

Medicina de Família e Comunidade, Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família: Relações, Desafios e Potencialidades

Autores: Maria Inez Padula Anderson¹, Ricardo Donato Rodrigues²

SUMÁRIO EXECUTIVO

Por que, mais de 40 anos após Alma Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Medicina de Família e Comunidade (MFC), ainda não conseguiram se consolidar no Brasil e na grande maioria dos países da América Latina? Por que a Estratégia Saúde da Família, apesar de todos os avanços que têm trazido ao Sistema de Saúde brasileiro está sofrendo um processo de desmonte? Esta Nota Técnica foi produzida com o propósito de refletir sobre uma matriz explicativa que possa ampliar a compreensão das motivações que, até os dias de hoje, impedem o desenvolvimento adequado da Medicina de Família e Comunidade e da própria Atenção Primária à Saúde nos sistemas de saúde de todo o mundo, mas, principalmente, no Brasil e na América Latina. Avalia-se que compreender e refletir sobre estas motivações mais seminais podem contribuir para desenvolver estratégias e planos de ação mais competentes e resolutivos no enfrentamento e superação destes problemas. Para tanto, entende ser pertinente analisar os impactos da Reforma Flexner na formação e na prática médica, em praticamente todo o mundo ocidental, a partir de 1910, uma vez que esta reforma se traduziu e se traduz em uma determinada forma de entender saúde e doença, e de valorizar algumas práticas e modelos de sistemas de saúde em detrimento de outros.

Parte 1 Introdução – Nesta parte, o documento discorre sobre o nascimento e incorporação da medicina científica no ensino e na prática médica. Assinala que tal nascimento ocorreu entre o final do século XVIII e os primeiros anos do século XIX e relata sua natureza biologicista e mecanicista inspirada no método cartesiano de pesquisa científica. Salienta, em seguida, que esta medicina científica ensaiada nos hospitais terapêuticos recém instituídos, concentra sua atenção na abordagem diagnóstica e terapêutica de alterações fisiopatológicas processadas na intimidade do corpo e suas relações com as manifestações clínicas apresentadas pelos doentes. Para tanto, institui um método clínico coerente aberto à incorporação progressiva de tecnologias duras – fármacos e equipamentos médico-hospitalares – na sua prática. Enfatiza que esta medicina com foco na doença fragmenta o olhar profissional em um número crescente de especialidades e respectivas áreas de atuação em detrimento da pessoa em sua integralidade e que tal modelo assistencial assume uma posição hegemônica a partir da Reforma Flexner do ensino médico iniciada em 1910 nos Estados Unidos. Neste contexto, a medicina generalista perde espaço e reconhecimento.

Parte 2 Impactos do Reforma Flexner: crise dos sistemas de saúde e surgimento da Medicina de Família e Comunidade – Aqui o documento ressalta que o crescente desenvolvimento tecnológico, a subespecialização, o hospitalocentrismo e o foco na doença (e não na pessoa),

¹ Maria Inez Padula Anderson, Médica de Família e Comunidade, Doutora em Saúde Coletiva, Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, Diretora Científica da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

² Ricardo Donato Rodrigues, Clínico Geral, Doutor em Saúde Coletiva, Professor Adjunto aposentados da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ

são quatro dos elementos fundamentais que passaram a definir qualidade da formação e da prática médica a partir da implantação do Relatório Flexner. Os sistemas de saúde centrados na lógica flexneriana, cuja orientação biomédica se torna cada vez mais biotecnológica, passaram a conviver com situações de crise, inclusive pelos altos custos dos procedimentos médico-hospitalares. Crises que induziram o desenvolvimento de projetos de “contrarreforma” nos sistemas de saúde, a exemplo do Relatório Dawson, já em 1920. Nos EUA e no Canadá, nos anos de 1940, a insatisfação com os impactos da Reforma Flexner se fizeram sentir como uma resposta dos médicos generalistas - maioria dos médicos em atividade até então - através da criação de academias e faculdades dedicadas à medicina de generalista, com fortes críticas à superespecialização da medicina. Destaca também que, em 1962, a OMS deu ênfase à Medicina de Família como estratégia de organização dos sistemas de Saúde e que na década de 1960, nos EUA e no Canadá, surgem as primeiras residências para a formação de Médicos de Família, seguidos, alguns anos depois, em meados da década de 1970 pela América Latina e Caribe, no México, Brasil, Bolívia, Costa Rica, Argentina, Colômbia, Equador e Venezuela. Neste contexto, o documento chama a atenção para o fato de que a Medicina de Família surgiu como resposta a uma necessidade social, uma mudança de paradigma na ciência em geral, passando de uma abordagem reducionista para uma sistêmica - representada pela abordagem biopsicossocial e não pelo modelo cartesiano, anátomo-clínico ou biomédico, da medicina tradicional. Este modelo mais ampliado de compreender o processo saúde-doença é coerente com as questões de saúde que se apresentam no âmbito da APS tendo em conta a multidimensionalidade do processo saúde-doença. Desde então, a Medicina de Família vem se desenvolvendo como especialidade, em praticamente todo o mundo, nas diferentes dimensões que caracterizam uma especialidade: como uma disciplina, como um papel profissional, como um campo de pesquisa como uma área de serviços de saúde.

Parte 3 Desafios para o desenvolvimento de uma APS inclusiva e qualificada em quase todos os países da América Latina - Esta parte do documento destaca que os efeitos da biomedicina, e do complexo médico-industrial se fazem sentir e os poderes sociais e econômicos por eles gerados têm sido superiores à lógica trazida pelas recomendações de inclusão da APS e da MFC. De tal forma que os sistemas de saúde na maior parte do mundo, e especialmente na América Latina, ainda resistem sem as reformas fundamentais e sem considerar medicina de família e comunidade como especialidade central; nem adotaram o modelo organizacional proposto pelo Dawson. O documento de 2007, da Organização Pan-americana da Saúde - *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas* - identifica as resistências à implantação e ao desenvolvimento da APS nas Américas, que podem ser consideradas atuais, até os dias de hoje. Os opositores à APS estão apresentados como “[...] aqueles que veem a renovação da APS como uma ameaça a um status quo que desejam manter. [e, neste contexto] alguns médicos especialistas e suas associações, hospitais, assim como a indústria farmacêutica e algumas organizações de difusão para suas ideias”. Chama ainda a atenção para o fato de que esses grupos estão entre os “mais poderosos em termos de recursos e capital político [e, seus] interesses estão frequentemente alinhados em oposição a muitos esforços de reforma da saúde”.

Parte 4 - Relação entre os conceitos e princípios que regem a Medicina de Família e Comunidade e as necessidades da própria na APS - Esta parte do documento apresenta as relações entre a APS e a MFC. Para tanto, explora diferentes movimentos que buscaram

conceituar e caracterizar a MFC e relacioná-la com os conceitos e características da APS. A Declaração de Alma Ata, da Conferência Mundial de Saúde, em 1978, estabelece características da APS que coincidem com outras descritas, previamente em 1977, por exemplo, pelo Grupo de Trabalho de Leeuwenhorst sobre o trabalho do especialista em medicina de família, destacando alguns pontos-chave: os cuidados personalizados a pessoas e famílias de um território determinado; a visão abrangente, integrando fatores físicos, psicológicos e sociais; as atividades colaborativas com outras disciplinas e a responsabilidade profissional com a comunidade. Esta descrição, além de estar em sintonia com Alma Ata, mostra-se coerente também com os atributos que caracterizam a Atenção Primária à Saúde segundo o entendimento da consagrada professora e pesquisadora Bárbara Starfield, a saber: acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado (atributos essenciais), orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (atributos transversais). Em 2010, a Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar, uma das sete regionais da WONCA (da qual a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade faz parte) no documento: *Perfil do Médico de Família e Comunidade: Definição Iberoamericana* destaca que a “Medicina de Família e Comunidade como especialidade clínica é a disciplina com melhores capacidades para liderar a aplicação da estratégia da Atenção Primária em Saúde, dado a perspectiva clínica com a qual atua, com estratégias, tecnologias e técnicas que lhe são próprias, além de seu enfoque na prevenção de riscos, na atenção contínua, na integralidade e no humanismo”. Este documento chama especial atenção para o trabalho multidisciplinar e intersetorial, bem como a importância do trabalho comunitário da MFC na Região.

Parte 5 Implantação e desafios para desenvolvimento da Medicina de Família e Comunidade no Brasil, contexto técnico e político – Esta parte do documento faz um breve histórico da criação da especialidade, dos desafios e do contexto político que acontecia à época. Recorda que os primeiros projetos de formação em Medicina de Família e Comunidade, surgem ainda antes de Alma Ata: os primeiros programas de Residência em Medicina Geral Comunitária (nome original da especialidade) surgem em 1976 na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), no Murialdo (Porto Alegre) e em Vitória de Santo Antão, Pernambuco, sendo logo seguidos pelos programas do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre e de Natal no Rio Grande do Norte. Ao longo dos seus 45 anos de existência no Brasil, a MFC vem sofrendo desafios como ameaças de extinção como especialidade. A criação em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF), tornado Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1996, abre afinal a possibilidade de um campo de trabalho para a MFC no Brasil, no contexto de um modelo de APS mais robusto, afastado daquela ideia simplista sempre associada à APS.

