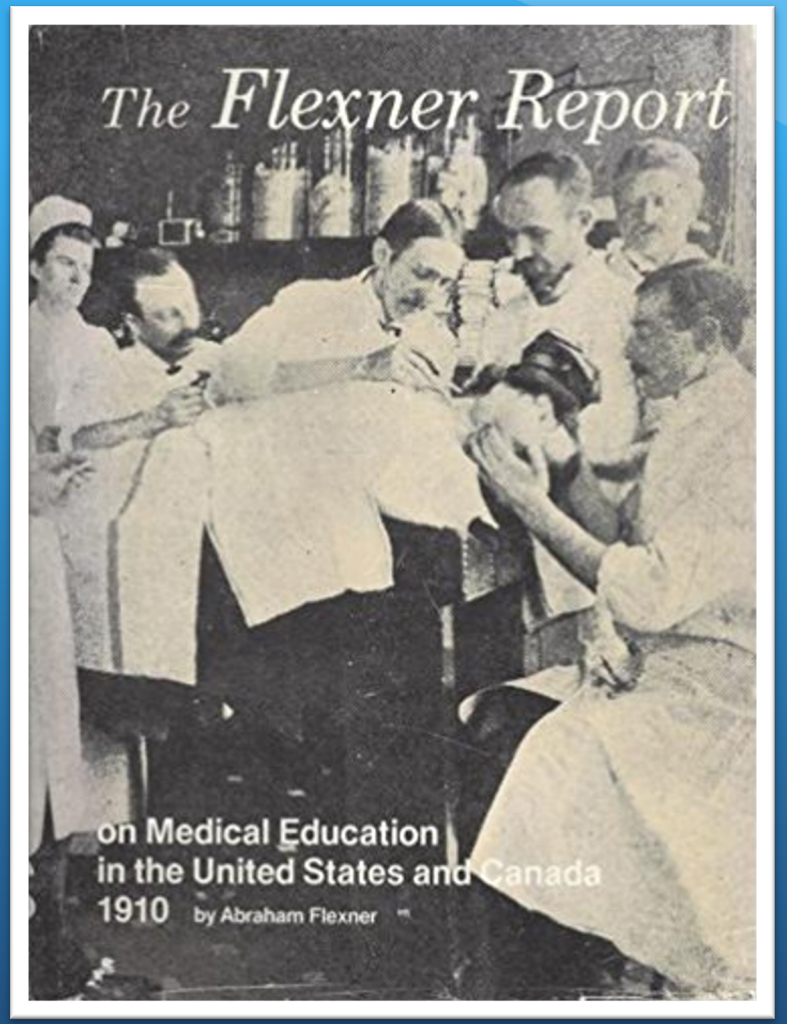
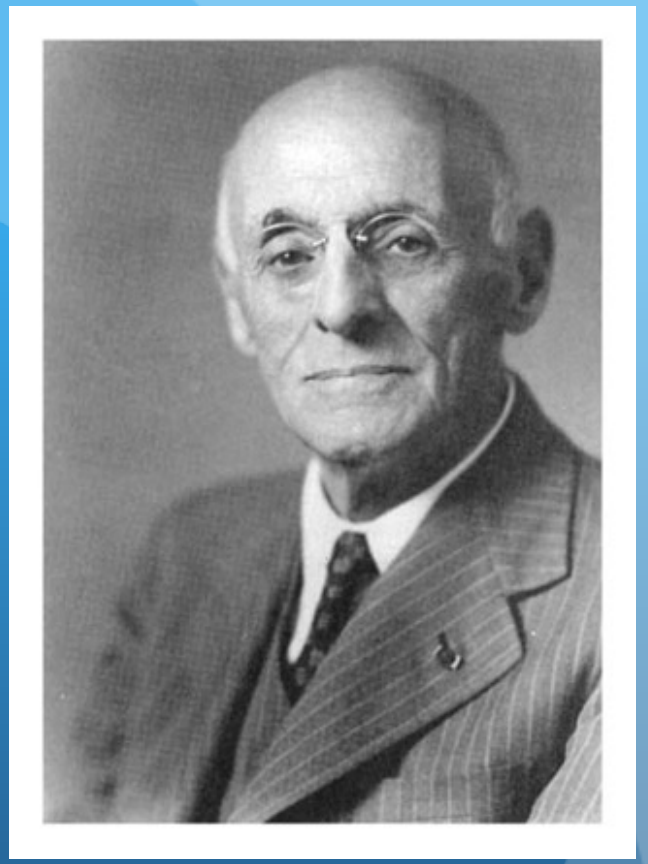
Medicina de Família e Comunidade, Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família

Relações, Desafios e Potencialidades

Maria Inez Padula Anderson
Médica de Família e Comunidade
Profa Faculdade Ciências Médicas UERJ
Doutora em Saúde Coletiva
Diretora Cientifica da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) 2020-22
inezpadula@gmail.com

Flexner e seu relatório de 300 milhões de dólares (em 1910) que influenciou marcadamente a formaçao e a prática médica em praticamente todo o mundo ocidental





“O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta”.
Abraham Flexner

Desde Flexner

- Crise da Medicina
- Crise dos sistemas de saúde
- Nascimento e fortalecimento da INDÚSTRIA DA DOENÇA
- Industria Farmaceutica
- INDUSTRIA TECNOLOGIA MÉDICA
- Mercantilização da Medicina

Cerca de 40 anos Pós Flexner, primeiras reações Necessidade de outro modelo docente-assistencial

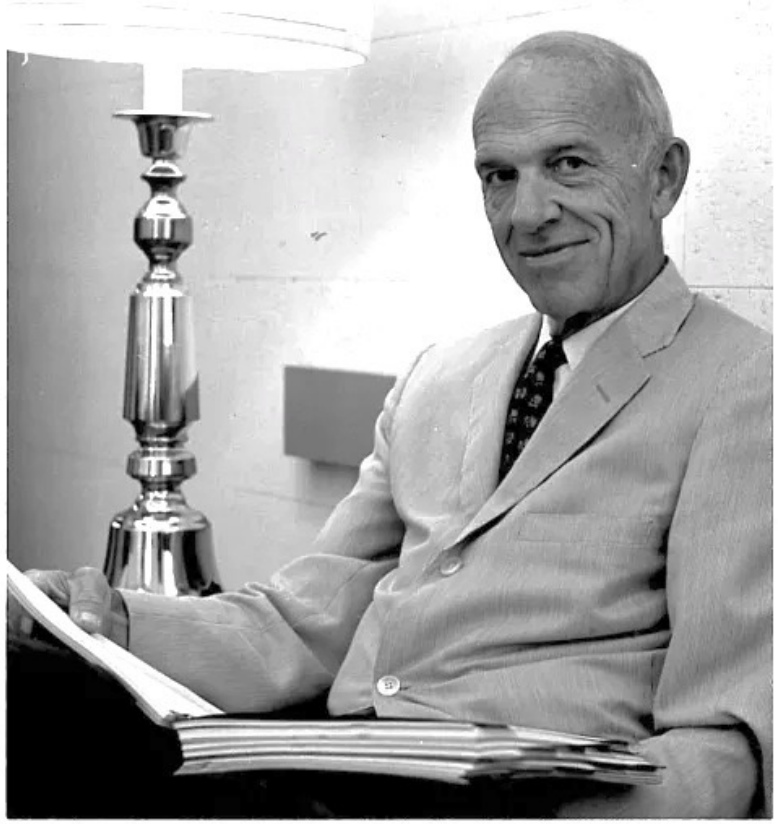
- Na década de 40, a resposta dos médicos de clínica geral manifestou-se na **criação de academias e faculdades dedicadas à medicina geral** para promover uma prática médica baseada no modelo do médico de família.
- **1954** - Canadá, fundação do **Colégio de Médicos de Família.**

Rivero OC, Marty EJ, Morales MR ET COLS, Antecedentes históricos de la Medicina Familiar. MEDICIEGO 2010; 16(2) - http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_02_10/pdf/t16.pdf

1964 – EUA
RELATORIO WILLARD

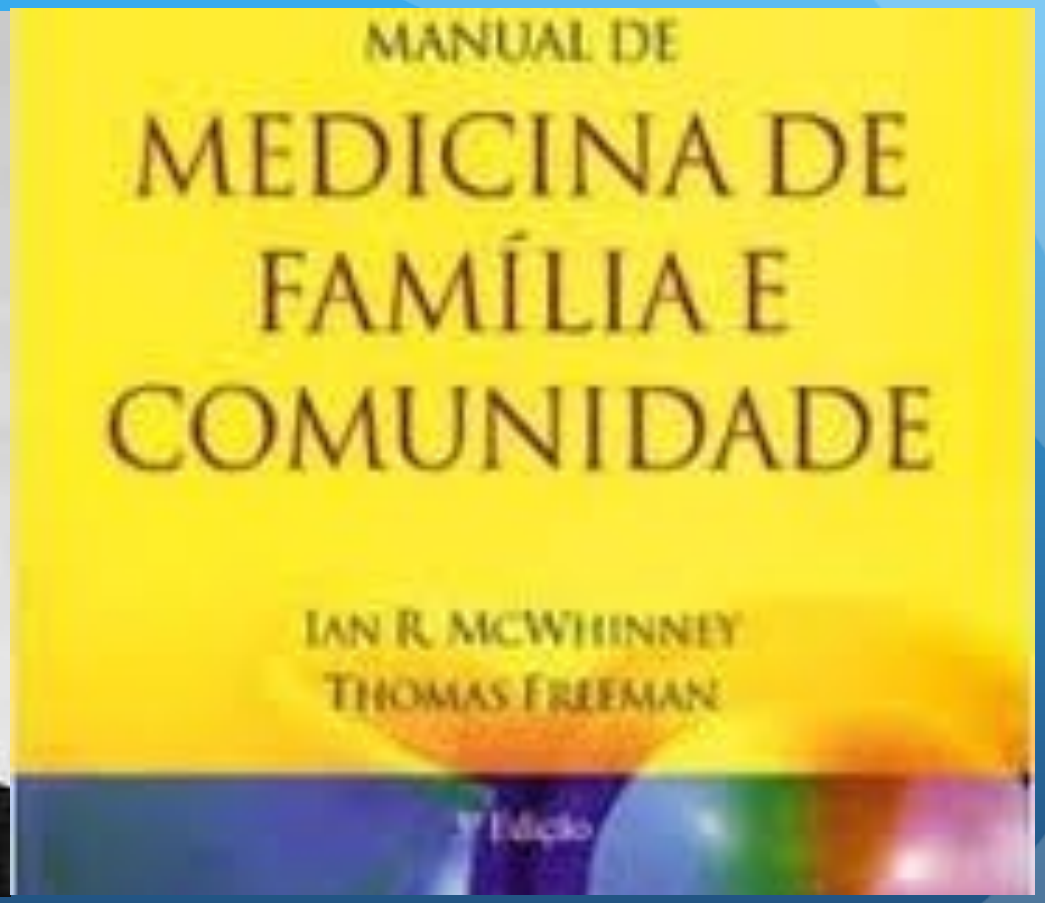
- " motivar os alunos a fornecer cuidados médicos abrangentes, personalizados e humanos, como médicos de atenção primária e também motivá-los a envolver-se com o serviço público de maneira significativa".
- **a medicina precisava de um novo tipo de especialista, o médico de família, ...**no complexo sistema de saúde do país

