2448	2448	2448	2448
R ² (within)	0.84	0.84	0.73	0.73	0.87	0.87

Artigo 1 – Resultados

Tese Doutorado Marcelo Gonçalves

Fragmento da Tabela 3 – Avaliação dos principais resultados

Autor / ano	Atributo APS	Principais resultados
Mendonça et al / 2012	Modelo / Orientação à APS	Taxa iCSAPS diminuiu 18% após 4 anos da implementação da ESF, com maior redução em áreas de vulnerabilidade social
Campos et al / 2012	Modelo / Orientação à APS	Forte correlação inversa ($r = -0,97$) entre iCSAPS e cobertura da ESF
Macinko et al / 2011	Modelo / Orientação à APS	Redução da taxa de iCSAPS (coef β - 10,73 [-16,14 a -5,33]), principalmente entre pessoas de 70 a 79 anos de idade (β -67,2; -103,06 a -31,35)
Cheng et al / 2011	Longitudinalidade	Maior índice de continuidade do cuidado, menor chance de iCSAPS (19 a 64 anos [OR=0,41; 0,35 a 0,48] e > 65 anos [OR=0,39; 0,32 a 0,46])

QUEM SOMOS NÓS ? QUAL A NOSSA HISTÓRIA?

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE COMUNITÁRIA

Documento de Trabalho

CARLOS GROSSMAN

ISAAC LEWIN

SERGIO PACHECO RUSCHEL

ELLIS D'ARRIGO BUSNELLO

OBJETIVO

O Programa de Residência em Saúde Comunitária visa particularmente completar a formação de um Médico, em termos de conhecimentos, atitudes e habilidades, necessários para que o mesmo:

1. Utilize métodos clínicos, epidemiológicos, administrativos e sociais;
2. Proporcione cuidados personalizados, contínuos e integrais à saúde física, mental e social de uma população numérica e geograficamente definida, por meio de medidas de prevenção primária, secundária e terciária dirigidas a pessoas, famílias e comunidade;
3. Atenda diretamente à maior parte (90%) da demanda de serviços de saúde da população, com a colaboração de uma equipe primária de saúde;
4. Promova o atendimento do restante da demanda (10%) através do encaminhamento a outros níveis do Sistema de Saúde ou a outros setores, mantendo a responsabilidade pela execução e avaliação dos serviços prestados;
5. Promova e colabore com a comunidade na identificação de problemas de saúde, estabelecimento de prioridades, programação de atividades e avaliação dos resultados.

OUTRAS CARACTERÍSTICAS DO MÉDICO DE COMUNIDADE

1. As atividades do Médico de Comunidade serão decorrentes de dois estímulos principais:
 - a) o sistema de "queixa-resposta" procurando atender o que lhe for solicitado pelos pacientes e pela comunidade;
 - b) através de iniciativas próprias, visando a promoção e a manutenção da saúde, de acordo com o estudo epidemiológico contínuo da comunidade.
2. O Médico de Comunidade compreenderá a sua tarefa, no sentido global e a longo prazo, dentro do conceito de que a saúde de uma pessoa ou de uma comunidade não é definível alternativamente - sim ou não, tem ou não tem saúde - e sim quantitativamente, podendo haver mais ou menos saúde e podendo ocorrer deslocamentos positivos - mais saúde - ou negativos - menos saúde - ao longo das três dimensões da saúde: física, mental e social. Então a tarefa do médico será fazer com que a comunidade, as famílias e as pessoas adquirirem mais saúde, isto é, avançarem, se deslocarem no sentido positivo e evitar os deslocamentos negativos, a redução do nível de saúde existente.

-3-

3. O médico residirá na comunidade ou próximo dela e dará atendimento contínuo em regime de dedicação exclusiva.

ALGUMAS CONDIÇÕES PARA O SUCESSO DE UM PROGRAMA DESTES GÊNERO

Segundo comunicação pessoal do Dr. Mário Chaves, não existe em execução no Brasil nenhum programa para a formação de médicos de comunidade. São vários os motivos desta situação no Brasil e em muitos países mas, provavelmente, dois são os motivos mais importantes: a falta de prestígio profissional e social da especialidade e a baixa remuneração. Um terceiro motivo é de que embora seja desejável que toda a pessoa e toda comunidade disponha de um médico para atendimento primário, são as pessoas e a comunidade mais pobres que mais sentem a falta desse profissional. Por isso, o aproveitamento prioritário do médico de comunidade se faz no atendimento dessas populações criticamente necessitadas de ajuda buscando melhorar um nível de saúde precário.

