

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Rodrigo Luciano Bandeira de Lima

Identidade(s) da Medicina de Família E Comunidade: Disputas na construção de uma especialidade médica

Brasília

2019

Rodrigo Luciano Bandeira de Lima

Identidade(s) da Medicina de Família E Comunidade: Disputas na construção de uma especialidade médica

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz apresentada à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientador: Prof. Dr. Felipe de Oliveira Cavalcanti

Brasília
2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação de Publicação (CIP)

B214i Bandeira de Lima, Rodrigo Luciano
Identidade(s) da Medicina de Família e Comunidade: Disputas na construção de uma especialidade médica / Rodrigo Luciano Bandeira de Lima; Orientador: Felipe de Oliveira Cavalcanti. - Brasília, 2019.
71 f.
Dissertação (Mestrado Profissional) – Saúde da Família. – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Fiocruz de Governo. Brasília, 2019.
1. Medicina de Família e Comunidade. 2. Saúde Pública. 3. Identidade profissional. I. Título.

CDU: 614

Rodrigo Luciano Bandeira de Lima

Identidade(s) da Medicina de Família E Comunidade: Disputas na construção de uma especialidade médica

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz apresentada à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovado em: ___ / ___ / _____

Banca Examinadora

Felipe de Oliveira Cavalcanti, Fundação Oswaldo Cruz (orientador)

Francini Lube Guizardi, Fundação Oswaldo Cruz

Magda Moura de Almeida, Universidade Federal do Ceará

Armando Martinho Bardou Raggio (suplente), Fundação Oswaldo Cruz

Brasília
2019

*Dedico este trabalho a todos os médicos de família,
que sob várias identidades, se dedicam a ajudar
seus pacientes a resistir aos desafios de cada dia.*

AGRADECIMENTOS

A Eudália, pela companhia e parceria em todas as coisas.

A Júlia, Alice e Isabela, por iluminarem meus dias. Torço para que as minhas frequentes ausências no cotidiano familiar um dia sejam entendidas como motivo de orgulho.

Aos colegas de trabalho da UBS 7 Samambaia, em especial à Equipe 45 e aos colegas médicos, pelo apoio nas ausências exigidas por este trabalho.

Ao Felipe, meu orientador, pela tranquilidade e dedicação com que me orientou e conduziu por este processo.

Aos colegas da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, pelas ricas discussões e pelo trabalho em conjunto em prol da especialidade que me escolheu.

Aos colegas contadores de “causos clínicos”, grandes responsáveis por renovar em mim a chama da MFC nos tempos mais difíceis.

Às inúmeras pessoas das quais tive o prazer de participar de seus cuidados, pela generosidade em compartilhar suas vidas.

“A saúde é um estado de resistência. Resistência à própria doença. Resistência também à violência e ao assédio, resistência às drogas, resistência à exploração, resistência à comida de má qualidade, resistência à poluição, resistência a condições precárias de habitação, resistência à indústria farmacêutica, incluindo resistência à mercantilização da saúde e ainda resistência às vezes à própria medicina. Nós, como profissionais de saúde, tentamos ajudar nossos pacientes a resistir”.

(Marc Jamouille)

RESUMO

Esta dissertação parte da tensão histórica entre a Medicina de Família e Comunidade (MFC) e a Saúde Coletiva (SC), e tem como objetivo analisar a construção da identidade da medicina de família e comunidade a partir da produção acadêmica dos especialistas em MFC, dialogando com autores da SC que tenham se proposto a analisar a MFC, além da normatização em torno da especialidade e seu principal cenário de atuação, a Estratégia Saúde da Família. Para isso foram identificados autores e produções relevantes na área a partir da experiência do autor deste estudo, médico de família e comunidade com histórico de militância na área. A produção selecionada foi analisada e apresentada de forma contextualizada com seu momento histórico, e em seguida confrontada com a visão da SC sobre a MFC, em uma tentativa de promover o diálogo entre as duas áreas. Conclui-se que apesar de divergências em relação ao perfil ideal do MFC, especialmente em relação à inserção da especialidade no setor privado e ao seu papel de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), a MFC e a SC buscam entender, de pontos de vista diferentes, a tríade pessoa-família-comunidade, e deveriam empreender esforços no sentido de superar suas diferenças históricas em benefício do SUS e seus usuários.