https://cchs.ua.edu/the-willard-report-2/



William Willard

Yan McWhinney – 1926 (Inglaterra) -2012 (Canadá)



Referido como o pai da MFC – o "Osler" dos médicos de família do Canadá, em alusão a William Osler, tido como o "pai da Medicina moderna".

- **1969**, **American Board of Family Practice** e a criação das primeiras residências para Médicos de Família.

- Na **América Latina** e no Caribe logo a seguir **nos anos 70** iniciou-se a pós-graduação em Medicina Familiar no México, **Brasil,** Bolívia, Costa Rica, Argentina, Colômbia, Equador e Venezuela.

Rivero OC, Marty EJ, Morales MR ET COLS, Antecedentes históricos de la Medicina Familiar. MEDICIEGO 2010; 16(2) - http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_02_10/pdf/t16.pdf

Construção da APS/MFC no BRASIL

- **1975/1976** - Primeiros Projetos

- Ambulatório de **Medicina Integral, Austin**, **Murialdo, Saúde Comunitária**

- e Programas de Residência em **Medicina Geral Comunitária (MGC)** no país;

UERJ, MURIALDO, VITORIA DE SANTO ANTÃO, PE

A seguir

GHC, NATAL, entre outros

1978 - CONFERENCIA MUNDIAL DE SAÚDE ALMA -ATA

Crise dos Sistemas de Saúde - “Necessidade de Inserção" dos Cuidados Primários

- Vale chamar a atenção que os programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, foram iniciados no Brasil, mesmo ANTES de Alma Ata.

- E, eles foram pensados a partir da verificação e tomada de consciência de alguns profissionais sobre a necessidade de mudar o modelo hospitalocêntrico para um outro onde a APS teria um papel relevante – de base sistêmica e comunitária.

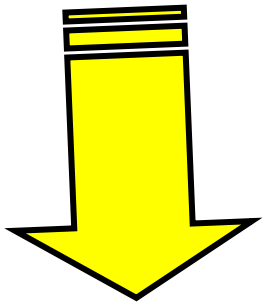
MODELO DOCENTE ASSISTENCIAL

A Conferencia de Alma-Ata, aponta a necessidade de mudanças do modelo docente assistencial de base hospitalocêntrica e centrado na doença para outro, com a coordenação da APS e com foco nas pessoas, famílias e comunidades

DOENÇA - HOSPITAL

Corpo

Atenção fragmentada, especializada e medicalizante



PESSOA – FAMILIA – COMUNIDADE APS

Processo Saúde-Adoecimento

Atenção Integral à saúde

Mas, como mudar os caminhos e a lógica de formação de especialistas de um modelo hospitalocêntrico, para outro com inclusão de uma APS qualificada?
Importância do papel do Estado na regulação das vagas dos Programas de Residência Médica

VAGAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA NO CANADÁ

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

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

Número e percentual de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade
1325 de 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%

Fonte: TRINDADE, TG 2015. thiagogtrindade@gmail.com

La formación especializada de la medicina 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

V. Casado Vicente et al / Gac Sanit. 2012;**26(S):69-75**

CONSTRUÇÃO DA APS E DA MFC NO BRASIL

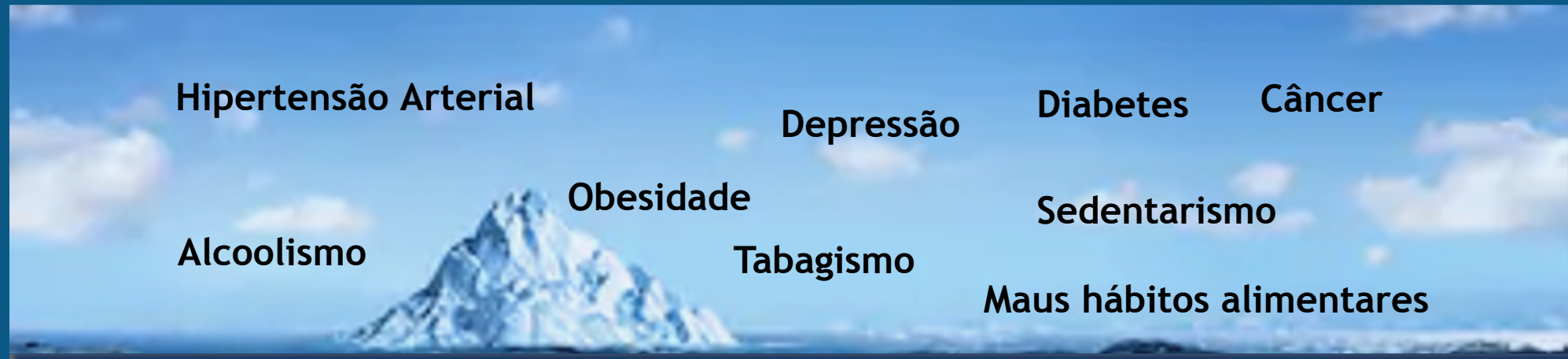
- **1981** - Comissão Nacional de Residência Médica **(CNRM)** formaliza os **PRM em Medicina Geral Comunitária**, oficializando esta **especialidade no Brasil.**

- **1981** – Fundada a **Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC)**, com sede em Petrópolis - RJ

- **1986** - O Conselho Federal de Medicina **(CFM) reconhece** a **Medicina Geral Comunitária** como **Especialidade Médica** e a **Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária** como sua **representante.**

A Medicina de Família e Comunidade e a Atenção Primária Qualificada

- Para cumprirem seu papel seu papel necessitam de um novo modelo paradigmático no campo da ciência e da Saúde
- Entender as limitações do modelo cartesiano – anátomo-clínico e biomédico que limitam a compreensão e a ação nos eventos ligados à saúde e ao aparecimento das doenças.
- Incorporar o paradigma complexo – de caráter sistêmico na saúde - que implica em entender que saúde e adoecimento são fenômenos complexos, e afetados por fatores relacionados ao campo biológico, psico-afetivo, sócio-cultural, ambiental, espiritual-existencial.
- Neste sentido, é na APS que estas relações e fatore se evidenciam mais e melhor aos olhos e às práticas dos profissionais. Por isso, a APS é um dos níveis mais complexos dos sistemas de saúde. Por isso, necessita de profissionais especialistas qualificados.



Na APS se evidencia o que está na base do iceberg,

Ou seja os fatores primários que afetam o processo saúde-adoecimento.

E, o que temos na base do Iceberg?