A Secretaria da Saúde do Estado, ao procurar melhorar o nível de saúde da população criando um núcleo de formação de médicos de comunidade, faz uma opção definida e corajosa de grande repercussão social, ao mesmo tempo em que dá um exemplo ao país.

Mas para assegurar as condições mais favoráveis ao nascimento e desenvolvimento saudável do programa é necessário que desde logo um esforço grande seja feito para tratar satisfatoriamente os problemas de prestígio e remuneração. Se isto puder ser manejado com sucesso então o programa nascerá com uma perspectiva favorável, com uma imagem mais agradável de seriedade, atrairá melhores candidatos à formação e também facilitará o recrutamento e a adesão de elementos docentes com melhor qualificação.

Como fazer? É necessário tentar melhorar o status profissional e social e tornar a remuneração compatível com a importância social da tarefa. O principal favor no status profissional será o nível de qualidade em que o programa se propuser e conseguir trabalhar e, consequentemente, exigir o envolvimento integral dos candidatos, nas fases de seleção, formação e avaliação, certificando apenas aqueles com grau de competência Bom ou Excelente. A qualidade do Programa depende em boa parte da qualidade da equipe de saúde dos postos avançados, cujos membros serão instrutores, preceptores e supervisores dos residentes. O Posto oferece excelentes condições básicas de pessoal, mas será necessário acrescentar mais alguns profissionais para complementar o que existe.



TRINDADE, TG 2018.
thiagogtrindade@gmail.com





TRINDADE, TG 2018.
thiagogtrindade@gmail.com



Promotion:



Support:

Institutional Support:



12th WONCA World Rural Health Conference IV South Brazilian Congress of Family and Community Medicine

RURAL HEALTH-an emerging need **FOTO ROCHA RS**
April 2-7, 2014 Serrano Resort Convention - Gramado-RS Brazil evento