Palavras-Chave: Medicina de Família e Comunidade; Saúde Coletiva; Identidade profissional

ABSTRACT

This dissertation is based on the historical tension between Family Practice (FP) and Public Health (PH), and aims to analyze the construction of the identity of family and community medicine based on the academic production of FCM specialists, with SC authors who have proposed to analyze the CFM, besides the legislation around the specialty and its main scenario of action, the Family Health Strategy. For this, authors and relevant productions in the area were identified from the experience of the author of this study, family doctor and community with a history of militancy in the area. The selected production was analyzed and presented in a contextualized way with its historical moment, and then confronted with the SC's view of FCM in an attempt to promote the dialogue between the two areas. It is concluded that despite differences in the ideal profile of MFC, especially in relation to the insertion of the specialty in the private sector and its role of defense of the SUS ('Sistema Único de Saúde', Brazilian national health system), MFC and SC seek to understand, from different points of view, the family-community triad, and should make efforts to overcome their historical differences in favor of SUS and its users.

Keywords: Family Practice, Public Health, Professional Identity

RESUMEN

Esta disertación parte de la tensión histórica entre la Medicina de Familia y Comunidad (MFC) y la Salud Pública (SP), y tiene como objetivo analizar la construcción de la identidad de la medicina de familia y comunidad a partir de la producción académica de los especialistas en MFC, dialogando con autores de la SP que se hayan propuesto analizar la MFC, además de la legislación en torno a la especialidad y su principal escenario de actuación, la Estrategia Salud de la Familia. Para ello se identificaron autores y producciones relevantes en el área a partir de la experiencia del autor, médico de familia y comunidad con histórico de militancia en el área. La producción seleccionada fue analizada y presentada de forma contextualizada con su momento histórico, y luego confrontada con la visión de la SP sobre la MFC, en un intento de promover el diálogo entre las dos áreas. Se concluye que a pesar de divergencias en relación al perfil ideal del MFC, especialmente en relación a la inserción de la especialidad en el sector privado y su papel de defensa del Sistema Único de Salud (SUS), la MFC y la SP buscan entender, de vista diferentes, la tríada persona-familia-comunidad, y deberían emprender esfuerzos para superar sus diferencias históricas en beneficio del SUS y sus usuarios.

Palavras Clave: Medicina de Familia y Comunidad, Salud Pública, Identidad Profesional

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
APS	Atenção Primária à Saúde
ANSS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
DS	Determinantes Sociais
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
mGC	médicos Gerais Comunitários
MGC	Medicina Geral Comunitária
MGFC	Medicina Geral de Família e Comunidade
mFC	médicos de família e comunidade
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MPS	Medicina Preventiva e Social
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
P4	Prevenção Quaternária
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF Programa	Saúde da Família
RBMFC	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SC	Saúde Coletiva
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
WONCA	Organização Mundial dos Médicos de Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 AS APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS DO OBJETO DE ESTUDO.....	5
1.2 TRAJETÓRIA DE UMA IMPLICAÇÃO COM A MFC.....	8
2 METODOLOGIA	12
3 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SURGIMENTO DA MFC COMO ESPECIALIDADE MÉDICA NO BRASIL	17
3.1 ANOS 70: A MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA E A SAÚDE COLETIVA.....	17
3.2 O MÉDICO DO PROGRAMA/ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	20
3.3 A PRODUÇÃO ACADÊMICA DA MFC SOBRE SI MESMA: PRIMEIROS ANOS....	24
3.4 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E OUTRAS AÇÕES GOVERNAMENTAIS: A DEFINIÇÃO DO “MÉDICO DA ESF”.....	29
3.5 2011: O PROVIMENTO DA MÉDICOS PARA A APS COMO POLÍTICA DE ESTADO.....	34
3.6 TRAJETÓRIA DE UMA IMPLICAÇÃO COM A MFC.....	38
3.7 A MFC E OS DESAFIOS SURGIDOS NO DIA-A-DIA DA ESF.....	41
4 DISCUSSÃO	46
5 CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS	55