Hipertensão Arterial

Depressão

Diabetes

Câncer

Obesidade

Sedentarismo

Alcoolismo

Tabagismo

Maus hábitos alimentares

RESPOSTA DISFUNCIONAL AO ESTRESSE

Ansiedade

Menos valia

Mágoas

Baixa autoestima

Exploração

Lutos

Desesperança

Desafetos

Falta de perspectiva

Violência

Falta de afeto

Traições

Competividade

Abusos

Desemprego

Perdas

Maus Tratos

Problemas Familiares

Poluição

Falta de Lazer

Não pertencimento

Destruição meio ambiente

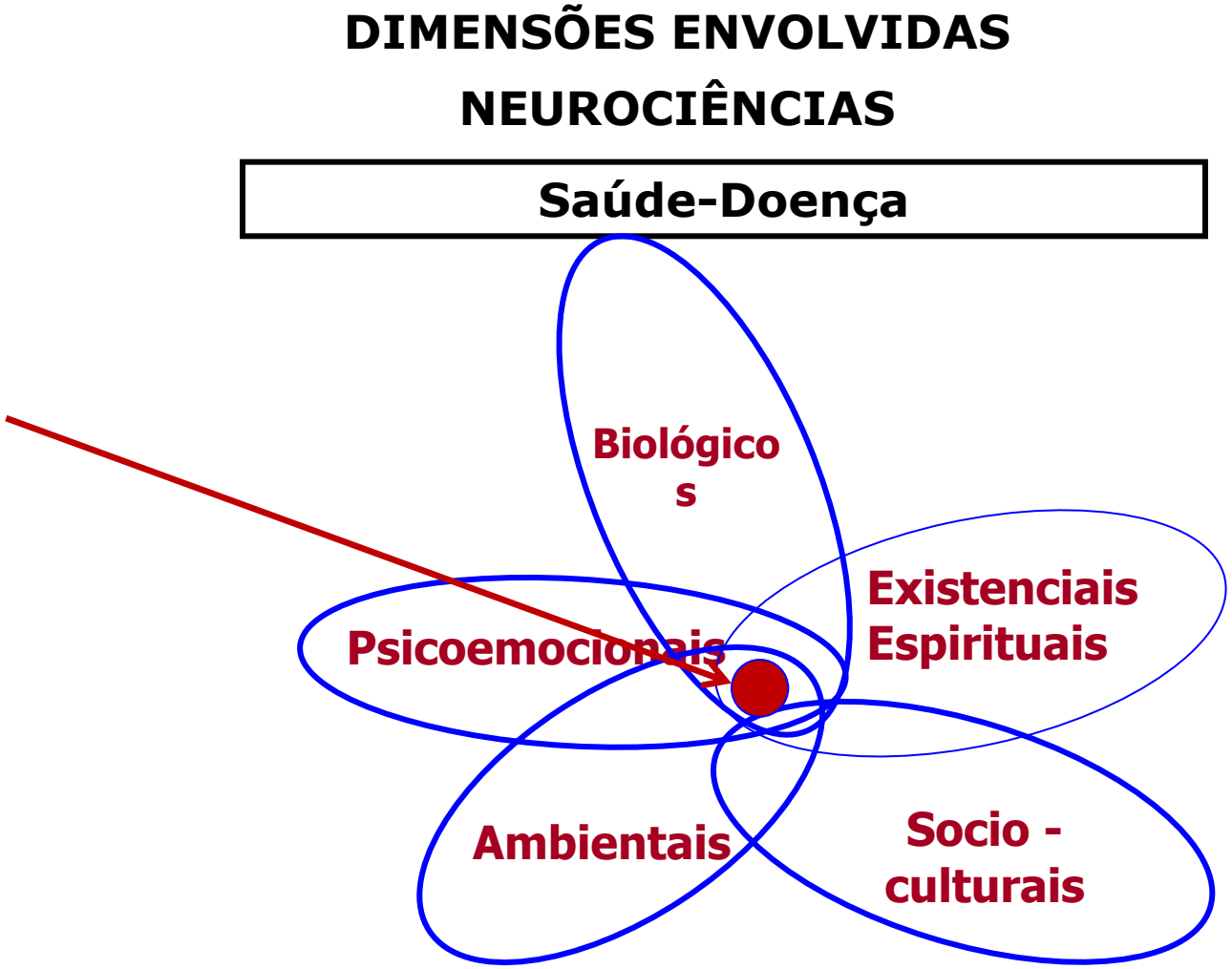
Falta de Cultura

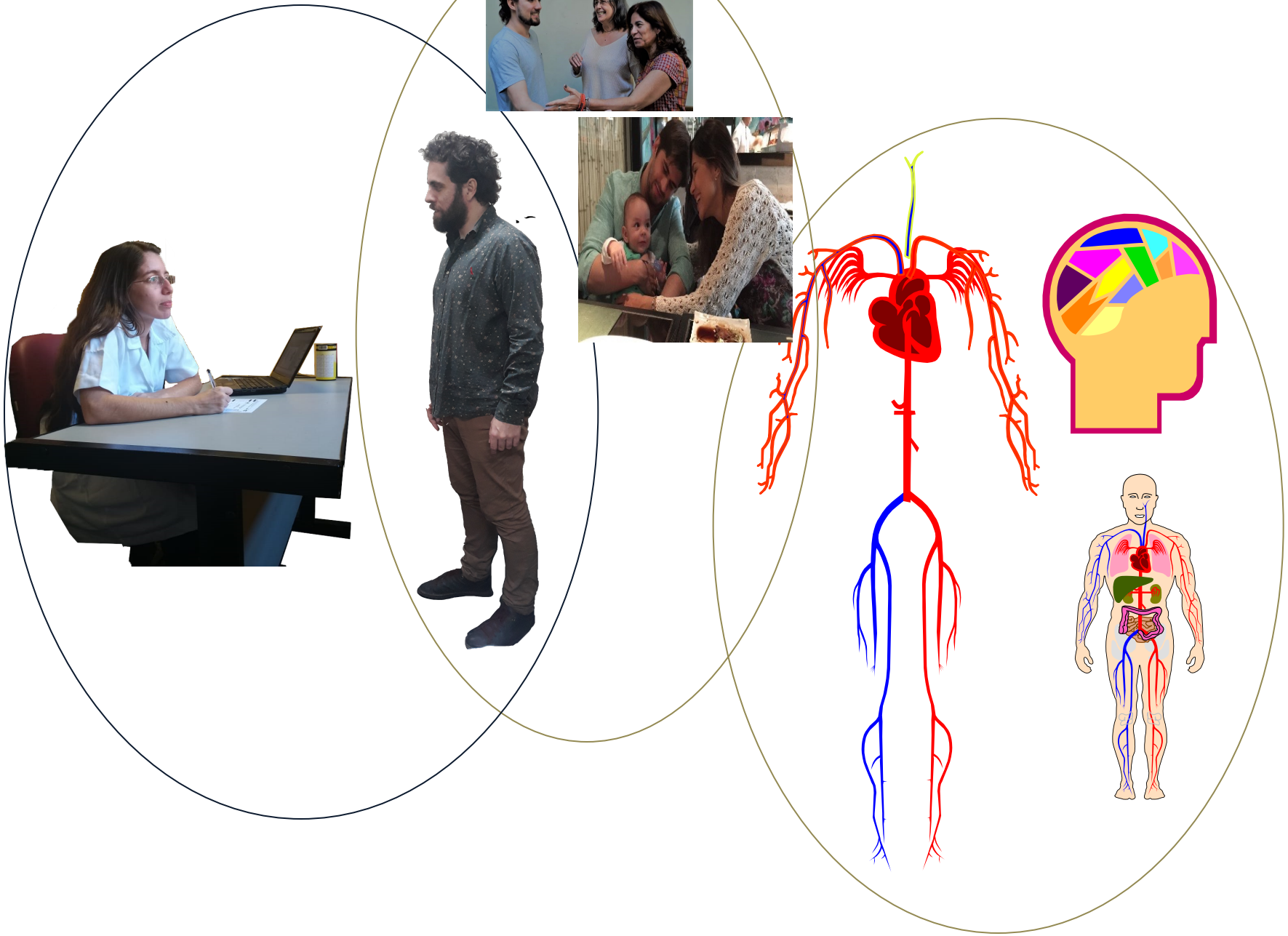
Valores

Sociais

Paradigma Complexidade Biopsicosocial

O que conhecemos como Saúde e Doença, são, na realidade, CONDENSAÇÃO DE EXPRESSÕES



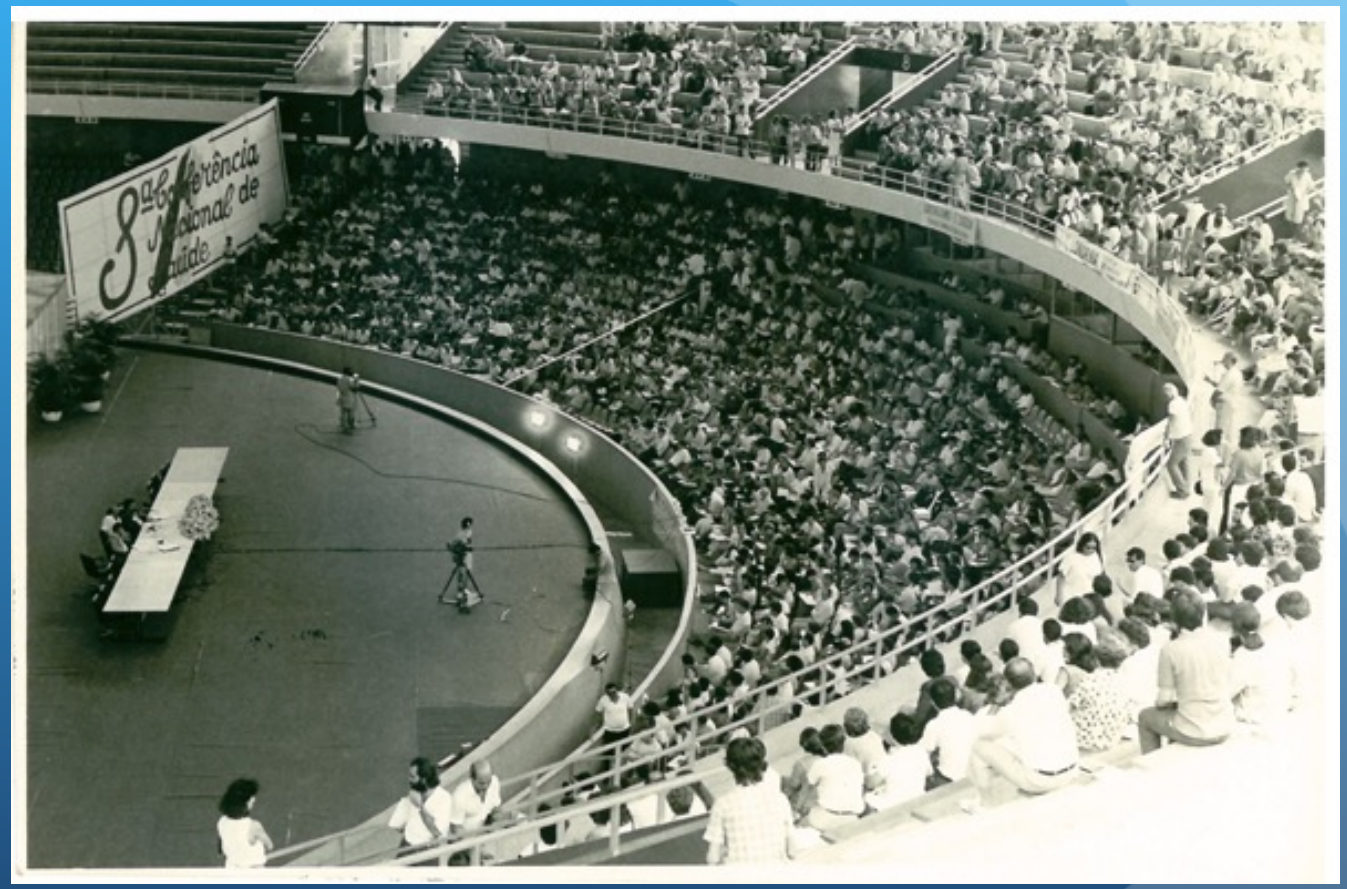


- Mas, aqui no Brasil, mesmo após as recomendaçoes de Alma-Ata, persiste um Sistema de Saúde fragmentado,
  - sem cobertura universal,
  - privilegiava os empregados formais