Parte 6 - Estratégia Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade no Brasil hoje

Esta parte do documento apresenta a Estratégia Saúde da Família, como um modelo exitoso de APS, pelo seu caráter abrangente e multidisciplinar, constituindo, de fato, uma oportunidade única para a reforma do sistema de saúde brasileiro, com saída do modelo hospitalocêntrico, para um outro, conformado por uma rede poliárquica de serviços. Relaciona a ESF como espaço de atuação para a MFC e também como cenário privilegiado de formação em MFC, e para outras profissões na área da saúde, especialmente a enfermagem e a odontologia, mas não exclusivamente. Evidencia como os princípios, conceitos e práticas da MFC se articulam e guardam sintonia aos da ESF. Para tanto, recupera a resolução 05/2002 da

Comissão Nacional de Residência Médica que regulamenta a MFC, e o currículo baseado em competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), lançado em 2014. Destaca, neste contexto, as competências relativas ao trabalho em equipe multiprofissional, e os tipos de atividades de MFC que têm inserção prevista nas da ESF, sejam elas atividades de consulta individual, de abordagem familiar; visitas domiciliares; atividades de grupo terapêutico e de educação em saúde; atividades interdisciplinares intersetoriais; de abordagem e diagnóstico comunitário; participação em reuniões de equipe para avaliação e planejamento de ações; entre outras.

Parte 7 - Políticas de indução e posterior desmonte da APS/ESF implementadas a partir do golpe parlamentar de 2016 e impactos na MFC– Esta parte do documento cita as numerosas políticas de qualificação e indução que foram promovidas pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, especialmente entre o início dos anos 2000 até 2016, para o crescimento e fortalecimento da ESF e que estavam permitindo avanços inconteste na organização do SUS (Anderson, 2019). Todas estas iniciativas foram e são necessárias para vencer as barreiras ainda presentes na conformação e qualificação de uma APS robusta no SUS. Reconhecidamente, uma das principais é aumentar o quantitativo de especialistas em MFC. O país requer, no mínimo, sessenta mil médico/médicas de família e comunidade. Vencer este desafio exige políticas públicas – especialmente em relação à definição do percentual de vagas para programas de residência médica, como é feito em diversos países, como Canadá – onde a média percentual de vagas para programas de residência em medicina de família e comunidade é de 44%. Cita o “golpe” de Estado no Brasil, em 2016, caracterizando um período de governo de características neoliberais que instituiu medidas que fazem regredir os avanços na área da saúde, em especial, da APS. Neste contexto, busca-se privilegiar os interesses econômicos de empresários da saúde, abrindo caminho para o desmonte da ESF e para a privatização da APS, com a criação da Agência para o Desenvolvimento da APS (ADAPS), na forma de pessoa jurídica de direito privado, que deslocou a gestão pública da APS para o âmbito privado no nível federal. Além disso, cita outras políticas, como parte deste processo de desmonte: a PNAB 2017, o programa Saúde na Hora; o Médicos pelo Brasil; o Previne Brasil. Ressalta que estas iniciativas apontam para o comprometimento dos princípios da universalidade e da integralidade que regem o SUS e restringem o alcance do olhar profissional, limitando o espectro da prática em saúde na APS, valorizando apenas o cuidado clínico individual, em detrimento das abordagens familiar e comunitária.

Parte 8 - Desafios presentes e estratégias de enfrentamento para a Medicina de Família e Comunidade na Estratégia Saúde da Família - Nesta parte, sumariamente, o documento apresenta os principais desafios enfrentados hoje pela MFC na ESF na forma das seguintes perguntas: Quais estratégias técnico-políticas, de curto e médio prazo, para alcançarmos o número de 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 manter a visão e a prática ampliada da MFC, incluindo a necessária e inextricável simultaneidade entre Abordagem Centrada na Pessoa, Abordagem Familiar e Abordagem Comunitária? Como atuar para manter a lógica da ESF/NASF e a perspectiva multidisciplinar? Como atuar para alcançar uma população adscrita que seja adequada para o cuidado em saúde dentro de limites razoáveis? (no máximo 3.000 pessoas/equipe – e se população vulnerabilizada até 2.500 pessoas?) Como lidar com o

agressivo movimento que algumas operadoras de planos de saúde vêm fazendo para contratar médicos de família para atuar no setor privado? Como lidar com a possibilidade de fechamento de serviços e unidades públicas de saúde com o agravamento do já insuficiente financiamento do SUS? Como lidar com o agravamento da iniquidade que podem advir da não resolução destas situações? Conclui apontando algumas estratégias centrais para o enfrentamento destes desafios: APS e MFC para atingirem seu potencial, necessitam superar as limitações do modelo cartesiano-anátomo-clínico e biomédico que comprometem a compreensão do processo saúde-adoecimento em sua integralidade, necessitando atuar sob a égide do paradigma sistêmico e complexo. A ESF, caracterizada pelo trabalho em equipe multiprofissional, é reconhecidamente um dos modelos de APS mais avançados do mundo a exigir, portanto, ações concretas de resistência às tentativas de desmonte, bem como ao lado de outras tantas, voltadas para seu desenvolvimento permanente.

INTRODUÇÃO

Por que, mais de 40 anos após Alma Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Medicina de Família e Comunidade (MFC), ainda não conseguiram se consolidar no Brasil e na grande maioria dos países da América Latina? Por que a Estratégia Saúde da Família, apesar de todos os avanços que têm trazido ao Sistema de Saúde brasileiro está sofrendo um processo de desmonte? Esta nota técnica objetiva apresentar respostas a estas perguntas, tomando como base de análise uma matriz explicativa que se relaciona aos princípios e conceitos que apoiaram a organização dos sistemas de saúde em todo o mundo a partir do Século XX. Parte do pressuposto de que é necessário compreender a raiz dos problemas que até hoje impactam e afetam negativamente a APS e a MFC, para que se possa enfrentá-los de modo mais resolutivo. Para tanto, entende-se pertinente analisar os impactos da Reforma Flexner na formação e na prática médica, no mundo ocidental, desde 1910. Neste contexto, aborda também as dificuldades para o desenvolvimento da MFC no Brasil, desde os primeiros programas de residência na área, em 1976, e que se referem também às dificuldades para o desenvolvimento de uma APS qualificada, em quase toda a América Latina. Descreve os conceitos da especialidade que se relacionam densamente com os da própria APS. Reflete sobre as políticas de indução instituídas nos primeiros 16 anos do século XXI para o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família, modelo reconhecido e exitoso de APS e aponta o desmonte das políticas neste âmbito desde o golpe de estado de 2016. Finaliza contextualizando os desafios atuais para a MFC na ESF/APS, bem como aponta as principais estratégias a serem desenvolvidas para sua superação.

É importante lembrar, inicialmente, que a maioria absoluta dos cuidados em saúde que as pessoas necessitam receber ao longo da vida concentram-se na Atenção Primária à Saúde (APS), inclusive as necessidades de atendimento clínico, uma atividade estratégica na prática do especialista em Medicina de Família e Comunidade (Gascon et al, 2019; Anderson & Rodrigues, 2017).

Entretanto, o acelerado progresso experimentado no campo das biociências a partir de meados do século XX e a incorporação intensiva de tecnologias duras, industrialmente produzidas, no âmbito da prática médico-hospitalar acabaram, sob o olhar da biomedicina, por valorizar mais o papel do nível terciário de atenção à saúde e o papel das especialidades médicas “focais”, de acordo com os sistemas orgânicos afetados, sexo ou faixa etária das pessoas ou tipo de doença. (Gascon et al, 2019; Rodrigues & Anderson, 2018; Zurro, Gascon, Ceitlin, 2019).

Mas, de onde teria vindo a racionalidade científica que deu origem a este modelo fragmentário e tecnicista de saúde que se tornou hegemônico em todo o mundo ocidental?

Descartes (1596 – 1650), filósofo, físico e matemático francês, é considerado o primeiro a forjar o método que serviu de base às ciências modernas, incluindo a medicina – o paradigma cartesiano, ainda hegemônico. Este paradigma, caracterizado por uma concepção mecanicista e reducionista do mundo, pressupõe que recortar a realidade em suas partes constituintes permitiria estudá-la de modo mais objetivo e assim apreender e explicar a verdadeira natureza dos fenômenos (Descartes apud Membros do grupo de discussão Acrópolis, 2018)

A partir deste paradigma, na transição entre os séculos XVIII e XIX emergiu um padrão assistencial tecnicista, no qual o modelo explicativo das doenças partia do estabelecimento de uma correlação entre o quadro clínico de doentes hospitalizados e os achados anatômicos revelados em seus corpos, depois de mortos, pela técnica de necropsia, por isso também denominada medicina anátomo-clínica (Rodrigues & Anderson 2018).