1 INTRODUÇÃO

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é a especialidade médica associada ao provimento de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o mundo, e por isso deve promover os atributos essenciais e derivados desse nível de atenção: primeiro contato preferencial do usuário com o sistema de saúde, oferta de cuidados abrangentes e longitudinais, coordenação do cuidado oferecido por outros serviços, quando necessários, além de ter orientação familiar e comunitária apoiada em competências culturais (1). Esses atributos exercem influência direta na definição da especialidade proposta pela Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA), entidade representativa da especialidade em nível mundial:

É o profissional responsável por proporcionar atenção integral e continuada a todo indivíduo que solicite assistência médica, podendo mobilizar para isto outros profissionais da saúde, que prestarão seus serviços quando for necessário. Aceita qualquer pessoa que solicite atenção, ao contrário de outros profissionais ou especialistas, que limitam a acessibilidade de seus serviços pela idade, sexo e/ou diagnóstico dos pacientes. Atende o indivíduo no contexto da família e a família no contexto da comunidade de que faz parte. É competente clinicamente para proporcionar a maior parte da atenção que necessita o indivíduo, considerando sua situação cultural, socioeconômica e psicológica (2)

Ter uma definição bem estabelecida em nível mundial não significa que a MFC não seja espaço de disputas entre diversos atores, incluindo entidades representativas da especialidade, entidades médicas em geral, gestores públicos e privados e instituições ligadas à academia, que apresentam visões diferentes sobre a especialidade. Estas disputas implicam na proposição de identidades diversas para os profissionais da MFC, que serão abordadas ao longo desta dissertação.

O Brasil, com o Sistema Único de Saúde (SUS), faz parte de um grupo seleto de países cujo sistema de saúde é universal, como Canadá, Reino Unido, Austrália e Espanha (3). Estes países têm sido comumente utilizados como exemplos de sistemas de saúde bem organizados e que atendem à imensa maioria de suas populações. Em todos eles, destaca-se o papel da APS para o sucesso do sistema de saúde, operacionalizada no Brasil a partir da adoção, pelo Ministério da Saúde, da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo organizativo prioritário para a APS. Retornaremos à este tema adiante, mas, por hora, cabe ressaltar que a adoção da ESF como modelo nacional teve papel decisivo para que a MFC

possa ser, atualmente, a especialidade médica associada ao provimento de serviços de APS no Brasil, e também no estabelecimento da ESF como principal mercado de trabalho da MFC.

Quais as características de um Médico de Família e Comunidade? Qual é o perfil profissional esperado para um médico que se proponha a trabalhar no contexto dos serviços de saúde responsáveis por oferecer o primeiro contato da população com o sistema de saúde? As definições sobre que tipo de profissional e, portanto, que tipo de trabalho deve ser desenvolvido na APS nos sistemas de saúde mundo afora são objetos de constantes disputas. Essas disputas conduziram a MFC a um cenário onde não há consenso entre os diversos atores no que diz respeito ao que chamaremos de "identidade" da MFC. Seria ela uma especialidade médica, um núcleo de conhecimentos, um conjunto de ferramentas para a prática clínica? A atuação de médicos na APS deve exigir formação específica em nível de pós-graduação ou a própria graduação em medicina deveria esgotar essa formação? Sendo a formação do MFC objetivo da pós-graduação, que competências devem ser trabalhadas nessa formação? Seria o MFC um profissional eminentemente clínico com influência da saúde coletiva, ou um sanitarista que atua na assistência clínica aos indivíduos? E em quais espaços atuaria este profissional?

Apesar de termos um sistema nacional de saúde que se pretende universal, os planos privados de assistência médica são contratados por mais de 47 milhões de pessoas no Brasil (4). Os usuários destes planos também são usuários do SUS, se não pela assistência direta em serviços de saúde, mas sem dúvida por serem beneficiários de ações coletivas como a vigilância em saúde, cuja abrangência envolve desde o enfrentamento de epidemias (incluindo ações preventivas como a imunização) até a fiscalização de alimentos e medicamentos, além de renúncias fiscais das quais os usuários dos planos se beneficiam. E mesmo tendo feito a opção por serviços privados de assistência, foi possível identificar ao longo da minha prática profissional que muitos de seus usuários acabam sentido certa frustração com a qualidade dos serviços privados, e que isso, aliado à expansão da rede de serviços do SUS tem feito com que muitos destes usuários de planos recorram ao SUS para ações individuais de saúde, tais como consultas, exames e procedimentos.