  - Com uma APS fragmentada e simplificada, voltada para programas verticais – grande parte das vezes influenciados e propostos pelo Banco Mundial

1986 – 8ª Conferencia Nacional de Saúde

“ a intensa movimentação da sociedade civil teve um papel muito importante ... das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde,
em grande parte consubstanciadas no SUS”



1988 – CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA
Criação do SISTEMA UNICO DE SAÚDE

Artigo 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Mas, a APS e a MF

Mas, o Sistema resiste

CONSTRUÇÃO DA MFC NO BRASIL na década de 80
perrengue – disputa entre irmãos

1988 – INAMPS
CORTE DAS BOLSAS DA MAIORIA DOS PROGRAMAS DE RESIDENCIA EM MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA NO BRASIL

CONSTRUÇÃO DA APS NO BRASIL

- **1994** - O Ministério da Saúde cria o Programa de Saúde da Família (PSF)
- 1998 – Estratégia Saúde da Família
- 2002 – Reativação da SBMGC
- 2002 – Mudança do nome da Especialidade para MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

OPAS, Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas, Washington, 2007.

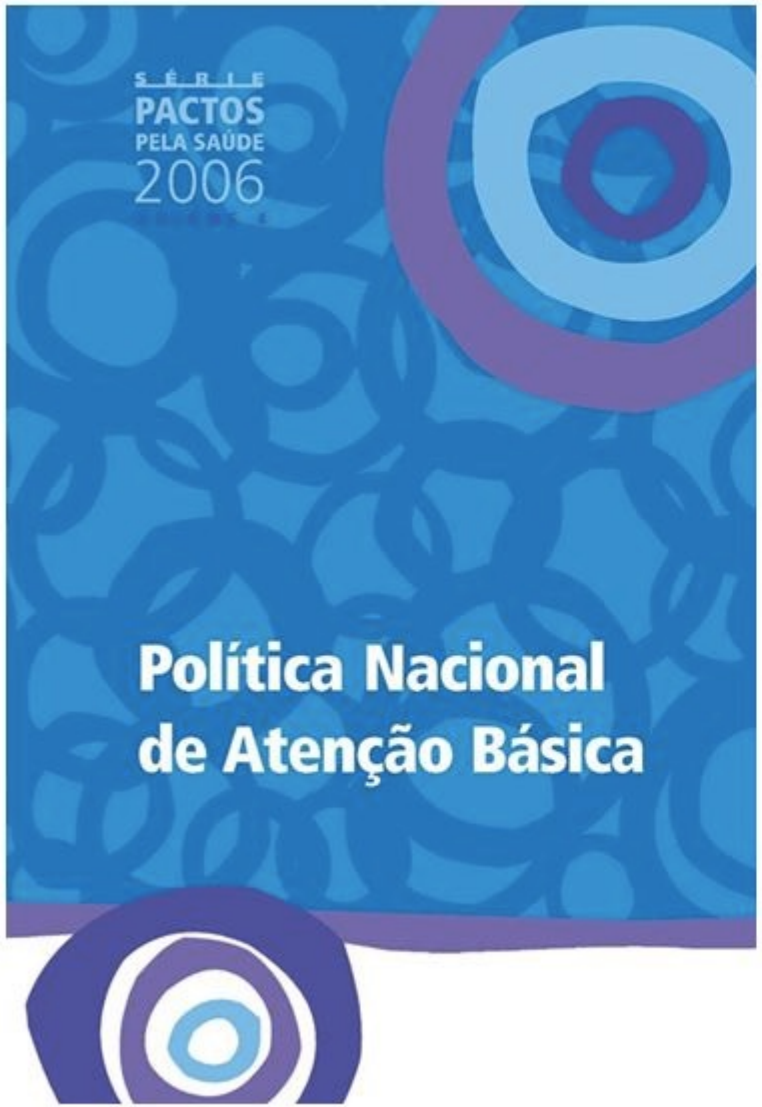
RESISTENCIAS À MUDANÇA – À INCLUSÃO DA APS QUALIFICADA NOS SISTEMAS DE SAÚDE

"[...] **os opositores** são aqueles que **veem a renovação da APS** como **uma ameaça a um *status quo*** que desejam manter.

[...] são alguns médicos especialistas e suas associações, **hospitais, a indústria farmacêutica e algumas organizações de difusão** para suas ideias.

Esses grupos estão entre os mais poderosos em termos de **recursos e capital político** ...**interesses estão frequentemente** alinhados em oposição a muitos **esforços de reforma da saúde**".

No BRASIL novas esperanças



Política Nacional de Atenção Básica

PT GM nº 648, 28/03/06

PRÓ-SAÚDE

Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

Residência

Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde

Pró-Residência

Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas

Telessaúde Brasil

UNA-SUS

Universidade Aberta do SUS

2005-2010

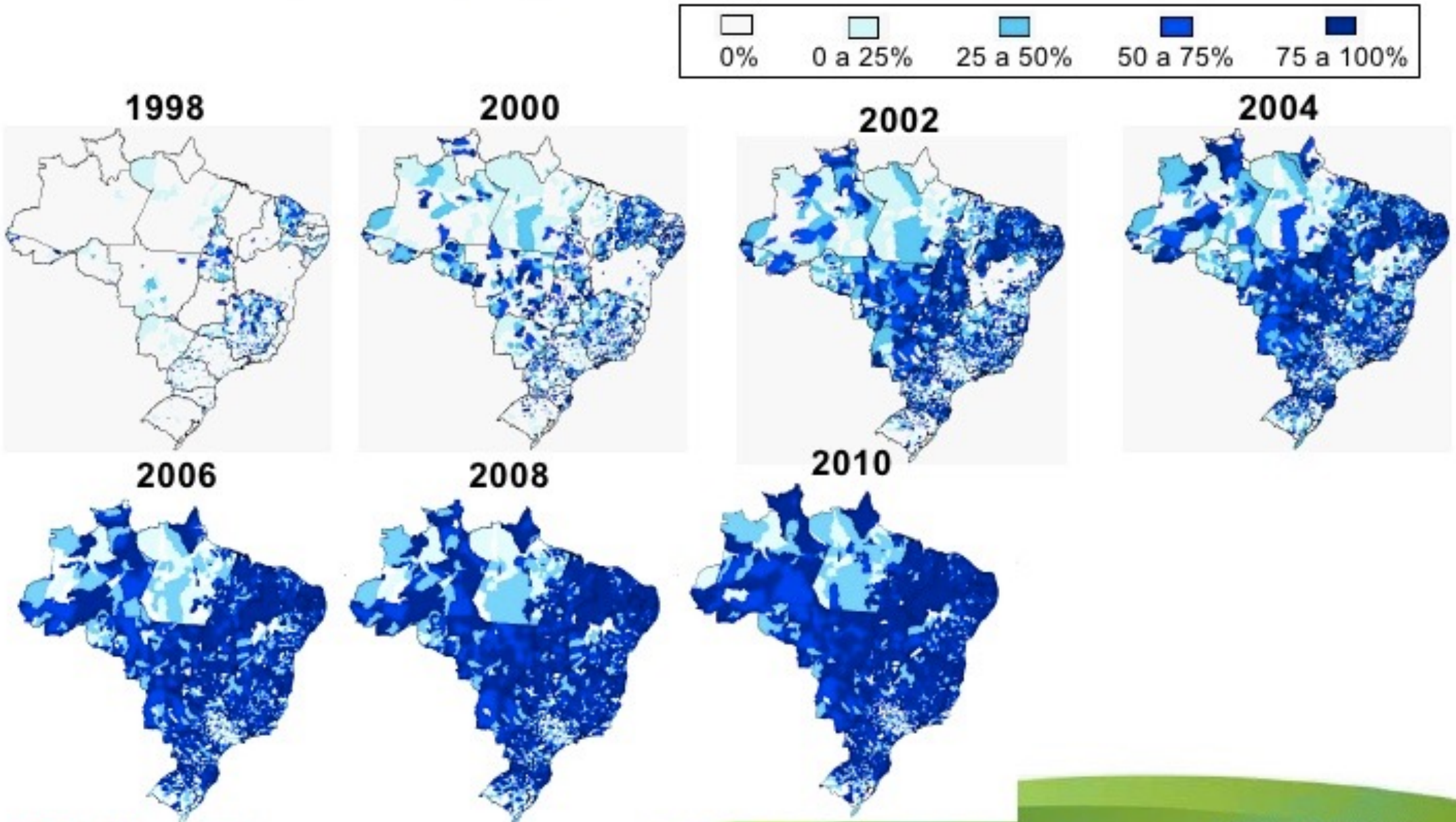
SaúdedaFamília

BRASIL
SORRIDENTE
A SAÚDE BUCAL LEVADA A SÉRIO

NASF
NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

2011-2019

Evolução da População Coberta por ESF Implantadas - BRASIL



SAUDE NÃO TEM PREÇO

SUS Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

NUMERO DE EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA

	1998	2003	2006	2010	2014	2016	2017
Série1	2054	18361	26176	31569	38030	41355	51.715