Na perspectiva do paradigma cartesiano, os fenômenos naturais ocorriam de acordo com leis mecânicas e qualquer objeto material poderia ser conhecido e explicado na sua totalidade a partir da organização e do movimento de suas partes. A redução, simplificação e fragilidade que caracterizam este paradigma, podem ser identificadas na lógica que o instrumentaliza: necessidade de retirar um fenômeno do próprio ecossistema ao qual pertence para, no momento seguinte, ser analisado em si mesmo (Anderson & Rodrigues, 2017).

Não por acaso, no contexto da Revolução Industrial e dos problemas sociais e sanitários trazidos por ela - agravados pelas exigências do mercado de trabalho que reclamavam por um rápido retorno da mão de obra para o processo de produção - surgem as iniciativas da Fundação Carnegie, tendo à frente dois bilionários norte-americanos, Andrew Carnegie (1835-1919), magnata da siderurgia, e John D. Rockefeller (1839-1937), magnata do petróleo. Esta fundação financiou um estudo sobre a “Educação Médica nos EUA e Canadá”, levado a cabo por Abraham Flexner que resultou no conhecido Relatório Flexner (Flexner, 1910).

Este relatório teve por base a avaliação de que havia grande variabilidade nos cursos de formação médica, seja em relação ao padrão de qualidade, seja em relação ao conteúdo do que se ensinava, à época bastante influenciado por práticas da medicina tradicional, consideradas como não científicas.

Neste cenário, com a necessidade de ampliar o conhecimento das ciências fundamentais no ensino médico, os laboratórios passaram a ser fundamentais para o diagnóstico e o combate a doenças, segundo relaciona Pritchett (1857-1939, presidente da Fundação Carnegie por 25

anos, desde sua criação até 1930, incluindo o período do Relatório Flexner). *“Um hospital sob completo controle educacional é tão necessário a uma escola de medicina quanto um laboratório de química ou patologia. O ensino de alto nível em um hospital introduz influência salutar e benéfica na rotina da escola.”* (Revista Ensino Superior Unicamp, 2010)

Em 1910, o Relatório Flexner (*Flexner Report*) é publicado, sendo considerado até os dias de hoje, o maior responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações tanto para a formação médica, como para a prática médica e para a própria modelagem dos sistemas de saúde em todo o mundo. Mas, apesar de ter focado nas escolas médicas, os princípios, os pressupostos e as recomendações do relatório também afetaram a formação e a prática de todas as profissões da área da saúde.

As recomendações de Flexner, visando uniformizar e aprimorar o desempenho profissional, centravam-se na reorganização do ensino médico em torno do modelo anátomo-clínico constituído na transição entre os séculos XVIII e XIX, um modelo de medicina instituído no rastro da “progressiva autoridade epistemológica e social das ciências” (Luz, 1988: 117). Assim, Flexner consagrava os princípios da biomedicina e enfatizava a importância das ciências biológicas e naturais como eixo estruturador das atividades de ensino, pesquisa e prática médica (Rodrigues & Anderson, 2018).

Sintonizado com a concepção científica dominante em sua época, Flexner descrevia o corpo humano à semelhança de uma complexa máquina artificial, cujas partes, formadas por tecidos e órgãos, deviam receber uma abordagem científica e especializada.

Por isso mesmo, entre outras medidas, o Relatório Flexner preconizou:

- a inclusão da pesquisa nos programas de ensino médico;
- a fragmentação do currículo em disciplinas específicas de acordo com a segmentação do organismo;
- a dicotomia entre os ciclos básico e profissional, e, finalmente:
- que o treinamento clínico dos estudantes se desse em hospitais filiados às faculdades de medicina

Vale ressaltar que de acordo com a biomedicina, a fisiopatologia da doença é entendida como o próprio agravo, e não como sua expressão. Na realidade, nesta época, o paradigma cartesiano, que preconiza a fragmentação do corpo para melhor entender a doença, afastava as concepções multi e interfatoriais dos processos saúde-adoecimento, já preconizadas por Hipócrates. Já se sabia, à época,

que o processo saúde-doença é influenciado por um conjunto heterogêneo de variáveis biológicas, psicológicas e socioambientais. Mas na insuficiência de bases científicas mais consistentes as conexões entre elas eram desenhadas segundo uma lógica linear de acordo com os mandamentos da ciência cartesiana. Isto quando não se recorria a meras especulações que em certas circunstâncias ainda emergem do senso comum.

Foi preciso esperar que a teoria ou paradigma da complexidade (Kapra, 1996, Maturana, 1995, Morin, 1996); do modelo biopsicossocial (Engel, 1977) e os conhecimentos da psiconeuroimunoendocrinologia (Arias, Arzt, Bonet, 1998) inspirassem as ciências da saúde e, particularmente, instrumentalizassem a biologia contemporânea para revelar uma nova realidade. Isto é, para desvelar a teia de relações entre a mencionada constelação de variáveis que condicionam o processo saúde-doença, materializando o fenômeno que Deveza (1983) chamou de *condensação de expressões*. Essa fragmentação do olhar, advinda do paradigma cartesiano/flexneriano reduz perigosamente a compreensão do processo saúde adoecimento como fenômeno complexo, bem como restringiram e restringem o universo de intervenções possíveis (Aguiar, 2007; Anderson & Rodrigues, 2019).

Assim, a implantação das diretrizes do Relatório Flexner, com a consolidação do ensino médico em bases flexnerianas se constituiu um caminho decisivo para potencializar o desenvolvimento da biomedicina, de base cartesiana. Primeiro, no nível do conhecimento médico e, logo depois, em termos da prática médica, e, conseqüentemente, em termos do próprio modelo técnico-assistencial dos sistemas de saúde.

A medicina cartesiana, com base no modelo anátomo-clínico, assume, então, uma posição hegemônica no contexto assistencial dos Estados Unidos, Canadá e a seguir no mundo ocidental. Essa escalada se processou em detrimento de outros modelos médicos. Particularmente, em detrimento da homeopatia, que até então coexistia em igualdade de condições com o modelo científico e desfrutava de considerável prestígio na sociedade americana. Com base nesta lógica docente-assistencial, o hospital foi tido como cenário privilegiado para formar um bom médico. Derivativamente, consolida-se o modelo docente-assistencial hospitalocêntrico que se tornou hegemônico, em praticamente todo o mundo.

Vale lembrar que, até os anos 1800, ainda sem o advento da Revolução Industrial, as populações ainda residiam majoritariamente em pequenas cidades, e a agricultura e a produção de bens eram a base principal da economia. Os cuidados em saúde não eram estruturados; o médico costumava visitar seus pacientes em um cavalo ou em uma charrete. A maioria dos médicos não tinha treinamento formal; alguns aprenderam o trabalho como aprendizes, trabalhando com médicos mais

velhos ou participando de pequenos cursos e oficinas. Não havia escolas médicas, nem treinamento organizado, nem medicina organizada e nenhum sistema para garantir a qualidade do atendimento (Gutierrez & Scheid, 2002). No período compreendido entre a Revolução Francesa e a Revolução Industrial, antes da constituição da medicina científica propriamente dita, era comum, a figura do “médico de cabeceira” ou “generalista”, profissional considerado com qualificação técnica e conhecimentos em medicina, que se encarregava dos problemas de saúde e atuava como conselheiro das famílias, bem como de problemas educacionais (Zurro, Gascón, Ceitlin, 2019). Após a apresentação e a implementação do Relatório Flexner, em 1910, nos Estados Unidos, o “generalista” perde espaço para a progressiva subespecialização, incorporando a lógica do paradigma anátomo-clínico, com foco na doença e não na pessoa enferma, com perda e despersonalização da relação médico-paciente, com a fragmentação do olhar e a perda da percepção integral e harmoniosa do indivíduo doente, e da dimensão sociopsicológica das suas necessidades de saúde (Rivero, Marty, et cols, 2010). Assim, além do florescimento de subespecialidades, se pode afirmar que o modelo flexneriano de base cartesiana, definitivamente contribuiu para o crescimento e fortalecimento da medicina centrada na doença, que por sua vez atraiu o interesse de duas poderosas indústrias: a farmacêutica e a indústria de dispositivos industriais para suporte diagnóstico e terapêutico (Zurro, Gascón, Ceitlin, 2019). Apesar dos reconhecidos benefícios advindos da produção de medicamentos, não seria despropositado usar o termo *indústria da doença* para caracterizar o incremento da indústria farmacêutica, como também a de equipamentos diagnósticos e de tratamento que, no contexto do mundo capitalista, deram origem ao chamado complexo médico-industrial da saúde, um dos setores mais concentradores de riqueza desde a segunda metade do século XX. Este poderoso complexo e suas potentes estratégias de marketing, incluindo o financiamento de estudos, mesmo nos mais respeitados núcleos de pesquisa no mundo, afetou e tem afetado os rumos da educação médica e da própria concepção da população acerca da saúde e da prática médica. O crescente desenvolvimento tecnológico, a subespecialização, o hospitalocentrismo e o foco na doença (e não na pessoa), são quatro dos elementos fundamentais que passaram a definir qualidade da formação e da prática médica a partir da implantação do Relatório Flexner (Zurro, Gascón, Ceitlin, 2019).