Conselho das estaduais

- 14 Estados formalizados
- 24 Estados representados

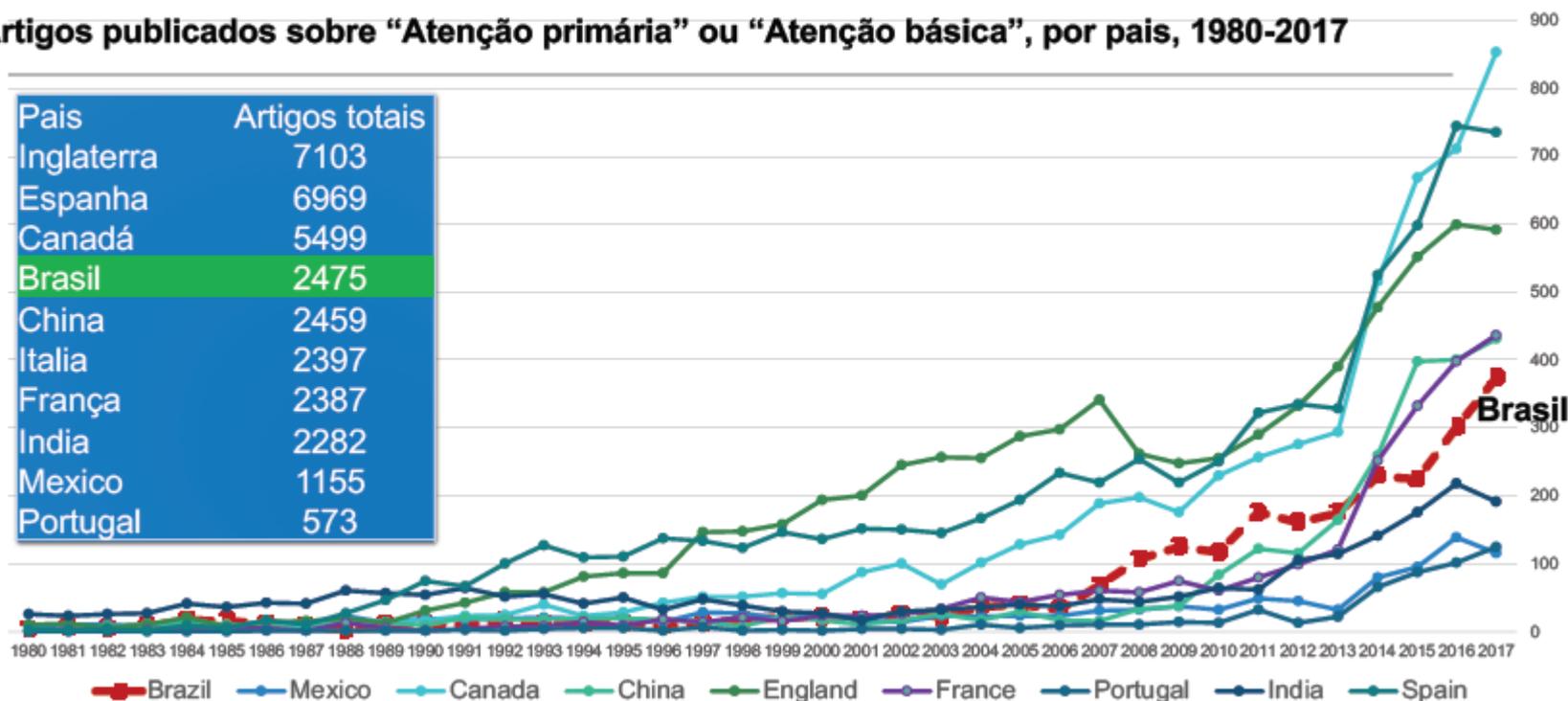


Cedido por James Macinko

O Brasil tornou-se reconhecido internacionalmente como líder e inovador na área de atenção primária comunitária.

Artigos publicados sobre “Atenção primária” ou “Atenção básica”, por país, 1980-2017

Pais	Artigos totais
Inglaterra	7103
Espanha	6969
Canadá	5499
Brasil	2475
China	2459
Italia	2397
França	2387
India	2282
Mexico	1155
Portugal	573



Fonte: US National Library of Medicine PubMed database.

Obs: Algumas revistas brasileiras não foram indexadas no PubMed até os anos 90 ou após.

PORQUE É NECESSÁRIO A RESIDÊNCIA EM MFC

Características da MFC

- Primeiro contato
- Segundo contato, referencia interna
- Acessibilidade, continuidade e longitudinalidade do cuidado
- Relação médico paciente
- Gestão de recursos
- Modelo centrado na pessoa
- Tomada de decisões
- Características dos problemas de saúde
- Dimensão da abordagem dos problemas
- Trabalho em equipe
- Níveis de prevenção

Perfil do MFC, CIMF-WONCA.
http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/perfil_mfc.pdf

PAPÉIS DESEMPENHADOS PELO MFC

- PRESTADORES DE ATENÇÃO À SAÚDE
 - Generalista
 - Gatekeeper
- COORDENADORES GERAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE INDIVIDUAL E DA COMUNIDADE
- LÍDERES
- ADMINISTRADORES
- SUPERVISORES



CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS para Medicina de Família e Comunidade

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA
DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



Porque Residência - EFETIVIDADE – Padrão Ouro

- Falk, J.W. Tese de doutorado – TEMFC - Egressos de residência tem melhores desempenhos estatisticamente significativos comparado com quem não fez.
 - http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&PaginaId=14
 - <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=200534442001013039P2>
- Fazer residência comparado a quem não fez:
 - mostra melhor uso do método centrado na pessoa
 - melhor qualidade do cuidado
 - fazem melhor diagnósticos e encaminham menos.
 - http://www.sbmfc.org.br/media/file/artigos/la_formacion_de_profesionales_%20de_salud.pdf
"La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina".
51. Sheps SB, Schechter MT, Grantham P, et al. Practice patterns of family physicians with 2-year residency v. 1-year internship training: Do both roads lead to Rome? CMAJ. 1989; 140: 913-8.
52. Maheux B, Beaudoin C, Jacques A, Lambert J, Levesque A. Effects of residency training in family medicine v. internship training on professional attitudes and practice patterns. CMAJ. 1992; 146 (6): 901-7.
53. Jaturapatporn D. Does family medicine training affect the referral pattern of primary care doctors in Thailand? Fam Med. 2006; 38 (6): 387-8.
54. Jaturapatporn D, Hathirat S. Specialists' perception of referrals from general doctors and family physicians working as primary care doctors in Thailand. Quality in Primary Care. 2006; 14 (41): 48.
55. Jaturapatporn D, Dellow A. Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? BMC Fam Pract. 2007; 8: 14.