FONTE:DAB, MS, 2017, MES DE REFERENCIA: JULHO DE CADA ANO

Estratégia Saúde da Família

Dezembro de 2020 - ↓ 43.286 mil equipes

133.710.000 brasileiros e brasileiras

63,6% da população

Fonte: site do Ministério da Saúde MS

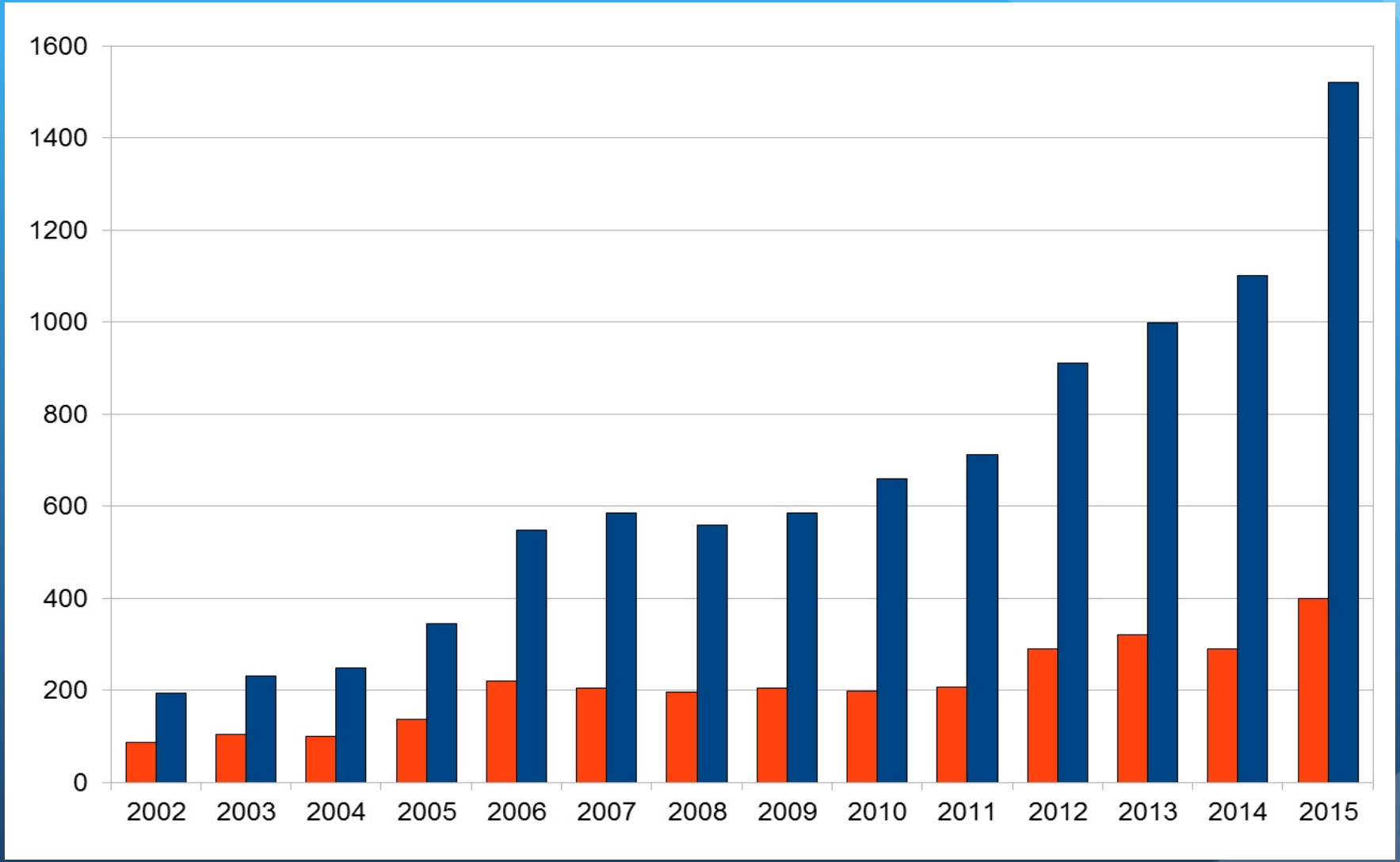
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMILIA
Modelo exitoso de APS qualificada

PROMOÇÃO – PROTEÇÃO – ASSISTÊNCIA
RECUPERAÇÃO DA SAÚDE

INDIVÍDUO **FAMÍLIA** **COMUNIDADE**

Estratégia Saúde da Família

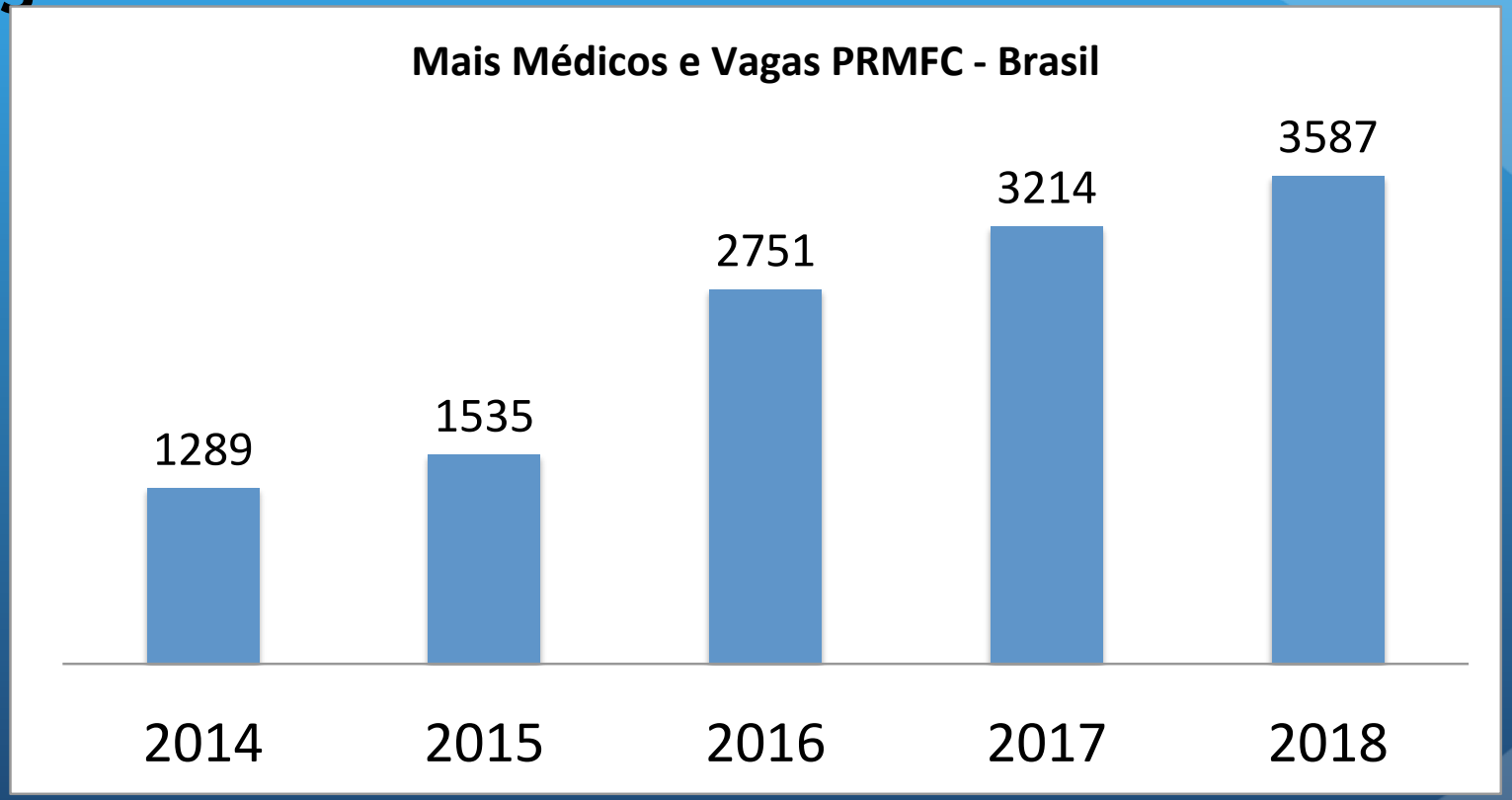
CRESCIMENTO DAS VAGAS DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA NO BRASIL E UMA ESTIMATIVA DA SUA OCUPAÇÃO. (2002-2015)