Reforma Flexner, crise dos sistemas de saúde e (re)surgimento da Medicina de Família e Comunidade

Todos esses elementos característicos da medicina e dos sistemas de saúde, que tiveram por base a lógica da medicina flexneriana, têm sido acompanhados por uma crise dos sistemas de saúde, incluindo um aumento progressivo dos custos.

Novas tecnologias são caras e precisam de novos especialistas para seu projeto e operação. Os hospitais crescem e se tornam cada vez mais complexos, absorvendo cada vez mais recursos

humanos e materiais, que são usados para cuidar de uma pequena parte de todos os problemas de saúde individuais e coletivos. A população cria demandas pautadas nas novas tecnologias, assim como mais e melhores serviços de saúde, e os recursos não seguem um crescimento paralelo que permita atender integralmente às necessidades, nem tampouco que atenda as verdadeiras necessidades de saúde da população (Zurro, Gascón, Ceitlin, 2019).

Por isso, era necessário estabelecer uma contrarreforma, baseada em políticas que delimitassem claramente as prioridades dos sistemas de saúde, de acordo com critérios de equidade, eficácia e eficiência. Entretanto, se é preciso mudar o sistema de saúde em profundidade, saindo do modelo flexneriano/hospitalocêntrico, seria necessário também atuar em profundidade na formação e na prática médica e dos demais profissionais da saúde.

Uma iniciativa mundialmente reconhecida no sentido de mudar a lógica hospitalocêntrica cada vez mais orientadora da modelagem dos sistemas de saúde, foi aquela originada do Relatório Dawson, de 1920, na Inglaterra do pós-guerra. O Relatório Dawson (Dawson, 1920) aponta claramente para a necessidade de um sistema de saúde regionalizado, com sistema de referência e contrarreferência, estabelecendo as competências de cada nível do sistema e afirmando a necessidade da capilaridade dos centros de saúde (unidades de atenção primária) e de que tipo de profissionais seriam necessários ali.

Neste contexto, na introdução do Relatório Dawson está escrito acerca da má distribuição de unidades de saúde e da necessidade dos médicos gerais (identificados como *general practitioner* – termo que até hoje prepondera para referência do médico de família na Inglaterra):

“Essa falta de organização tem se tornado mais evidente pela ampliação do conhecimento e pela crescente convicção de que é preciso colocar à disposição de todos os cidadãos os melhores meios de manutenção da saúde e de cura das doenças. [...] O centro de saúde primário é a instituição encarregada de prestar cuidados médicos de nível primário ... dotado de serviços de medicina preventiva e curativa, conduzidos por um médico generalista [General Practitioner] distrital [...] A maioria dos pacientes será atendida por um médico generalista de seu distrito e manterá os serviços de seus próprios médicos”.

Como é sabido, o Relatório Dawson, apesar de ter sido apresentado em período próximo ao do Relatório Flexner, não teve a mesma repercussão que este, possivelmente porque o de Flexner afetou diretamente a formação e a prática médica dos Estados Unidos e Canadá, e o de Dawson, se relacionava preponderantemente à organização do sistema de saúde da Inglaterra.

De todo modo, a insatisfação com os impactos da Reforma Flexner na formação e na prática médica se fizeram sentir inicialmente, e justamente, nos EUA e no Canadá, já nos anos de 1940, com uma resposta dos médicos generalistas - maioria dos médicos em atividade até então - através da criação de academias e faculdades dedicadas à medicina geral para promover a prática médica com base no modelo de clínica geral, com fortes críticas à superespecialização da medicina.

Em 1962, um *Comitê de Expertos em Educação Profissional e Técnica de Pessoal Médico, da Organização Mundial da Saúde*, se reuniu, analisando a necessidade de os sistemas de saúde disporem de especialistas em medicina de família, e não somente médicos generalistas – considerados todos aqueles que saem da graduação em medicina. Foi então produzido um relatório (WHO, 1963) que definiu os médicos de família como aqueles

“que têm a característica essencial de oferecer, a todos os membros das famílias que atendem, acesso direto e contínuo aos seus serviços. [...]Esses médicos aceitam a responsabilidade pelo cuidado integral, seja pessoalmente, seja providenciando outros recursos clínicos ou sociais especializados”. (WHO, 1963).

O comitê registrou ainda

“um entendimento forte de que há uma contínua e significativa necessidade de médicos de família” [e que] “em todos os países do mundo parece haver uma escassez de médicos de família, isso se aplica a todos os países, independentemente de seu estágio de desenvolvimento” (WHO, 1963).

O termo "Medicina de Família" aparece também, em 1966, nos Estados Unidos, no Relatório Willard (1966) como parte de um movimento norte-americano que teve por objetivo se contrapor a esta despersonalização do cuidado em saúde, com a (re)valorização da prática da medicina de família, pautando a necessidade de uma forma diferenciada de atendimento médico. Estes movimentos consideraram, inclusive, o descontentamento manifestado pela sociedade americana com o tipo de atendimento médico à época, baseado em uma medicina praticada por especialistas focais, fortemente tecnológica e predominantemente hospitalar.

No Canadá, como parte deste movimento, o College of Family Physicians foi fundado em 1954 e em 1969, criado o American Board of Family Practice e as primeiras residências para a formação de médicos de família nos EUA. Na América Latina e no Caribe, alguns anos depois, em meados da década de 1970, inicia-se a formação de pós-graduação em medicina de família

no México, Brasil, Bolívia, Costa Rica, Argentina, Colômbia, Equador e Venezuela (Gascón, Ceitlin, Anderson, Ortiz , 2019).

Neste contexto, pode-se afirmar que a Medicina de Família surgiu como resposta a uma necessidade social. Segundo o sociólogo John Naisbitt (1983, apud Zurro , Gascón, Ceitlin, 2019) seu surgimento responde a uma tendência da sociedade à época com o reconhecimento da necessidade de um contato mais humano, e como uma reação ao mundo tecnológico que a invade. Mas também está inserida em uma mudança de paradigma na ciência em geral, passando de uma abordagem reducionista para uma sistêmica que, na medicina em particular, é representada pela abordagem biopsicossocial e não pelo modelo cartesiano, anátomo-clínico ou biomédico da medicina tradicional (Engel, 1977; Gascón, Ceitlin, Anderson, Ortiz, 2019; Zurro, Gascón, Ceitlin , 2019.)

De fato, os anos 1960 trouxeram um senso de responsabilidade social: O Movimento dos Direitos Civis, o Movimento pela Paz, os Protestos da Guerra do Vietnã, entre outros. Os anos 60 trouxeram as forças sociais apropriadas e o ambiente adequado para que a Medicina de Família (re)nascesse como uma nova especialidade. Na realidade, muitas pessoas veem a Medicina de Família como uma consequência do “movimento de contracultura” dos anos 60/70 (Gutierrez & Scheid, 2002).

Desde então, a Medicina de Família vem se desenvolvendo como especialidade, em praticamente todo o mundo, nas diferentes dimensões que caracterizam uma especialidade: como uma disciplina, como um papel profissional, como um campo de pesquisa como uma área de serviços de saúde.

Entretanto, os efeitos da biomedicina, e do complexo médico-industrial, se fazem sentir e os poderes sociais e econômicos por eles gerados têm sido superiores à lógica trazida pelas recomendações dos relatórios de Willard. Os sistemas de saúde na maior parte do mundo, e especialmente na América Latina, ainda resistem sem as reformas fundamentais e sem considerar medicina de família e comunidade como especialidade central; nem adotaram o modelo organizacional proposto pelo Dawson.

Conceito de Medicina de Família e Comunidade e sua relação com a Atenção Primária à Saúde

Como visto anteriormente, o declínio da prática generalista a partir do início do século XX, esteve relacionado ao preceitos do Relatório Flexner, com base na biomedicina, fragmentadora do olhar e da prática médica.