- Médicos de Família são uma peça crítica na infraestrutura de um sistema de saúde bem funcionante, coordenado e custo-efetivo, que responde às poderosas tendências e desafios que afetam a disponibilização de serviços de saúde, com uma atenção à saúde que representa um equilíbrio cuidadoso de qualidade, equidade e relevância.

- Médicos de Família estão preparados para preencher os hiatos (GAPS) entre:

- Pacientes e recursos de saúde
- Saúde individual e saúde pública

TRINDADE, TG, 2018.
thiagogtrindade@gmail.com

- Centros médicos comunitários e acadêmicos
- Profissionais de AP e especialistas

familiar y comunitaria en Europa. EURACT (WONCA)

País	Años	Hospital/centro de salud	Programa formativo nacional	Rotaciones prefijadas	Contenidos teórico-prácticos	Examen final obligatorio	Responsables	Obligatorio para la práctica	Recertificación
Alemania	5	=/=	Sí	No	80 h	Sí	G/P	Sí	No
Austria	3	+/-	Sí	Sí		Sí	G/P	Sí	No
Bélgica	4	-/+	No	No	440 h	Sí	U	Sí	Sí
Croacia	3	=/=	Sí	Sí	9M.	Sí	U	Sí	Sí
Dinamarca	5	=/=	Sí	Sí	320 h + 160 h investigación	No	G/P	Sí	No
Estonia	3	=/=	Sí	Sí	180 h	Sí	U	Sí	Sí
Eslovaquia	3	+/-	Sí	No		Sí	G/P	Sí	Sí
Eslovenia	4	=/=	Sí	No	400 h	Sí	G/P	Sí	Sí
España	4	=/=	Sí	Sí	300 h	No	G/P	Sí	No
Finlandia	6	-/+	Sí	No	120 h	Sí	U	Sí	No
Francia	3	+/-	Sí	No	150 h	No	U	Sí	No
Reino Unido	3	=/=	Sí	No	360 h	Sí	G/P	Sí	Sí
Grecia	4	+/-	Sí	Sí	No	Sí	U	Sí	No
Holanda	3	-/+	Sí	No		No	U	Sí	Sí
Hungría	3	-/+	Sí	Sí	60 h	Sí	U	Sí	Sí
Irlanda	4	+/-	Sí	Sí		Sí	G/P	Sí	No
Islandia	5	+/-	No	No		Sí		Sí	No
Italia	2	+/-	Sí	No	400 h	Sí	G/P	Sí	Sí
Lituania	3	+/-	Sí	Sí	600 h	Sí	U	Sí	Sí
Luxemburgo	3	-/+	No	No				Sí	No
Malta	4	-/+	No	No				Sí	No
Noruega	5	-/+	Sí	No	420 h	No	G/P	No	Sí
Polonia	4	=/=	Sí	Sí	264 h	Sí	U	No	No
Portugal	3	-/+	Sí	Sí	180 h	Sí	G/P	Sí	No
República Checa	3	+/-	Sí	Sí		Sí	G/P	Sí	No
Rumanía	3	=/=	Sí	No		Sí	U	No	Sí
Suecia	5	-/+	Sí	No	100 h obligatorias + 150 h al año	No	G/P	Sí	No
Suiza	5	+/-	No	No		Sí	G/P	No	No

VAGAS DE RESIDÊNCIA NO CANADÁ

Quota Overview for all disciplines in R-1 Match Main Residency Match - First iteration

[http://www.carms.ca/assets
/upload/Match%20reports/2
014%20R-
1%20match/EN/Table%2012
%20-
%20Quota%20offered%20to
%20CMG%20Applicants%20
by%20Discipline_English.pdf](http://www.carms.ca/assets/upload/Match%20reports/2014%20R-1%20match/EN/Table%2012%20-%20Quota%20offered%20to%20CMG%20Applicants%20by%20Discipline_English.pdf)