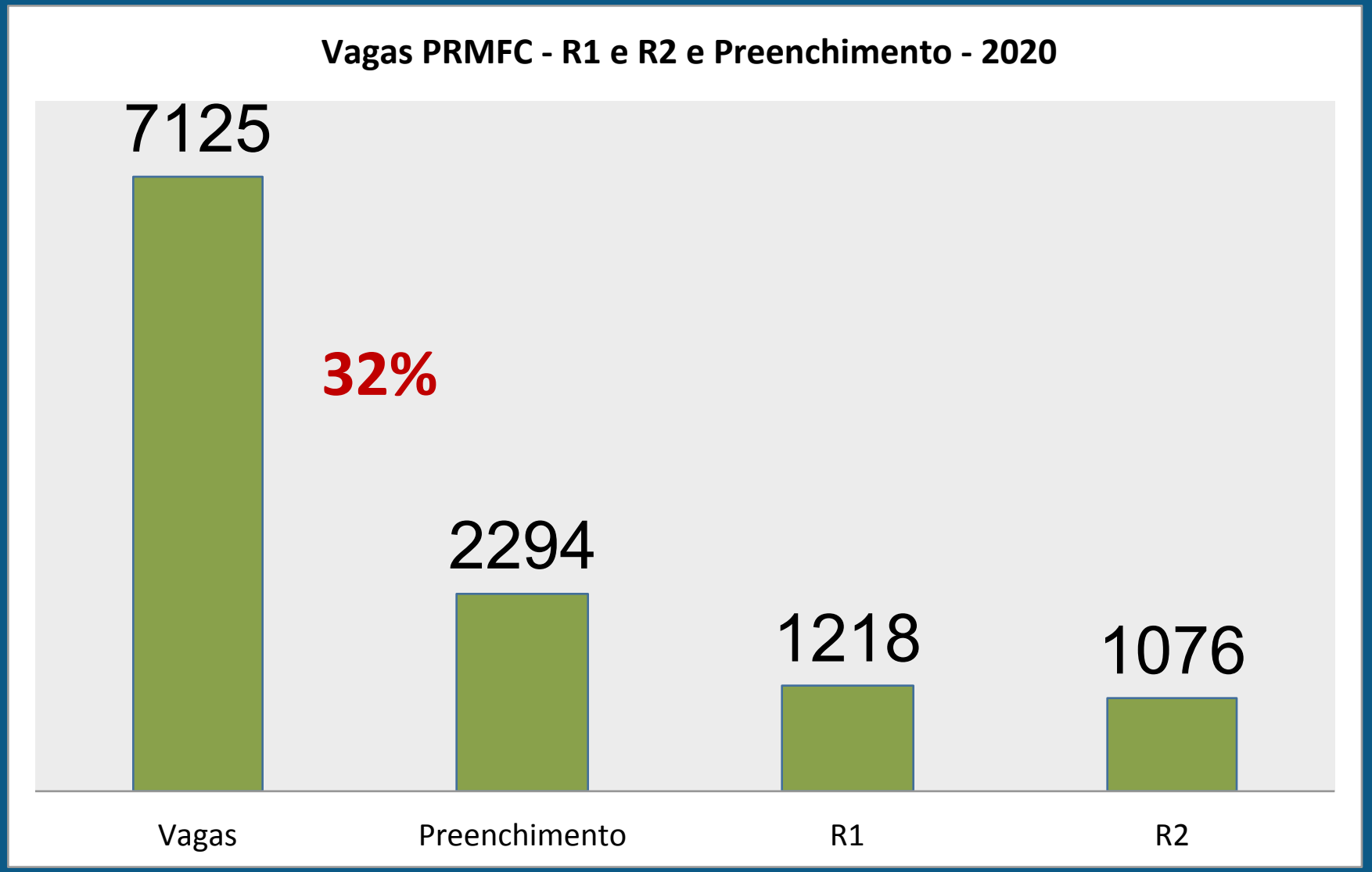
Fonte: TRINDADE, TG 2015. thiagogtrindade@gmail.com

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE

MAIS MÉDICOS



AUGUSTO, D.K. O papel de regulação da residência médica nos sistemas de saúde a evolução das vagas de residência em MFC no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 15., 2019. Cuiabá. Cuiabá: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2019.



Fonte: DIRETORIA DE RESIDENTES - SBMFC

PROGRAMA MAIS MÉDICOS RESIDÊNCIA – Meta da Formação de Preceptores por ano

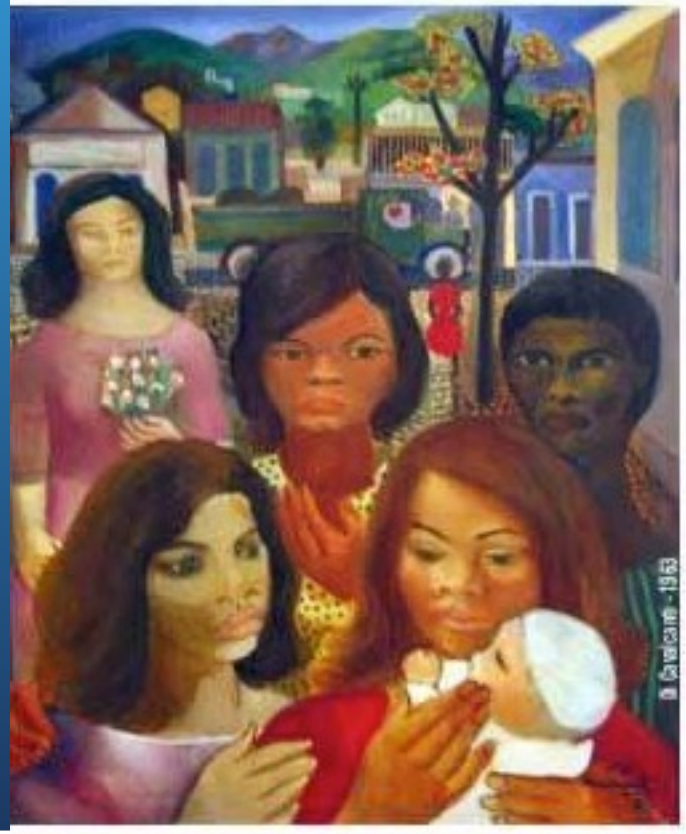
Proporção de 1 Preceptor para cada 3 Residentes de Medicina Geral de Família e Comunidade

MESTRADO PROFISSIONAL

ENSP FIOCRUZ

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Com ênfase na Estratégia Saúde da Família



Aberta as inscrições para o Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com ênfase na Estratégia Saúde da Família, curso em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Rio de Janeiro.

Inscrições: www.sigass.fiocruz.br
Link: inscricoes/saudepublica
Período: 25/09/2017 a 27/10/2017
Início do curso: Fevereiro de 2018
Maiores informações: (21) 2598-2319

Abertura de
Mestrados em APS

Prof-Saúde (foco preceptoria)

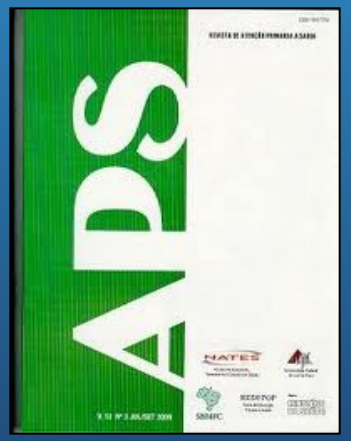
APS / Medicina de Família e Comunidade
FORMAÇÃO / EDUCAÇÃO

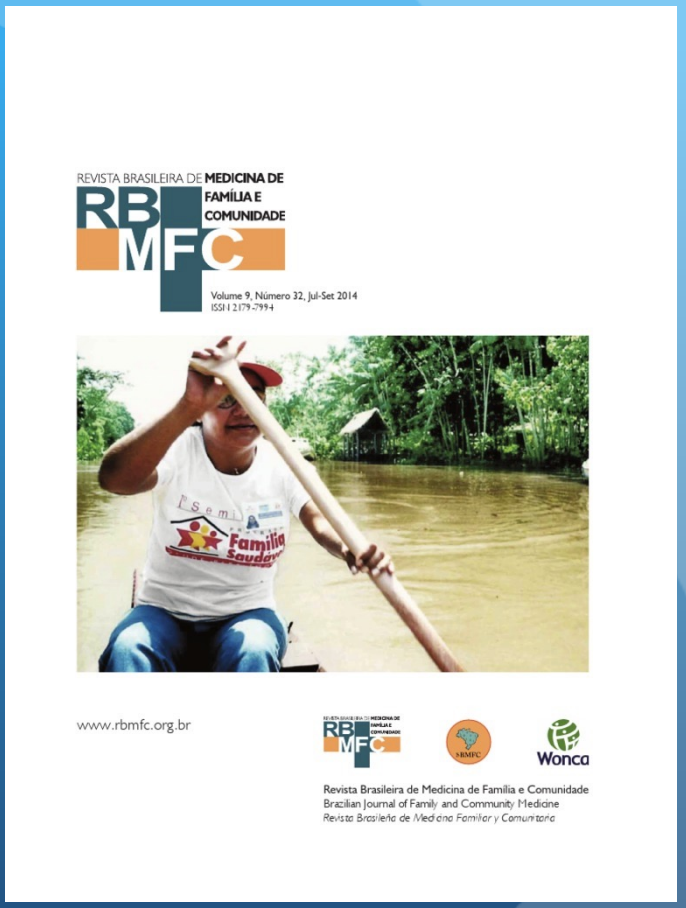
30ª edição
em 17 anos

INSERÇAO DA MFC NA GRADUAÇÃO

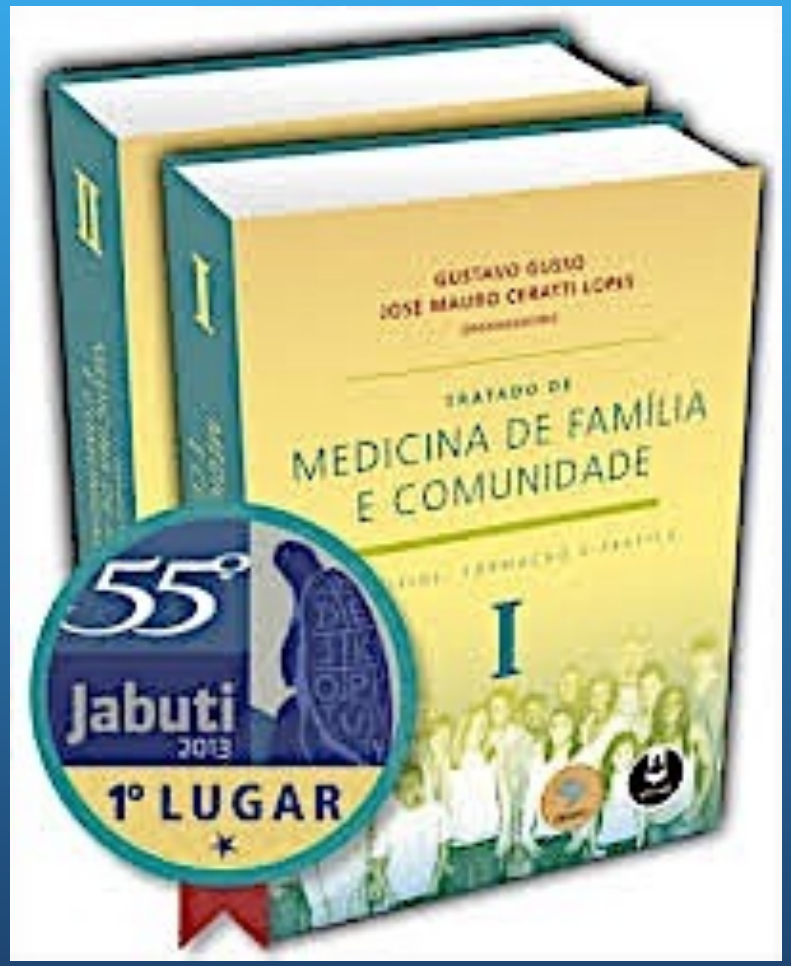
APS/Medicina de Família e Comunidade
Qualificação Científica