As resistências a este declínio também contribuíram para uma necessária revisão do conceito e dos princípios paradigmáticos da Medicina de Família, já reconhecida como especialidade médica, e não somente como uma medicina generalista, necessitando, portanto, de desenvolver seu campo de saber e de prática, com base em proposições das ciências modernas.

Um dos aspectos a ser destacado neste processo se relaciona à nomenclatura da especialidade neste período de transição, em um mundo sem ainda uma tecnologia de comunicação que facilitasse os encontros e para que se pudesse retirar uma posição mais uniforme sobre este tema. Em boa parte do mundo, o nome *Medicina de Família* foi assumido como o nome da especialidade. Em muitos outros países, como Canadá, Espanha, Brasil, Uruguai a nomenclatura adotada para a especialidade é Medicina de Família e Comunidade. Neste sentido e para efeitos deste texto, Medicina de Família e Comunidade (MFC) será utilizado como sinônimo de Medicina de Família. McWhinney (2010) destaca que a denominação é um aspecto importante mas o principal aspecto para todas as especialidades médicas é o significado prático da especialidade, considerado por ele, no caso da MFC, comum em todos os lugares.

Para McWhinney, um dos mais respeitados médicos de família e comunidade e uma das principais referências em MFC do mundo, autor do primeiro Tratado de Medicina de Família e Comunidade (2010) – que escreveu durante os anos 1968 e 1987 ((Ramirez e Norman, 1991), há quatro competências próprias desta especialidade indispensáveis para a consecução dos atributos da APS:

1) solução de problemas que se apresentem indiferenciados; 2) competências preventivas; 3) competências terapêuticas (de problemas frequentes de saúde); 4) competência de gestão de recursos.

Já em 1996, McWhinney fez referência, no seu artigo *The importance of being diferente*, às características essenciais e próprias da especialidade que persistem fundamentais até os dias de hoje:

1." É a única disciplina que se autodefine em termos de relacionamentos, especialmente a relação médico-pessoa

2. Médicos de Família tendem a pensar em termos de pacientes concretos, mais do que abstrações generalizadas

3. Medicina de Família é baseada numa visão do organismo, mais do que numa visão mecanicista da biologia

4. Medicina de Família é o único campo significativo de conhecimento que transcende a visão dualista entre mente e corpo”

Nesta época, o movimento pelo renascimento da Medicina de Família também ganhou força na Europa com a realização da I European Conference in the Teaching of General Practice, em Bruxelas, no ano de 1970 (Campos, 2005). Três documentos/declarações elaboradas pelo Grupo de Trabalho Leewenhorst criado durante a II Conference in the Teaching of General Practice em 1974 também contribuíram para fortalecer a implantação de um modelo mais consistente no campo da medicina de família na Europa (Campos, 2005).

A necessidade de os países adotarem programas de residência em medicina de família tornava-se cada vez mais enfatizado. O próprio GT Leeuwenhorst propôs em 1979 que todos os países passassem a *“formar generalistas nos quais o povo possa ter completa confiança e isto não poderia ser alcançado sem que a qualidade e a duração do treinamento sejam comparadas com outros clínicos”*.

A progressiva introdução da Atenção Primária à Saúde na rede de atenção à saúde nos anos subsequentes, haveria de abrir caminho para o crescimento da medicina de família e comunidade enquanto especialidade médica e tornar-se campo privilegiado de atuação dos seus especialistas.

Em 1978, a crise dos sistemas de saúde, baseados no modelo hospitalocêntrico de atuação e flexneriano de formação, já havia ganhado repercussão internacional. A histórica Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde promovida pela Organização Mundial de Saúde em parceria com o UNICEF, em Alma Ata, com a participação de 134 países e realizada em 1978, insta os governos a implementar a Atenção Primária à Saúde (APS) como parte de um sistema nacional de saúde integral e em coordenação com outros setores para enfrentar os condicionantes econômicos, sociais e ambientais da saúde, mobilizando vontade política e recursos e incentivando a participação social.

Consagra-se então a Atenção Primária à Saúde como estratégia indispensável para que os países viessem alcançar a meta *“Saúde Para Todos”* [no ano 2000] . E a APS firma-se finalmente como cenário privilegiado de atuação do especialista em Medicina de Família e Comunidade no âmbito internacional.

Vale salientar que o contexto histórico em que surgiram estas propostas foi marcado pela crescente urbanização, pelo crescimento populacional acentuado e pela desigualdade social. Os governos estavam sendo chamados a buscar estratégias para melhorar o acesso aos sistemas de saúde com a otimização de custos e melhoria dos indicadores de saúde e doença.

Para tanto, a Declaração de Alma Ata enfatizou que a APS havia de ser considerada como:

“parte integrante do Sistema Nacional de Saúde, que constitui a função central e o núcleo principal 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, levando o mais próximo possível a atenção à saúde no lugar onde residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência à saúde” (Declaração de Alma-Ata, 1978)

Estas orientações da Declaração de Alma Ata, coincidiam com aquelas descritas, previamente em 1977, pelo Grupo de Trabalho de Leeuwenhorst sobre o trabalho do especialista em medicina de família, destacando alguns pontos-chave: os cuidados personalizados a pessoas e famílias de um território determinado; a visão abrangente, integrando fatores físicos, psicológicos e sociais; as atividades colaborativas com outras disciplinas e a responsabilidade profissional com a comunidade: (LEUWENHORST GROUP, 1977, p.1)

É inegável que tal descrição mostra-se coerente com os atributos que caracterizam a Atenção Primária à Saúde segundo o entendimento da consagrada professora e pesquisadora Bárbara Starfield, a saber: acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado (atributos essenciais), orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (atributos transversais).

Estes preceitos do Grupo de Trabalho de Leeuwenhorst foram revistos pela Wonca Europa (2002), no documento: *A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar)* sendo destacados os cinco núcleos centrais da especialidade: 1. Gestão de cuidados primários; 2. Cuidados centrados na pessoa; 3. Aptidões específicas de resolução de problemas; 4. Orientação comunitária e 5. Modelação holística.

Em 2010, a Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar, uma das sete regionais da WONCA³ (da qual a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade faz parte) considerando a importância de desenvolver um perfil de base para a especialidade na região, lança o documento: *Perfil do Médico de Família e Comunidade: Definição Iberoamericana* (CIMF, Wonca, 2010). Neste documento, destaca que a “Medicina de Família e Comunidade como especialidade clínica é a disciplina com melhores capacidades para liderar a aplicação da estratégia da Atenção Primária em Saúde, dado a perspectiva clínica com a

³ A Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) é uma organização sem fins lucrativos e foi fundada em 1972 com organizações membros em 18 países. WONCA tem atualmente 118 organizações membros em 131 países e territórios, com a adesão de cerca de 500.000 médicos de família e mais de 90 por cento da população mundial. <https://www.globalfamilydoctor.com>

qual atua, com estratégias, tecnologias e técnicas que lhe são próprias, além de seu enfoque na prevenção de riscos, na atenção contínua, na integralidade e no humanismo”.

Literalmente aponta entre outras características:

“A Medicina de Família e Comunidade é a especialidade clínica que se ocupa da manutenção da saúde e da resolução dos problemas frequentes de saúde dos indivíduos, famílias ou comunidades, independentemente da idade, do sexo, do órgão ou sistema afetado. É, além disso, a especialidade que se integra em profundidade às ciências biológicas, clínicas e comportamentais dando o enfoque característico de uma abordagem bio-psico-social e espiritual.

A efetividade da Medicina de Família e Comunidade, ao responder as necessidades assistenciais da população em 90 a 95% das vezes, potencializa o uso dos recursos com um alto sentido humano.”

O Documento chama especial atenção para o trabalho multidisciplinar e intersetorial, bem como a importância do trabalho comunitário da MFC na Região:

“Os médicos de família e comunidade trabalham de maneira interdisciplinar [...] formando uma Equipe de Saúde. Na maior parte dos países da Região, o trabalho na comunidade se destaca como prioritário. Por isto, o cuidar da comunidade merece um lugar especial neste documento que define o perfil do médico de família e comunidade. Em todas as instâncias envolvidas nas ações comunitárias, o médico de família e comunidade deve trabalhar interdisciplinarmente e intersetorialmente, ser parte ativa da equipe de saúde e de equipes interculturais.”

A partir de Bárbara Starfield especialmente, temos uma bibliografia robusta a evidenciar os benefícios concretos da APS e da Medicina de Família, como: a maior oferta de médicos de família está associada a maior expectativa de vida ao nascer; a adição de um médico de família à APS está associado a um aumento de mais de um ano na expectativa de vida em média. Evidencia-se também que a APS de alta qualidade, contando com médicos de família e comunidade na sua organização, promove clara redução nas taxas de mortalidade infantil, assim como na redução de internações por condições sensíveis à APS, e está associada à redução das iniquidades em saúde, além de proporcionar outros tantos benefícios (Shi et al, 2003; Mendonça et al, 2019; Starfield, Shi , Macinko 2005).