1325 / 2989 = 44%

Discipline	Quota Offered (#)	% of Total Quota Offered
Anatomical Pathology	38	1.3%
Anesthesiology	106	3.5%
Cardiac Surgery	9	0.3%
Dermatology	31	1.0%
Diagnostic Radiology	84	2.8%
Emergency Medicine	71	2.4%
Family Medicine	1325	44.3%
General Pathology	6	0.2%
General Surgery	93	3.1%
Hematological Pathology	5	0.2%
Internal Medicine	440	14.7%
Laboratory Medicine	5	0.2%
Medical Biochemistry	5	0.2%
Medical Genetics	8	0.3%
Medical Microbiology	13	0.4%
Neurology	42	1.4%
Neurology - Pediatric	8	0.3%
Neuropathology	2	0.1%
Neurosurgery	18	0.6%
Nuclear Medicine	10	0.3%
Obstetrics & Gynecology	92	3.1%
Ophthalmology	40	1.3%
Orthopedic Surgery	63	2.1%
Otolaryngology - Head & Neck Surgery	30	1.0%
Pediatrics	137	4.6%
Physical Medicine & Rehabilitation	25	0.8%
Plastic Surgery	26	0.9%
Psychiatry	171	5.7%
Public Health & Preventive Medicine	25	0.8%
Radiation Oncology	21	0.7%
Urology	31	1.0%

Porque ainda precisamos insistir em demonstrar a necessidade do MFC para qualificar a APS?



“queremos potenciar la atención primaria. Cuando una persona va a su consultorio, su Cesfam, lo que quiere es que lo ayuden a resolver el problema. Hoy tiene tan poca capacidad resolutive en la salud primaria. **Lo único que hacen es darle un par de aspirinas y referirlo a un especialista**”.

"Lo que haremos -dijo- es potenciar la figura del médico especialista en la atención primaria para que pueda tener más capacidad resolutive".

BRASIL

- Mito da “terminalidade da graduação”
- APS seletiva ainda predomina em muitos municípios
- A crença (falsa) no modelo baseado em especialistas focais para atenção básica tradicional
 - e a co-existência do modelo EAB
- Carência de MFC´s gera uma percepção da sua inexistência
- Desconhecimento da identidade do MFC pela sociedade em geral

Qual a demanda de MFC para assistência e como alcançar?