Zé foi tb
Um dos primeiros autores do PROMEF
Com a Abordagem CENTRADA NA PESSOA

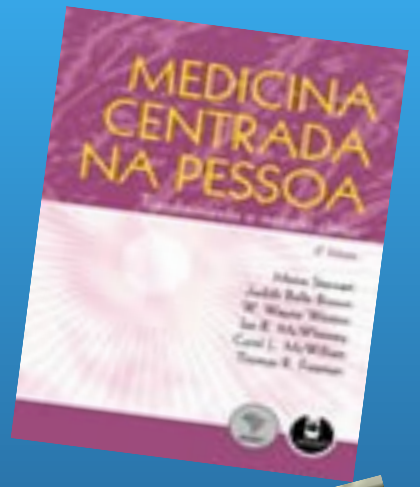


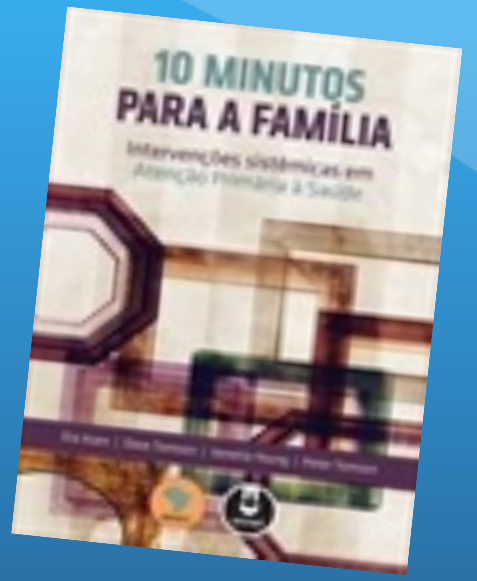


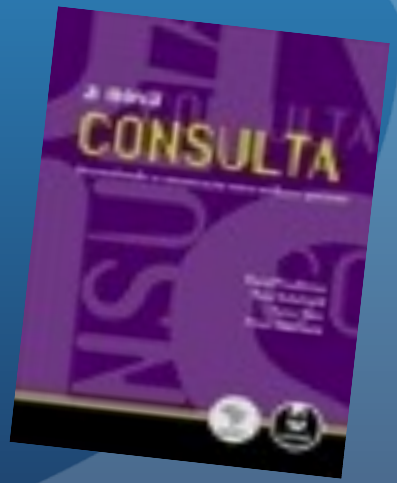
APS/Medicina de Família e Comunidade
Qualificação Científica



APS/Medicina de Família e Comunidade
Qualificação Científica







CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS para Medicina de Família e Comunidade

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA
DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

2016 – 21o CONGRESSO MUNDIAL DA WONCA

CIDADE DO RIO DE JANEIRO – DANIEL SORANZ RECEBE PREMIO

PELA REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO COM BASE NA

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Importância da Estratégia Saúde da Família para o Brasil e para o mundo

- Desde a inclusão da Estratégia Saúde da Família, abriu-se uma janela de oportunidades para o desenvolvimento de uma APS robusta e qualificada e se vislumbrou de forma concreta o caminho para a transformação do SUS.
- Impactos robustos nos indicadores de saúde
- Reconhecimento internacional
- Vários países adotando e se inspirando na Estratégia Saúde da Familia para reformas nos seus próprios modelos de APS

IMPACTO DA ESF NO MODELO DOCENTE ASSISTENCIAL

DOENÇA - HOSPITAL

Corpo

Atenção fragmentada, especializada e medicalizante

Durante 18 anos
1998 – 2016

Estávamos saindo, de fato de um modelo arcaico para um modelo contemporâneo e mais qualificado de atenção à saúde.

PESSOA – FAMILIA – COMUNIDADE
Coordenação da APS

Processo Saúde-Adoecimento

Atenção Integral à saúde

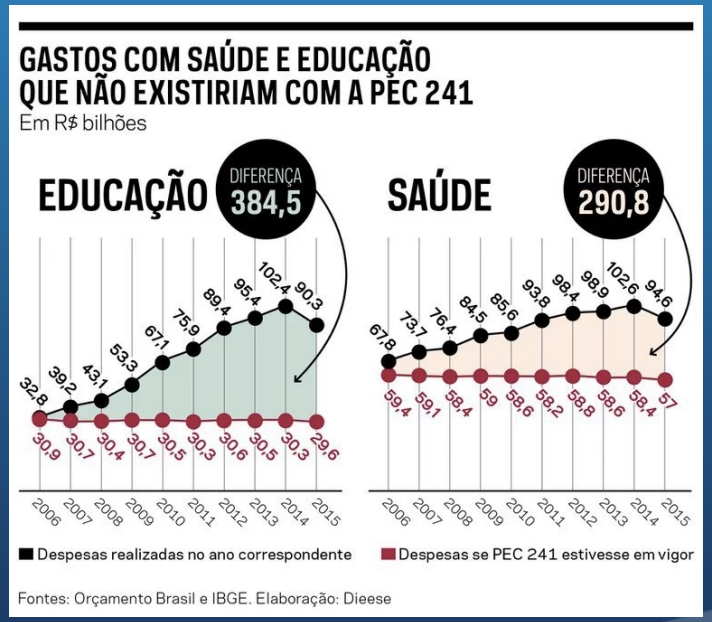
Mas....

Ai, em 2016, se concretiza o “golpe” de estado

Na realidade, mais uma ação conjunta *do status quo* para regredirmos nos avanços e continuarmos com um modelo que privilegia os interesses econômicos de empresários da saúde e que considera a saúde como item de mercado e bem de consumo.