Em todos esses aspectos, a APS exerce um papel fundamental, desde a vacinação até consultas e apoio diagnóstico. A minha experiência e de outros colegas é a de atender uma população que transita entre o SUS e os serviços privados, seja através de pagamento direto ou de planos de saúde, contexto que influencia diretamente o que se espera de um médico em serviços como as Unidades de Saúde da Família (USF), locais de trabalho por excelência dos Médicos de Família e Comunidade (mFC) no contexto do SUS.

Nesse contexto, entretanto, há um crescimento significativo da adoção de arranjos semelhantes a serviços de APS por parte do mercado de operadoras de planos de saúde, ao ponto da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS), órgão regulador do setor ter lançado, em 2018, o que denominou de “Projeto APS”, uma iniciativa de “reorganização da porta de entrada do sistema com base em cuidados primários em saúde, com vista à indução da mudança do modelo de atenção”, sendo uma “oportunidade ímpar de melhoria da qualidade e redesenho do arranjo assistencial caracterizado hoje pela fragmentação e descontinuidade do cuidado existentes no setor” (5). Com a perspectiva de atuação neste novo mercado surge mais uma questão relacionada à MFC: os mFC devem atuar apenas no sistema público ou também têm papel a desempenhar no setor privado?

As respostas apresentadas por cada ator social às discussões listadas, entre outras, parecem ter exercido influência nos caminhos percorridos pela especialidade ao longo da história do sistema de saúde brasileiro, mesmo decorridos quase trinta anos do surgimento do SUS e mais de vinte e cinco anos da criação do Programa Saúde da Família (PSF), hoje ESF. Assim, compreender melhor como a especialidade se estabeleceu e tem sido influenciada pelos diversos atores sociais relacionados com seu passado, presente e futuro, pode trazer uma contribuição importante para aproximar esses atores na construção de consensos, facilitando a consolidação da MFC não apenas enquanto especialidade médica, mas como um núcleo de conhecimento e como um coletivo essencial à consolidação da ESF e do SUS.

Entre os atores relevantes nessa discussão estão os mFC que se dedicam à produção acadêmica sobre a especialidade, propondo uma determinada identidade, ou melhor, identidades da MFC. Por outro lado, os atores vinculados ao campo da Saúde Coletiva (SC), por seu papel na conformação do SUS a partir da Reforma Sanitária Brasileira (6), também desempenharam um papel fundamental nessa conformação. Nesse contexto, esta dissertação tem como objetivo discutir a(s) identidade(s) da MFC forjadas ao longo dos últimos anos a partir da perspectiva de um ator vinculado à especialidade, porém sem deixar de relacionar esta(s) identidade(s) aos respectivos contextos históricos, sociais e políticos, dentre os quais se destaca a necessária relação da MFC com o campo da SC. Nesse sentido, propomos uma aproximação do tema a partir da análise da produção acadêmica de determinados autores vinculadas à MFC, além da produção institucional da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), entidade que se propõe a representar os mFC em âmbito nacional, relacionando-as com produções do campo da Saúde Coletiva. Esperamos, desse modo, contribuir para uma melhor compreensão sobre a situação atual da MFC no Brasil.

Ainda nesta introdução apresentarei um pouco do percurso que me levou até o objeto deste estudo, seguido de uma breve retrospectiva de minha trajetória profissional. O capítulo seguinte aborda a descrição da metodologia utilizada para a seleção, revisão bibliográfica, categorização e análise dos dados encontrados, seguida da apresentação dos dados obtidos, de discussão relacionando estes dados com seu contexto e com outras produções relevantes, e considerações finais sobre o objeto do estudo.

Importante ressaltar aqui que entendo este caminho como algo em aberto, não me propondo aqui a esgotar o tema ou mesmo a apresentar “a versão” sobre a MFC. Ao contrário, procuro incentivar o diálogo entre grupos que parecem ter horizontes parecidos, mas aparentemente menos disposição do que a necessária para superar diferenças históricas e construir pontes para uma militância conjunta em prol da atenção à saúde como direito da população.