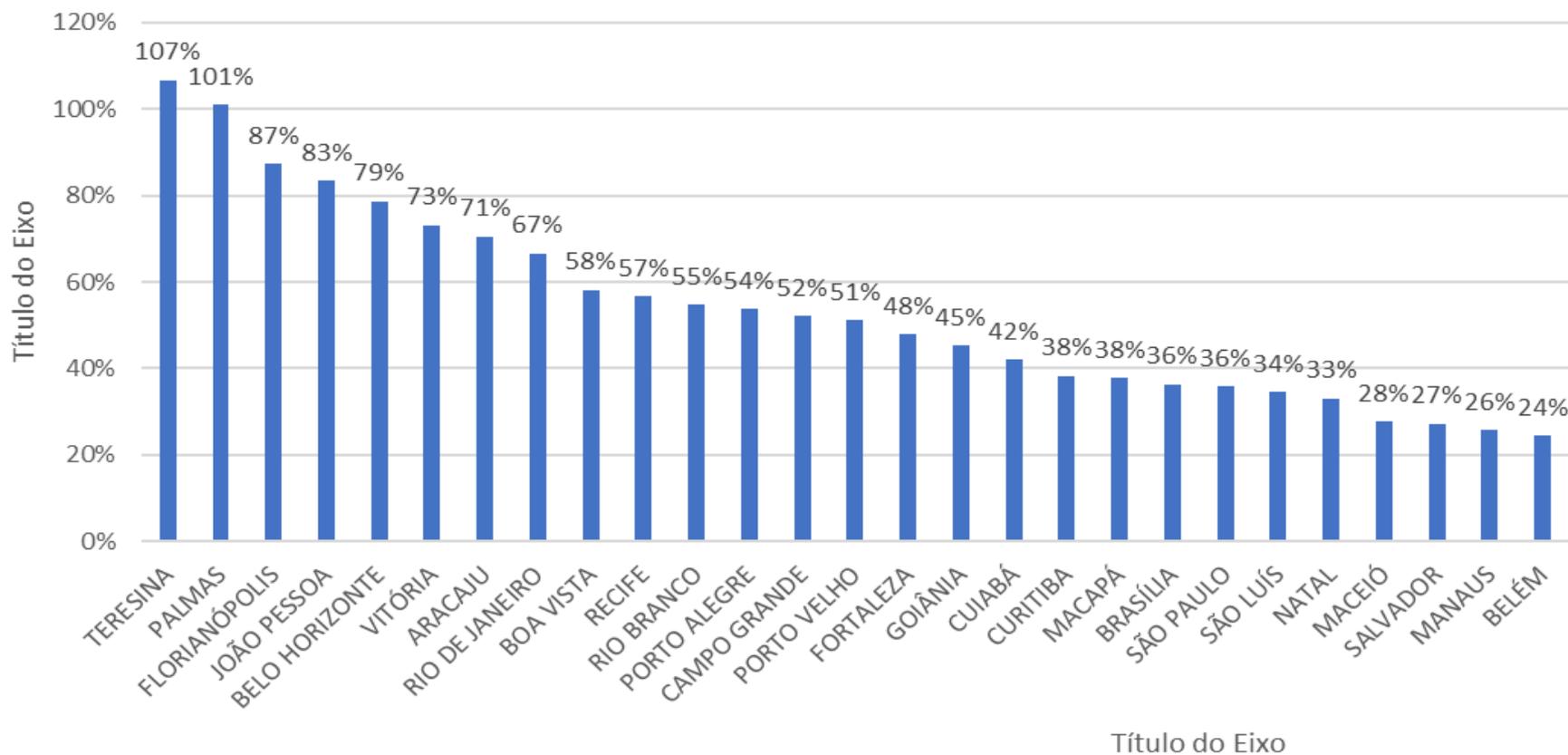
NECESSIDADES DE MÉDICOS DE FAMÍLIA PARA O SISTEMA

- COBERTURA DE 100% DA POPULAÇÃO BRASILEIRA (ESTIMATIVA DE UM MF PARA 3000 PESSOAS)
- **70.000 EQUIPES**
- MF ESPECIALISTA SÃO EM TORNIO DE 6000!
- PARA EXPANSÃO DA ESF 43.000 EQUIPES PARA 70.000, NECESSITARIA SÓ PARA **NOVAS EQUIPES 27.000.**
- E PARA REPOR COM A SAÍDA DO MM, E APOSENTADORIAS **MAIS 13.000**, PRÓXIMOS 5 **ANOS.**

População de Cobertura da ESF Populacional Estimada , Capitais.