A despeito das evidências, e apesar da atenção primária ter sido implantada na maior parte dos países mais ricos economicamente do mundo, com sistemas universais, as resistências à sua implantação e desenvolvimento, especialmente nos países em desenvolvimento, persistem até os dias de hoje. Assim como também persistem as resistências à incorporação e ao desenvolvimento da Medicina de Família e Comunidade, seja no nível da prática, seja no nível da formação médicas.

Uma das explicações possíveis para a resistência às mudanças nos sistemas de saúde pode estar na ascensão ao poder de dirigentes conservadores na Europa e nos Estados Unidos que adotaram políticas neoliberais com suas receitas únicas, sem alternativas.

Nas palavras de Giovanella et al (2019)

“a partir de propostas do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e da Fundação Rockefeller, concebeu-se uma atenção primária seletiva e focalizada, voltada à saúde infantil, em contradição com o ideário amplo de equidade e saúde como direito universal da Carta de Alma-Ata” [...] Na América Latina, nas décadas de 1980 e 1990, acompanhando os programas de ajuste estrutural e imposições do Banco Mundial, difundiram-se pacotes mínimos de serviços de APS direcionados a grupos específicos como o materno-infantil ou populações em extrema pobreza”.

Estas resistências à implantação da APS e da MFC têm sido objeto de estudos e de diferentes movimentos de reforma sanitária liderados por diversas instituições de caráter nacional e internacional. Um destes foi a Conferência de 1994, organizada pela OMS em parceria com a Wonca (em Ontário, Canadá), intitulada: Tornar a Prática e a Educação Médica mais relevantes para as necessidades de Saúde das pessoas – A Contribuição da Medicina Familiar (WHO&WONCA, 1994) ocorrida, portanto há quase 27 anos, e quase 20 anos após Alma Ata.

O Relatório deste documento apresenta reflexões, argumentos e vinte recomendações válidas até os dias de hoje, dentre as quais destacam-se as de número um e quatro respectivamente (WHO&WONCA, 1994):

Recomendação 1 - *Aceitar que os sistemas de saúde devem mudar: Mudanças fundamentais precisam ocorrer nos sistemas de saúde para se tornarem mais equitativos, custo-efetivos e atenderem melhor as necessidades de saúde das pessoas; e a MFC deve ter um papel central neste processo, provendo atenção médica de elevada qualidade e integrando os cuidados individuais com os cuidados comunitários.*

Recomendação 4 - *A maioria dos médicos de um país devem ser médicos de família. ... e se devem estabelecer políticas nacionais no sentido de atingir este objetivo o mais rápido possível.*

Em 2008, considerando ainda as resistências a mudanças no sentido de uma APS qualificada, a OMS lança um relatório, intitulado *Primary Health Care: now, more than ever* (OMS, 2008). Este relatório surge 30 anos após a Conferência de Alma-Ata de 1978. O relatório reconhece

que, apesar dos avanços, desde Alma Ata, o progresso na saúde tem sido profunda e inaceitavelmente desigual, com muitas populações desfavorecidas ficando cada vez mais para trás ou até mesmo perdendo espaço. Argumenta que caminhar em direção à saúde para todos requer que os sistemas de saúde respondam aos desafios de um mundo em mudança e expectativas crescentes de melhor desempenho. Isso envolve uma reorientação e reforma substanciais das formas como os sistemas de saúde operam na sociedade hoje: essas reformas constituem a agenda da renovação da APS. Estrutura as reformas da APS necessárias em quatro grupos, dos quais destacamos aquelas nas quais os sistemas de saúde possam contribuir para a equidade na saúde, a justiça social e o fim da exclusão, principalmente avançando para o acesso universal e a proteção social da saúde. Exemplifica com países de contextos mais ricos onde a reforma foi adequada, referenciando a médicos com especialização em medicina familiar. Também cita como exemplo exitoso a experiência de países em desenvolvimento e especificamente o Brasil com a Estratégia Saúde da Família.

Em 2007, a Organização Pan-americana da Saúde se reúne para lançar o documento *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas* (OPAS, 2007). Neste relatório são identificadas ainda resistências à implantação e ao desenvolvimento da APS nas Américas. Estes opositores estão apresentados como “[...] aqueles que veem a renovação da APS como uma ameaça a um status quo que desejam manter. [e, neste contexto] alguns médicos especialistas e suas associações, hospitais, assim como a indústria farmacêutica e algumas organizações de difusão para suas ideias”. Chama ainda a atenção para o fato de que esses grupos estão entre os “mais poderosos em termos de recursos e capital político [e, seus] interesses estão frequentemente alinhados em oposição a muitos esforços de reforma da saúde”.

Em 2018, na comemoração dos 40 anos da *Declaração de Alma-Ata*, e por iniciativa da OMS, do UNICEF e do Governo do Cazaquistão, realizou-se, em Astana, Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, com o propósito de renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde (*Universal Health Coverage - UHC*) e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

A Conferência de Astana ocorre em um contexto internacional distinto daquele de Alma-Ata, com políticas de austeridade, crise migratória e ameaças à democracia. Restringe o sentido da APS integral de Alma-Ata e o alcance do direito à saúde ao subsumi-la à UHC. A UHC, moldada na última década com forte influência da Fundação Rockefeller e do Banco Mundial, congrega diretrizes das reformas pró-mercado como a redução da intervenção estatal, subsídios à demanda, seletividade e focalização nas políticas de saúde (Giovannella et al, 2019).

A Carta de Astana pode ser considerada simplista na medida que não faz uma auto-avaliação ou uma avaliação dos motivos mais profundos pelos quais a APS ainda não é priorizada nem estabelecida - nem sequer a partir dos estudos realizados pela própria instituição em 2018 (OMS/OPAS). Também continua sem apontar a necessidade do médico especialista em APS, não cita a MFC. Continua a banalizar a APS e a pensar numa APS pobre para pobres, especialmente nos países mais pobres, que justamente, precisam de uma APS altamente qualificada – e, além disso, não critica a gestão em saúde e as políticas de saúde.

É necessário, finalmente, ainda que tardiamente, fazer de fato, Alma Ata acontecer. |Agora com mais conhecimento, com base em novos paradigmas científicos que deem conta da complexidade do processo saúde –doecimento do mundo contemporâneo.

Medicina de Família e Comunidade no Brasil, contexto técnico e político

No Brasil, os primeiros projetos de formação em Medicina de Família e Comunitária, surgem ainda antes de Alma Ata: os primeiros programas de Residência em Medicina Geral Comunitária (nome original da especialidade) surgem em 1976 na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), no Murialdo (Porto Alegre) e em Vitória de Santo Antão, Pernambuco, sendo logo seguidos pelos programas do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre e de Natal no Rio Grande do Norte (Falk, 2004).

Em 1981, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) formaliza e regulamenta os Programas de Residência Médica (PRM) inclusive de Medicina Geral Comunitária, oficializando esta especialidade no Brasil.

Ainda em 1981, é fundada em Petrópolis, estado do Rio de Janeiro, a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC), que pouco tempo depois fica desativada pelas dificuldades de contato a nível nacional.

Em 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.

Neste ano de 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a partir de intensa movimentação da sociedade civil, discutindo e apresentando propostas que subsidiaram a criação do SUS. Durante a 8ª Conferência, a SBMMG é reativada sendo eleita nova diretoria e passando a sede para Porto Alegre (Falk, 2004).

Em 1988, é consagrada a Constituição Brasileira definindo-se no seu Artigo 196 que 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.

Em 1986, também se realiza o 1º Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária em Sete Lagoas, Minas Gerais, onde fortes e intensos debates aconteceram motivados por críticas à especialidade, de um lado, e defesa por outro (Falk, 2004).

Naquela época, antes da constituição do SUS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) financiava a maioria das bolsas de residência médica em todo o país. Em 1987, a presidência INAMPS corta o financiamento de praticamente todas as bolsas dos programas de residência em Medicina Geral Comunitária, exceto aquelas poucas financiadas com recursos provenientes de outras fontes, como foi o caso do programa de residência em MFC da UERJ, com financiamento estadual. Foi um duro golpe para a especialidade, uma vez que a maioria dos programas foram extintos e outros mudaram de nome para Preventiva e Social, como uma estratégia de sobrevivência (Falk, 2004). Ai, temos uma questão emblemática de fundo: um conflito entre duas especialidades essenciais, com algumas áreas comuns de campo, mas com núcleos de atuação distintos, ambas igualmente importantes para o SUS: Preventiva Social e Geral Comunitária.

Em 1994, o Ministério da Saúde cria o Programa de Saúde da Família (PSF), tornado Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1996. Para a Medicina Geral Comunitária se abre – afinal a possibilidade de um campo de trabalho no Brasil, no contexto de um modelo de APS mais robusto, afastado daquela ideia simplista sempre associada à APS.