SIRVAM-SE!
PEC 241
SAÚDE
EDUCAÇÃO

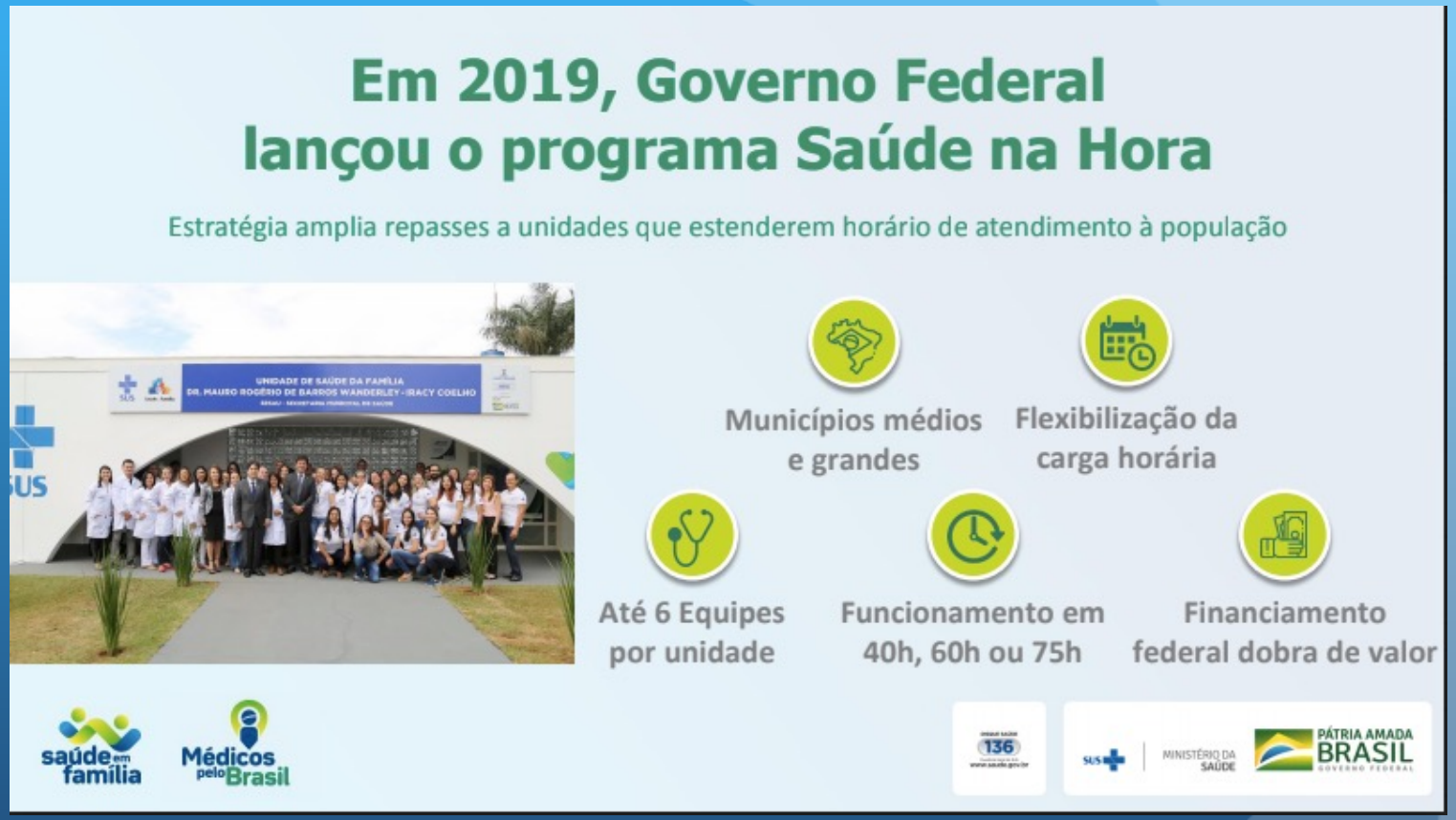
SALÁRIOS
DIREITOS SOCIAIS
EDUCAÇÃO PÚBLICA
CONCURSOS PÚBLICOS


GASTOS COM SAÚDE E EDUCAÇÃO QUE NÃO EXISTIRIAM COM A PEC 241
Em R$ bilhões
EDUCAÇÃO
DIFERENÇA 384,5
32,8 39,2 43,1 53,3 67,1 75,9 89,4 95,4 102,4 90,3
30,9 30,7 30,4 30,7 30,5 30,3 30,6 30,5 30,3 29,6
SAÚDE
DIFERENÇA 290,8
67,8 73,7 76,4 84,5 85,6 93,8 98,4 98,9 102,6 94,6
59,4 59,1 58,4 59 58,6 58,2 58,8 58,6 58,4 57
2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015
Despesas realizadas no ano correspondente
Despesas se PEC 241 estivesse em vigor
Fontes: Orçamento Brasil e IBGE. Elaboração: Dieese

GOVERNO BOLSONARO

1ª MEDIDA do Ministério da Saúde 2019

- A falácia de ofertar “saúde na hora” para pessoas que majoritariamente apresentam doenças crônicas
- A fragmentação da carga horária médica
- A descaracterização da ESF;
- A desvinculação dos profissionais de saúde com seus territorios e suas equipes
- de trabalho
- O incremento da “pontualidade”da atenção



Rio de Janeiro

2019

Saúde na Hora e seus impactos

Salvar

ASO NA SAÚDE

Mudanças transformam as clínicas em 'UPAs da família'

Contratação de plantonistas e remanejamento de médicos prejudicam a atenção básica

Flávia Junqueira
flavia@extra.inf.br

Todos os dias, numa extensa região da Zona Oeste do Rio, que inclui Bangu, Realengo, Campo Grande e Guaratiba, as 59 clínicas da família abrem com a metade de suas 266 equipes sem médico. De acordo com a Secretaria municipal de Saúde, desde o último dia 6, quando uma nova organização social passou a administrar as unidades e muitos profissionais não quiseram permanecer nos postos de trabalho em função da redução nos vencimentos, o remanejamento de médicos tem sido a solução para não deixar clínicas completamente descobertas. A nova gestora, o Instituto de Psicologia Clínica Educacional e Profissional (IPCEP) também lançou mão de um tipo de contratação inédito na atenção básica: plantonistas, criando o que já vem sendo chamado de "UPAs da família".

— Desde a última semana, com médicos saindo para exames demissionais, temos uma vacância de cerca de 50% nas equipes. Estamos olhando a clínica como um todo e fazemos remanejamentos de profissionais para deixá-las com pelo menos um médico. Não é o ideal, assim como a contratação de plantonistas é uma estratégia provisória e de curto tempo. São opções que você faz para não deixar a população sem médico — diz o subsecretário municipal de Atenção Primária, Leonardo El Warrak.

A estratégia encontrada pela Secretaria de Saúde, no entanto, não vem surtindo efeito. Ao "descobrir um santo para cobrir outro", muitos pacientes vêm relatando que estão tendo as consultas desmarcadas ou são orientados a voltar outro dia.

— Volte amanhã, volte daqui a três dias. E assim não consigo que meu filho seja visto pelo médico para pegar um atestado para fazer educação física. Nunca tem agenda aberta para marcar consulta — reclama a dona de casa Elaine Cristina do nascimento, de 42 anos, paciente da Clínica da Família Isabela Severo da Silva, em Campo Grande, onde quatro dos seis médicos saíram com a troca da gestão. Permaneceram dois, ligados ao programa Mais Médicos, do governo federal.

Elaine e o filho tentam consulta em clínica de Campo Grande

DISTORÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA

A portaria do Ministério da Saúde nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), com a atualização das diretrizes para a organização da Atenção Básica

COMO DEVE SER	COMO ESTÁ SENDO
A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, visa o planejamento e a implementação de ações para a proteção e a promoção da saúde da população	Médicos contratados para fazer plantão ou deslocados de suas clínicas de origem não conhecem os pacientes, recebem pessoas que procuram a unidade com sintomas que requerem o pronto-atendimento, para resolver emergências de baixa complexidade
Um dos princípio da Pnab é a integralidade no cuidado: o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde deve oferecer cuidado, promoção e manutenção da saúde	O foco é atender quem procura a unidade com problemas agudos de saúde, não há promoção da saúde ou prevenção de doenças
O atendimento à população do território em que fica a clínica é uma forma de estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado	Com a saída dos médicos em função da redução da remuneração, muitas famílias perderam os médicos com quem haviam construído vínculos. O médico plantonista ou remanejado de outra área não consegue oferecer a continuidade da relação de cuidado
A Pnab recomenda que cada equipe de Saúde da Família tenha de 2.000 a 3.500 pessoas cadastradas, localizadas dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica	Há muitas equipes com 5.000 pessoas cadastradas na Zona Oeste, onde cerca de 90% da população é usuária do SUS, e até casos que chegam a 8.000 moradores registrados
Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por agente comunitário	Em clínicas da família localizadas em áreas carentes de Campo Grande, por exemplo, há agentes com 1.600 pessoas sob sua responsabilidade, impossibilitando o acompanhamento domiciliar adequado dos pacientes prioritários
A Pnab determina que há a obrigatoriedade de carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família. Dessa forma, os profissionais poderão estar vinculados a apenas uma equipe	A organização social que assumiu 59 clínicas na Zona Oeste está contratando plantonistas para cumprir 12 horas de trabalho (R$ 1.200), em dias de semana, ou cinco horas (R$ 600), aos sábados

INFOGRAFIA

O MANUAL DO DESMONTE DA ESF
A CARTILHA DA PRIVATIZAÇÃO DO SUS

- PNAB 2017
- SAÚDE NA HORA
- MÉDICOS PELO BRASIL
- PREVINE BRASIL
- ADAPS

MODELO ASSISTENCIAL

Tecnologia Industrial

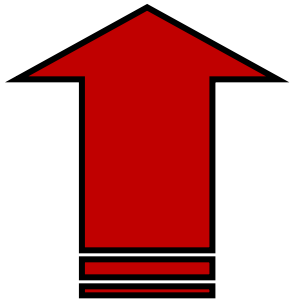
FATOR ETIOLÓGICO

DOENÇA

Corpo

Atenção fragmentada,
especializada e medicalizante

Perigamos regressar
Rapidamente, pois o modelo
biomédico ainda é hegemônico



Tecnologia do Cuidado

Processo

PESSOA – FAMILIA – COMUNIDADE

Processo
Saúde-Adoecimento

Atenção Integral à saúde

Desafios passados e presentes

* Quais estratégias técnico-políticas, de curto e médio prazo, para alcançamos 60.000 (no mínimo) e 100.000 (necessário) MFC?

* Como atrair e fixar MFC nos municípios?

*Como atrair estudantes de MFC para a especialidade?

* Como estabelecer um plano de cargos, carreira e salários que apresente uma possibilidade de estabilidade financeira e de projeto de vida para a MFC ?

* Como atuar para manter a lógica da ESF/NASF e a perspectiva multidisciplinar?

* Como atuar para alcançar uma população adsscrita para o cuidado dentro de limites razoáveis (no máximo 3.000 pessoas/equipe – e se população vulnerablizada – até 2.500 pessoas?

Desafios presentes e futuros

*Brasil Pós Golpe – Modelo liberal - Perda direitos sociais
Saúde como bem de mercado e bem de consumo
*AMEAÇAS AO SUS
* Privatização da APS – ADAPS
* Mudança de modelo – Mercantilização da Saúde

Desmonte da ESF

* Perda da integralidade e abrangencia do olhar e da prática – foco no atendimento medico individual – sem abordagem e participação familiar e comunitária
“Privatização e simplificação” da formação e do trabalho da MFC - Planos de Saúde

Como garantir o SUS e a APS de qualidade frente a estas proposições, especialmente pós-golpe?

Como garantir a MFC e a Estratégia Saúde da Família?

- Que temos que fazer, então?
- Continuar construindo a Atenção Primária à Saúde **COM BASE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA** e a medicina de familia e comunidade com seriedade, disciplina e dedicação

DESENVOLVER E APERFEIÇOAR CINCO COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A MFC E NA ESF?

1. Paradigma da Complexidade/Sistêmico (Integralidade Biopsicosocioespiritual)
2. Abordagem Centrada na Pessoa
3. Abordagem Familiar
4. Abordagem Comunitária
5. Política / Ética Profissional

Aproveitar os ensinamentos de Tudor Hart
sobre as contribuições da MFC e APS à formação médica [e aos Sistemas de Saúde]

1) **Contribuir para corrigir a ignorância social**
   - Desenvolver preocupação e respeito verdadeiros para uma população de verdade

2) **Lidar com a incerteza**
   - Compreender as limitações do conhecimento

3) **Desenvolver uma raiva disciplinada**
   - Não contra as pessoas, mas contra as ações /situações que impedem o cuidar em saúde de forma adequada às necessidades da população.

Julian Tudor Hart,
Relation of primary care to undergraduate education, Lancet, 1973,

INTERNISTA
CIRUJANA
MEDICA FAMILIAR
PEDIATRA
ANESTESIOLOGA