1.1 AS APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS DO OBJETO DE ESTUDO

Inicialmente a presente dissertação de mestrado seria dedicada a estudar a percepção sobre o trabalho médico dos usuários das Unidades de Saúde da Família (USF), serviços hoje majoritários na configuração da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa questão me inquietava, a partir da sensação de haver múltiplas compreensões sobre o tema por parte não apenas dos usuários, mas também de gestores e de colegas de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF). Os usuários seriam os sujeitos do estudo por consistir, em minha opinião, nos atores com maior poder de determinação direta do processo de trabalho das equipes, uma vez que, ao demandar atendimento clínico a partir de demandas diversas, geram pressão assistencial que acaba por influenciar na organização dos serviços. Expandir a análise para outros atores, como gestores e os próprios profissionais seria objeto de um doutorado no futuro.

A elaboração do projeto para ser submetido à banca de qualificação, no entanto, me colocou em contato com outras questões que de maneira muito forte foram ganhando espaço na argumentação que justificaria meu estudo, sendo talvez a principal delas a disputa sobre qual seria o perfil profissional dos médicos da APS no contexto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Especificamente, destaco a disputa entre atores situados no campo da

Saúde Coletiva¹, que em vários sentidos hegemonizaram o processo da RSB (6), e aqueles vinculados com a organização institucional da Medicina de Família e Comunidade (MFC) enquanto especialidade médica (que nesta dissertação será denominado simplesmente como “a MFC”). Nesse momento a interlocução com meu orientador se mostrou determinante, uma vez que o situo ligado ao primeiro grupo, enquanto sempre estive mais ligado ao segundo. Foi a partir de outras possibilidades de enxergar o tema, oferecidas pelo orientador, que o projeto submetido à qualificação ganhou, ao meu ver, uma riqueza maior a partir da ampliação do olhar sobre a MFC e sua construção histórica.

No entanto, menos de um mês após a qualificação do projeto fui surpreendido pelo diagnóstico de uma doença grave, que me levou a interromper todas as minhas atividades para me dedicar ao tratamento por um período de três meses. Esse período acabou por ser bastante proveitoso no sentido reflexivo, servindo para aprofundar alguns questionamentos a respeito da especialidade, de certa forma tendo como efeito colateral um afastamento gradativo do meu objeto inicial de estudo: as percepções sobre o trabalho médico na APS pelos usuários de seus serviços. Após este momento, ao retomar as discussões com meu orientador constatamos que o trabalho programado inicialmente seria de difícil execução no período de tempo disponível, o que, somado ao afastamento do tema já mencionado, acabou por favorecer a construção de uma outra abordagem, ainda que sob o mesmo pano de fundo.

Deste modo, o caminho adotado foi de analisar a construção histórica do conceito da MFC a partir da produção acadêmica e institucional da própria MFC, buscando explorar, ainda que parcialmente, parte dos conflitos entre as ideias dos dois grupos mencionados. Apesar de parecer um bom caminho, vislumbrei desde o início a necessidade de uma certa delicadeza ao trilhá-lo, tendo em vista a minha história e trajetória profissional enquanto militante no campo da MFC. Essa militância explicitava o óbvio: a escolha desse caminho certamente não é neutra, nem se propunha a sê-lo. A dificuldade de discutir o tema em âmbito acadêmico, considerando o envolvimento com o objeto de estudo, encontrou acalanto nas palavras de Martins Filho e Narvai: “todo sujeito que se vê na tarefa de produzir conhecimento científico é, em sentido lato, um sujeito implicado” (7). No entanto, para que o produto desta dissertação tenha alguma validade científica não bastaria declarar a não-neutralidade ou mesmo a minha implicação com o objeto de estudo, mas seria necessário refletir sobre a relação entre pesquisador e objeto e enxergar essa relação não como um problema, mas como potencial componente qualitativo do estudo. Assim, apoiamo-nos no

¹ Vale a pena ressaltar que a o campo da Saúde Coletiva é aqui entendido como heterogêneo, porém com um conjunto de elementos que permite sua qualificação como grupo de atores.

conceito de *sujeito implicado*, como um sujeito que “está tão implicado com a situação, que ao interrogar o sentido das situações em foco, interroga a si mesmo e a sua própria significação enquanto sujeito de todo estes processos” (8).