Apesar disto, em 1999, a MCG ainda enfrenta novo desafio, desta vez por parte da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) que promove um Seminário em Campinas (Brasil, 1999), junto com representantes da especialidade e Residência da Preventiva e Social, em conjunto com representantes da especialidade e residência em MGC para avaliar se esta seria extinta, ou se tornaria o 3º ano da Residência Médica em Preventiva em Social. O resultado do seminário apontou para a manutenção das duas residências e das duas especialidades (Brasil, 1999).

Paralelamente, com o desenvolvimento e implementação da ESF, a SBMGC que havia ficado desativada mais um período, desta vez de 1986 a 2001, é reativada a partir do 1º Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, realizado em 2000, no Rio de Janeiro/RJ (Falk, 2004).

Em 2002, a SBMGC decide pela mudança do nome da especialidade de Medicina Geral Comunitária para Medicina de Família e Comunidade e em 2004, realiza a primeira prova para obtenção de título de especialista, em parceria com a Associação Médica Brasileira (AMB).

Estratégia Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade no Brasil hoje

A Estratégia Saúde da Família, pelo seu caráter robusto, abrangente e multidisciplinar vem constituindo, de fato, uma oportunidade única para a reforma do sistema de saúde brasileiro, com saída do modelo hospitalocêntrico, para um outro, conformado por uma rede poliárquica de serviços (Mendes, 2011), onde a APS poderá se tornar, de fato, coordenadora do cuidado em saúde. A ESF tem atuado como espaço de atuação para a MFC. Também é espaço de ensino-aprendizagem para a APS, tanto para a graduação em medicina e outras áreas da saúde, e cenário privilegiado de formação em MFC, e para outras profissões na área da saúde, especialmente a enfermagem e a odontologia, mas não exclusivamente.

Os princípios, conceitos e práticas da MFC se articulam e guardam sintonia aos da ESF. A atuação da MFC na ESF pode ser descrita tomando por base algumas das características da especialidade através da Resolução 05/2002 que a regulamenta no âmbito dos programas de residência médica da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM, 2002):

A característica básica da MFC é atuar, prioritariamente, em Atenção Primária à Saúde, a partir de uma abordagem biopsicossocial do processo saúde adoecimento, integrando ações de promoção, proteção, recuperação e de educação em saúde no nível individual e coletivo, priorizando a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, no cuidado em saúde e na continuidade da atenção; atender, com elevado grau de qualidade, sendo resolutivo em cerca de 85% dos problemas de saúde relativos a diferentes grupos etários; desenvolver, planejar, executar e avaliar programas integrais de saúde, para dar respostas adequadas às necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade; estimular a participação e a autonomia dos indivíduos, das famílias e da comunidade; desenvolver novas tecnologias em atenção primária à saúde; identificar os problemas e necessidades de saúde da comunidade, particularizando grupos mais vulneráveis; implementar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de caráter coletivo e no âmbito da atenção primária; atuar com sistema de referência e contrarreferência dentro e fora da unidade e também desenvolver ação intersetorial, acionando secretarias municipais, entidades, instituições e outras organizações sempre que se fizer necessário.

Por sua vez o currículo baseado em competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2014), destaca cinco características básicas da especialidade: (1) Oferecer uma ampla gama de serviços dentro de seu escopo de ações e adaptar sua prática às necessidades de seus pacientes. (2) Conhecer os seus pacientes e sua família e ampliar esse conhecimento ao longo do tempo. (3) Coordenar o cuidado de seus pacientes. (4) Conhecer o contexto familiar e comunitário de seus pacientes. (5) Adaptar sua prática ao contexto cultural em que está inserido.

O documento descreve detalhadamente as competências necessárias para cada uma destas dimensões das quais destacamos aqui àquelas relativas à importância do trabalho em equipe multiprofissional para a MFC:

- Trabalhar o cuidado de forma compartilhada [...], propiciando momentos de troca de conhecimentos com outros profissionais.
- Trabalhar junto com a equipe no reconhecimento das necessidades de saúde da sua comunidade, buscando atuar em equipe de forma ativa e respeitosa.

Assim a MFC tem inserção prevista nas atividades da ESF, sejam elas atividades de consulta individual, de abordagem familiar; visitas domiciliares; atividades de grupo terapêutico e de educação em saúde; atividades interdisciplinares intersetoriais; de abordagem e diagnóstico comunitário; participação em reuniões de equipe para avaliação e planejamento de ações; entre outras.

Estratégia Saúde da Família, políticas de indução, crescimento e ameaças de desmonte

A partir da ESF, numerosas políticas de qualificação e indução foram promovidas pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, especialmente entre o início dos anos 2000 até 2016, que estavam permitindo avanços incontestes na organização do SUS (Anderson, 2019). Podem ser citadas como algumas destas iniciativas: Pró-saúde, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, lançado em 2005; a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, instituída com o propósito de revitalizar a Atenção Primária a partir da consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo oficial de APS e centro ordenador da rede de atenção à saúde no SUS; as equipes de Saúde Bucal em 2004; o Telessaúde – integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação, para promover a Tele assistência e a Telê educação, com lançamento em 2007; a Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em 2008; o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica), lançado em 2009; o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) iniciado em março de 2010; o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) lançado em dezembro de 2010; a PNAB de 2011 que reforçou o papel dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); a Portaria nº 3.147/2012 sobre Residência de Medicina de Família e Comunidade e Apoio à gestão municipal, em dezembro de 2012, para incentivar os municípios a desenvolverem o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade; o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), instituído em 2011; a estratégia Consultório na Rua, instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011; o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), lançado

em 2011; o Programa Mais Médicos (PMM) em outubro de 2013, por meio da Medida Provisória nº 621, posteriormente convertida na Lei nº 12.871, em outubro de 2013; que previa a criação entre outras iniciativas, de 12.000 vagas para PRMFC; a criação do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde) com elaboração iniciada em 2013 e lançado em 2016, um programa de pós-graduação stricto sensu, de caráter nacional, reconhecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do Ministério da Educação (Anderson, 2019).

Todas estas iniciativas foram e são necessárias para vencer as barreiras ainda presentes na conformação e qualificação de uma APS robusta no SUS. Reconhecidamente, uma das principais é aumentar o quantitativo de especialistas em MFC. O país requer, no mínimo, sessenta mil médicos e médicas de família e comunidade. Vencer este desafio exige políticas públicas – especialmente em relação à definição do percentual de vagas para programas de residência médica, como é feito em diversos países, como Canadá – onde a média percentual de vagas para programas de residência em medicina de família e comunidade é de 44% (Canadá, 2014).

Em 2016, se concretiza o “golpe” de Estado, com a destituição da presidente eleita, e inicia-se no Brasil um período de governo de características neoliberais que institui medidas que fazem regredir os avanços na área da saúde, em especial, da APS e buscam privilegiar os interesses econômicos de empresários da saúde, abrindo caminho para o desmonte da ESF e para a privatização da APS, com a criação da Agência para o Desenvolvimento da APS (ADAPS), na forma de pessoa jurídica de direito privado, que deslocou a gestão pública da APS para o âmbito privado no nível federal. Além disso, fazem parte deste processo de desmonte: a PNAB 2017, o programa Saúde na Hora; o Médicos pelo Brasil; o Previne Brasil (Anderson, 2019).

Todas estas iniciativas apontam para o comprometimento dos princípios da universalidade e da integralidade que regem o SUS e restringem o alcance do olhar profissional, limitando o espectro da prática em saúde na APS, valorizando apenas o cuidado clínico individual, em detrimento das abordagens familiar e comunitária.

Desafios presentes para a Medicina de Família e Comunidade na Estratégia Saúde da Família

Os principais desafios enfrentados hoje pela MFC na ESF estão nas respostas a estas perguntas:

- Quais estratégias técnico-políticas, de curto e médio prazo, para alcançamos o número de 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 manter a visão e a prática ampliada da MFC, incluindo a necessária e inextricável simultaneidade entre Abordagem Centrada na Pessoa, Abordagem Familiar e Abordagem Comunitária?
- Como atuar para manter a lógica da ESF/NASF e a perspectiva multidisciplinar?
- Como atuar para alcançar uma população adscrita que seja adequada para o cuidado em saúde dentro de limites razoáveis? (no máximo 3.000 pessoas/equipe – e se população vulnerabilizada – até 2.500 pessoas?)
- Como lidar com o agressivo movimento que algumas operadoras de planos de saúde vêm fazendo para contratar médicos de família para atuar no setor privado? (Coelho, G.C., Antunes, V.H., Oliveira, A., 2019)
- Como lidar com a possibilidade de fechamento de serviços e unidades públicas de saúde com o agravamento do já insuficiente financiamento do SUS?
- Como lidar com o agravamento da iniquidade que podem advir da não resolução destas situações?