Fonte: DAB, ABR-2018

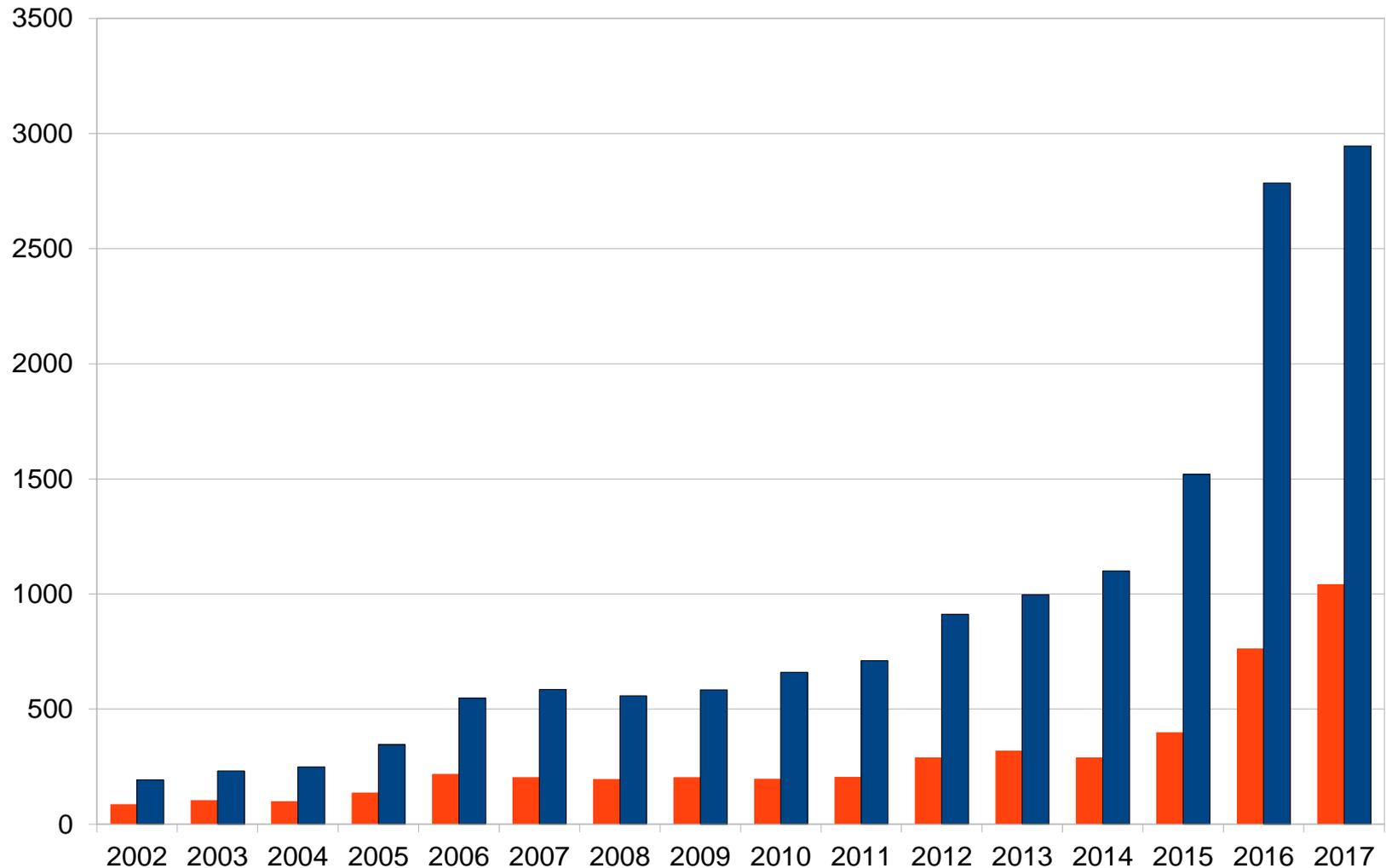
Proporção de população coberta



CAMINHOS PARA FORMAR MFC'S PARA O SISTEMA

- RESIDÊNCIA
 - EXPANDIR
 - OCUPAR AS VAGAS
 - ABSORVER O EGRESSO
- TITULAR OS MÉDICOS DE APS SEM RESIDÊNCIA
 - FORMAÇÃO CONTINUADA

CRESCIMENTO DAS VAGAS DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA NO BRASIL E UMA ESTIMATIVA DA SUA OCUPAÇÃO. (2002-2017)



www.sbmfc.org.br

r

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e
Comunidade



Posicionamento da Sociedade Brasileira de
Medicina de Família e Comunidade ante aos Projetos
de Lei em tramitação no Congresso Nacional que
visam alterar a Lei nº 12.871/2013.

Brasil, Dezembro de 2015.

RECOMENDAÇÕES PARA RESIDÊNCIA

- 1. Tornar a residência médica condição necessária ao exercício da profissão**
- 2. Estabelecer um mínimo de 40% de todas as vagas de ingresso (R1) para MFC**
3. Estabelecer a CNRM como órgão responsável em determinar a distribuição de vagas de residência em todas as especialidades
4. Estabelecer o acesso direto a todas as especialidades
5. Adotar sistema de seleção para RM unificado nacionalmente
6. Aprimorar sistema de certificação dos programas
7. Estabelecer um processo de recertificação dos especialistas

TRINDADE, TG 2018.

tiago@trindade.com.br

CONDIÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO E EFETIVAÇÃO DA MFC

- Preparar médicos de família com competências específicas para satisfazer as necessidades de seu ambiente de trabalho
- Integrar MFs nas equipes de AP para compartilharem a cobertura de 24h para disponibilizar acesso contínuo na comunidade
- Desenvolver e manter listas de pacientes e suas equipes para promover continuidade dos cuidados
- Educar pacientes e profissionais de saúde sobre os benefícios da continuidade da atenção
- Criar mecanismos de financiamento para atrair médicos de família e apoiar AP integral

PRÓXIMA DÉCADA

- A MFC COMO ESTRUTURANTE DOS SISTEMAS DE SAÚDE
 - RECONHECIMENTO PLENO
 - PLANOS DE CARREIRA PARA O MFC
 - UNIVERSIDADES – DEPARTAMENTOS
 - CONSOLIDAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA
 - OBRIGATORIEDADE DA MFC PARA APS

- **QUE TODO CIDADÃO E SUA FAMÍLIA TENHAM UM MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE COMO SEU PROVEDOR DE CUIDADOS PRIMÁRIOS**



TRINDADE, TG 2018.
thiagogtrindade@gmail.com