Outro aspecto que reforçou a pertinência do caminho a ser trilhado foi o contato, no processo de revisão bibliográfica, com uma produção acadêmica recente e bastante relevante para o diálogo que eu imaginava realizar entre a MFC e a Saúde Coletiva, qual seja, a dissertação de mestrado “Medicina de Família e Comunidade: emergência e crítica de uma formação discursiva” (9). O objetivo do referido estudo foi “iniciar uma reflexão crítica sobre a formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil” e analisa as mesmas tensões que eu me propunha a debater, porém a partir da visão de um pesquisador ligado ao grupo da Saúde Coletiva. Identificamos aqui a oportunidade de promover um diálogo entre produções, considerando as implicações de cada sujeito e as determinações dessas implicações em suas respectivas dissertações. Estas reflexões contribuíram para uma melhor delimitação do objeto de estudo: não seria adequado falar apenas sobre “a construção histórica do conceito da MFC” sem me considerar um militante implicado nessa construção (entendimento que ficará mais claro ao apresentar minha trajetória profissional, o que será feito adiante). Essa militância naturalmente acabaria por delimitar o objeto de estudo desta dissertação na construção histórica do conceito da MFC a partir da própria MFC, uma espécie de *inside job*² que se materializou na análise da produção acadêmica de médicos de família e comunidade (mFC) relacionada aos conceitos, princípios e características da MFC, assim como da produção institucional da entidade que representa estes profissionais, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

1.2 TRAJETÓRIA DE UMA IMPLICAÇÃO COM A MFC

Durante a graduação em medicina, concluída em 2002, não tive qualquer contato com a MFC, que naquele período ainda não tinha inserção significativa na formação de médicos no Brasil em nível de graduação e, do ponto de vista da formação em nível de pós-graduação, era ainda mais residual do que atualmente. O meu contato com serviços de APS se resumiu a um estágio numa eSF na periferia do Recife, acompanhando uma médica que atuava no local e que tinha uma prática profissional distante do que eu entendia como ideal

² *Inside job* (ou “trabalho interno”, em tradução livre), significa um serviço feito por ou com a ajuda de alguém que ocupa alguma posição em uma organização.

para um servidor público, incluindo não-cumprimento de carga horária, pouco comprometimento com as pessoas, entre outras questões. Por não conhecer as possibilidades da atuação médica naquele cenário a conclusão mais óbvia foi a de desmerecer a eSF enquanto cenário de atuação profissional, e terminar a graduação sem qualquer interesse em atuar na área. Ainda assim, como boa parte dos recém-formados na época, tinha o desejo de obter uma renda razoável e a consequente independência financeira em relação à família, o que me fez aceitar o convite para trabalhar em uma ESF no interior de Pernambuco. Lá me deparei com uma equipe muito bem organizada, conduzida por uma enfermeira que tinha uma excelente relação com os demais membros da equipe e com a comunidade. O que me chamou a atenção, especialmente, foi a profundidade dos vínculos estabelecidos e de como esses vínculos facilitavam o trabalho de cuidar daquelas pessoas. Por iniciativa própria busquei ferramentas que contribuíssem com a minha capacidade de atuar naquele espaço, e encontrei interlocução inicialmente na Rede de Educação Popular em Saúde, mais especificamente em sua lista de e-mails, com a qual havia tido contato ainda nos tempos da graduação, a partir do movimento estudantil. Um dos e-mails convidava para a participação na lista de e-mails da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, na qual entrei por volta de 2003, e nela descobri que a MFC existia enquanto especialidade médica, que tinha produção acadêmica razoável e um referencial que parecia mais adequado à atuação na ESF do que os protocolos clínicos apresentados pelas especialidades focais³.