Conclusão

Para alcançar o pleno desenvolvimento da APS é necessário alcançar igual desenvolvimento da Medicina de Família e Comunidade e outras disciplinas que atuam na linha de frente da ESF/APS, especialmente a Enfermagem e a Odontologia.

Para atingirem seu potencial, necessitam superar as limitações do modelo cartesiano – anátomo-clínico e biomédico que comprometem a compreensão do processo saúde-adoecimento em sua integralidade. Para tanto necessitam atuar sob a égide do paradigma sistêmico e complexo, vez que saúde e adoecimento são fenômenos complexos, e afetados por condições relacionadas ao campo biológico, psico-afetivo, sócio-cultural, ambiental, espiritual-existencial. É na APS que estas relações e condicionantes se evidenciam com maior nitidez. Por isso mesmo, a APS revela-se como um nível de atenção da mais alta complexidade, a exigir, portanto, profissionais especialistas qualificados. Neste cenário, a ESF, caracterizada pelo trabalho em equipe multiprofissional, é – reconhecidamente - um dos modelos de APS mais avançados a exigir, portanto, ações concretas de resistência às tentativas de desmonte, bem como ao lado de outras tantas, voltadas para seu desenvolvimento permanente.

Referências bibliográficas

Aguiar, Raphael Augusto Teixeira de A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil / Raphael Augusto Teixeira de Aguiar , 2007. 136f .

Anderson MIP; Rodrigues, R. D., Consultas terapêuticas ,linguagem, narrativa e resiliência: fortalecendo a prática clínica da integralidade do médico e da medicina de família e comunidade. In: Gusso G; Lopes JMC; Dias LC. (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade - princípios, formação e prática. 2ªed.Porto Alegre: Artmed, 2018, v. 1, p. 93-104.

Anderson MIP. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 1º de outubro de 2019 [citado 22º de novembro de 2021];14(41):2180. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2180>

Anderson, Maria Inez P.; RODRIGUES, Ricardo Donato. O paradigma da complexidade e os conceitos da medicina integral: saúde, adoecimento e integralidade. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 242-252, set. 2017. ISSN 1983-2567. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/29450>>. Acesso em: 15 nov. 2021. doi:<https://doi.org/10.12957/rhupe.2016.29450>.

Arias P, Arzt E, Bonet J, organizadores. Estrés y procesos de enfermedad: psiconeuroimunoendocrinologia: modelos de integración mente-corpo. Buenos Aires: Biblos; 1998.

Brasil, Ministério da Educação, Comissão Nacional de Residência Médica, Seminário Nacional de Residência Médica, a especialidade médica no campo da saúde coletiva, Relatório Final, Unicamp, Campinas,1999)

Campos, Carlos Eduardo Aguilera, Os princípios da Medicina de Família e Comunidade. Revista de APS (Impresso), Juiz de Fora MG, v. 8, n.2, p. 181-190, 2005.

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

Coelho, Giliane Cardoso, Antunes, Valeska Holst e Oliveira, Aristides A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2019, v. 35, n. 1 [Acessado 25 Novembro 2021] , e00170917. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00170917>>. Epub 10 Jan 2019. ISSN 1678-4464.

Comissão Nacional de Residência Médica, Resolução 05/2002, MEC, 2002 <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/CNRM052002.pdf>:

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf

Descartes – Discurso do Método - Versão eletrônica, pag 23 - Créditos da digitalização: Membros do grupo de discussão Acrópolis (Filosofia) Homepage do grupo: <http://br.egroups.com/group/acropolis/> - <http://www.psb40.org.br/bib/b39.pdf>
Deveza M. Saúde para Todos: Médicos para o Ano 2000?. Dissertação [Mestrado]. Rio de Janeiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro: 1983. 175 p

Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137(5):535-44.

Falk JW. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 17º de novembro de 2004 [citado 22º de novembro de 2021];1(1):5-10. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2>

Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching*. New York, 1910. 846p).

Gascón TG., Ceitlin J., Anderson MIP., Ortiz JM., Atención Primaria y Medicina de Familia en el mundo, in Zurro A.M., Pérez C., Badia G.,(org) Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia, 8.ª ed, 2019 Elsevier España;

Giovanella, Lígia et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2019, v. 35, n. 3 [Acessado 22 Novembro 2021], e00012219. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>>. Epub 25 Mar 2019. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>

Gutierrez C. & Scheid P., *The History of Family Medicine and Its Impact in US Health Care Delivery* University of California San Diego Department of Family and Preventive Medicine 2002, acessado em 13 de novembro de 2021 <https://www.aafpfoundation.org/content/dam/foundation/documents/who-we-are/cfhm/FMImpactGutierrezScheid.pdf>

Inglaterra, Ministry Of Health. Consultative Council On Medical And Allied Services. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920. Disponível em <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>.

Kapra F. *A Teia da Vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*, Editora Cultrix, 1996

Leuvenhorst Group. *A Statement by the working party European Conference on the Teaching of General Practice*. Leuvenhorst, Netherlands 1974. Disponível em: < www.euract.com>. Acesso em: jun. 2005.

Leuvenhorst Group. *The Contribution of the General Practitioner to Undergraduate Medical Education*.1977. Disponível em: < www.euract.com>.

Maturana H; Varela F. *A árvore do conhecimento*. Campinas: Workshopsy; 1995.

Morin E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1996.

McWHINNEY, Ian R, *The importance of being different*. *British Journal of General Practice*, 1996. p.433-436.

McWHINNEY, Ian R; FREEMAN, Thomas R. *Manual de Medicina de Família e Comunidade* de 4 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2017, 536 p

Mendes, Eugênio Vilaça *As redes de atenção à saúde*. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

Mendonça CS; Oliveira VB; Dourado I., Lenz MLD, *Uso do Indicador Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária À Saúde na Avaliação das Condições de Saúde*, in *Tratado de*

Medicina de Família e Comunidade, Princípios, Formação e Prática, GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, (org), Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p

OPAS, Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas, Washington, 2007 - <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Renovacao-Atencao-Primaria.pdf>

Ramirez Jaco B, Norman AH. A filosofia da Medicina de Família e Comunidade segundo Ian McWhinney e Roger Neighbour. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 30º de abril de 2020 [citado 26º de novembro de 2021];15(42):1991. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1991>

Revista Ensino Superior Unicamp, Ano I - num 1 | Abril de 2010, http://www.gr.unicamp.br/ceav/revistaensinosuperior/ed01_maio2010/versao_pdf.php),,

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

Rodrigues RD; Anderson MIP, Complexidade e Integralidade na medicina de família e comunidade e na atenção primária à saúde: aspectos teóricos. In: Gusso G; Lopes JMC; Dias LC. (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade - princípios, formação e prática. 2ªed.Porto Alegre: Artmed, 2018, v. 1, p. 81-92.)

Starfield B, Shi L, Macinko J. Primary care impacton health outcomes: A literature review. MilbankQuarterly. 2005; 83(3): 457-502

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. doi: 10.3122/jabfm.16.5.412. PMID: 14645332;

Rodrigues RD, Hospital Universitário no Brasil contemporâneo: Dilemas e perspectivas para o processo de consolidação do SUS, Tese Doutorado, IMS, UERJ, 1999)

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade, 2014.

Vance C, Barrera A, Kidd M, Pena M, Anderson MIP, León E. Carta de Quito: Cobertura Universal, Medicina de Família e Comunidade e participação social. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 29º de abril de 2014 [citado 17º de novembro de 2021];9(31):183-5. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/928>)

White, K. L.; Williams, T. F.; Greenberg, B. G. The ecology of medical care. N. Engl. J. Med, v.265, p.885-892d, 1961.

WHO, World Health Organization ,Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel & World Health Organization. (1963). Training of the physician for family practice : eleventh report of the Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel [meeting held in Geneva from 4 to 10 December 1962]. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40560>

WHO, World Health Organization, (Making medical practice and education more relevant to people's needs : the contribution of the family doctor / a working paper from the World Health Organization and the World Organization of Family Doctors from the joint WHO-WONCA Conference, November 6-8, 1994 - <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62364/55633.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Willard, Meeting the Challenge of Family Practice. The report of the Ad hoc Committee on Education for Family Practice of the Council on Medical Education. Chicago, American Medical association, 1966 p. 1

WONCA EUROPA A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar) Allen J at al (org), Wonca Europe, 2002. (acessado em 26 de novembro de 2021)
<https://www.woncaeurope.org/file/b662cccc-6ad6-4d34-a9a2-fd02d29fae5b/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>

Zurro AM., Gascón TG., Ceitlin J, Atención Primaria y Medicina de Familia: conceptos, in Zurro AM.,. Pérez C., Badia G.,(org) Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia, 8.ª ed, 2019 Elsevier España