Reconhecendo a necessidade de aprofundar meus estudos, decidi buscar a especialização em MFC. Naquele momento não havia programa de residência médica na especialidade na minha cidade (Recife, Pernambuco), e por não ter interesse em mudar de cidade na ocasião decidi entrar em uma residência multiprofissional em Saúde da Família, que não me daria o título de mFC⁴ mas poderia me qualificar melhor para atuação na ESF. A residência contemplava médicos, enfermeiros e odontólogos e era estruturada a partir de módulos temáticos, como gestão de serviços, saúde da mulher, saúde da criança e saúde do adulto, além da atuação supervisionada nas eSF. Os dois anos de formação, embora muito proveitosos no sentido de oferecer ferramentas para a organização do processo de trabalho a partir das chamadas "ações programáticas", se mostravam distantes de temas com os quais eu tinha contato a partir da comunicação com mFC de todo o país, através da lista de e-mails

³ O termo "especialista focal" se refere ao médico com atuação dedicada a condições clínicas específicas e delimitadas por órgãos, sistemas, grupos etários, sexo ou tipos de doenças, e será abordado mais adiante.

⁴ No Brasil os médicos podem obter o título de especialista através de residência médica, que dura um mínimo de dois anos, ou sendo aprovados em exame de obtenção do título, conferido pela AMB em parceria com as sociedades de especialidades.

mantida pela SBMFC: medicina centrada na pessoa, comunicação clínica, epidemiologia clínica, níveis de prevenção em saúde, medicalização do cotidiano, entre outros. Como o programa de residência multiprofissional não era reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica, busquei obter o título de especialista pela SBMFC, que realiza provas periódicas com esse objetivo em parceria com a Associação Médica Brasileira (AMB), sendo malsucedido na primeira vez e bem-sucedido na segunda tentativa, em 2006, ainda antes de concluir a residência. Após obter o título fui convidado pela diretoria da SBMFC a colaborar na estruturação e fundação de uma associação de MFC em Pernambuco, desafio aceito e cumprido em parceria com vários colegas que culminou, no fim de 2006, com a fundação da Associação Pernambucana de MFC. Desde então participo regularmente dos eventos promovidos pela SBMFC, inserido em diferentes espaços, ao mesmo tempo em que vivenciei mais experiências na assistência como MFC e também na gestão pública, mais especificamente na Superintendência de Atenção Primária da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, o que colaborou bastante para a ampliação do meu olhar sobre a especialidade e suas possibilidades de atuação na prática dos serviços. Após quatro anos na gestão, retornei à assistência e comecei a me envolver com a docência, participando da formação de médicos na graduação e na pós-graduação. Em 2014 fui convidado para compor a diretoria da SBMFC, onde ocupo atualmente o cargo de Diretor de Exercício Profissional (desde julho/2018), após dois mandatos de dois anos cada como Diretor de Comunicação.

A trajetória de aproximação da MFC me fez entender a especialidade de forma distinta ao longo do tempo. Inicialmente fui bastante influenciado pelo referencial da Saúde Coletiva, utilizado durante a minha graduação e com o qual tive bastante contato também durante a militância no movimento estudantil, e entendia que o médico da APS teria um exercício profissional mais centrado na abordagem comunitária e na programação em saúde. Após ter contato com a SBMFC e o seu referencial teórico hegemônico, passei a enxergar o mFC essencialmente como um clínico, voltado para ações individuais, mas que entende a importância do contexto familiar e social na determinação da saúde. Este caminho percorrido pela graduação, inserção no mercado de trabalho, pós-graduação e atuação na entidade representativa da especialidade me permitiu testemunhar um momento histórico da construção da identidade da MFC e os conflitos internos e externos decorrentes desta construção, que serão descritos e analisados a partir da produção acadêmica relacionada à especialidade, particularmente a desenvolvida pelos próprios mFC. Considerando que estes conflitos desempenham papel importante em alguns dos dilemas envolvidos na construção de um SUS orientado a partir da APS, entendo que a tentativa de entender melhor esses

conflitos e contribuir de alguma forma para a sua superação foi um grande motivador para a realização deste estudo.

2 METODOLOGIA

A identidade só se torna uma questão quando está em crise, quando algo que se supõe como resolvido, coerente e estável é deslocado pela experiência da dúvida e da incerteza. (10)

A citação do historiador Kobana Mercer se enquadra perfeitamente no contexto desta dissertação. Os conflitos envolvidos na construção da identidade da MFC, brevemente descritos nos capítulos anteriores, nos colocam em crise e nos estimulam a tentar compreender melhor o que seria, afinal, a identidade da especialidade. Cabe aqui, portanto, um breve resgate de conceitos sobre o tema, sem a pretensão de esgotá-lo, mas apenas resgatar postulações que contribuam com a compreensão a respeito do mesmo. A identidade é um conceito trabalhado por várias áreas do conhecimento, porém aqui nos concentraremos em postulações oferecidas pela psicologia e pela sociologia.

A identidade pode ser compreendida como um conjunto de características e circunstâncias que distinguem uma pessoa ou uma coisa e graças às quais é possível individualizá-la (11). A formação da identidade é compreendida como um processo dialético entre indivíduo e sociedade, envolvendo a identificação própria e a identificação reconhecida por outros (12), levando aos conceitos de “identidade pessoal” (a construída pela autopercepção) e a “identidade social” (construída pela percepção que os outros têm do sujeito) (13). Para delimitar melhor estes conceitos, trazemos a distinção feita por Penna (*apud* Galindo):

A identidade pessoal diz respeito à própria construção pessoal do sujeito, objeto de estudo da Psicologia e da Psicanálise. A identidade social, por sua vez, refere-se a pessoas consideradas membros da mesma categoria, por características comuns, o que caracteriza o campo da identidade comum, independentemente de conviverem juntos. É nesse sentido, pois, que estamos tomando a identidade profissional como um tipo de identidade social (13).

Desta forma, falar em identidade profissional não significa dizer que os indivíduos que compartilham esta identidade são iguais, mas semelhantes unidos por elementos comuns. Faria e Souza (14), ao analisarem estudos sobre formação de uma categoria profissional específica (professores) apresentam uma revisão sobre o tema das identidades, cujos principais elementos serão descritos no próximo parágrafo.

Para Ciampa (14), que analisa a questão a partir da Psicologia Social, a identidade consiste no “resultado provisório da intersecção entre a história da pessoa, seu contexto histórico e social e seus projetos”. Assim, tem caráter dinâmico, consiste em um processo de constante transformação. Dubar (14), um sociólogo que se dedicou ao estudo da identidade no trabalho, concebe a identidade como o resultado do processo de socialização, que compreende o cruzamento dos processos biográficos e relacionais de cada sujeito. Por entender que neste cruzamento podemos assumir várias identidades, prefere falar em “formações identitárias”, que se constituiriam em um movimento de tensão permanente entre atos de atribuição (ou identidades virtuais, que seria o que os outros dizem ao sujeito que ele é) e atos de pertença (onde o sujeito se identifica com as atribuições recebidas e adere às identidades atribuídas). A identificação ou não com as atribuições do outro, fruto da socialização, produziria estas tensões, caracterizadas pela oposição entre o que se espera do sujeito e o que ele deseja ser. Bauman, outro sociólogo, define identidade como “o eu postulado”, um processo de autodeterminação. Para ele, as comunidades seriam as entidades que definem as identidades. Assim, a identidade também é vista como algo dinâmico, construído com o tempo, e não algo que está posto, a ser descoberto.

Na perspectiva da sociologia histórica, Stuart Hall (*apud* Ennes e Marcon) (15) propõe três formas de idealizar os sujeitos na sociedade moderna. A primeira, o “sujeito do iluminismo”, enxerga o sujeito como ente autônomo e independente, que está acima das determinações sociais. A sociedade, assim, seria compreendida como simplesmente um aglomerado de indivíduos livres. A segunda forma, o “sujeito sociológico”, se insere no contexto da formação da sociedade de massas, com forte influência do pensamento marxista. A terceira, chamada de “sujeito pós-moderno”, traz o conceito de “politização da identificação”, compreende as identidades não mais pertencentes a grupos pré-existentes (como classes sociais ou nações), e sim associadas a processos de mobilização política, dando origem a novos movimentos sociais. Aqui temos o conceito de “políticas de identidade”, significando que haveria uma identidade para cada movimento social onde o sujeito está inserido.

Buscaremos assim nesta dissertação identificar na produção acadêmica da MFC alguns elementos comuns ao grupo social dos mFC, elementos estes que tenham potencial de apresentar demandas sociais e políticas desse grupo, contribuindo assim com a construção da identidade profissional. Considerando a dinâmica social envolvida neste processo, analisaremos também produções sobre a MFC, entendendo que esta também terá papel importante na construção da identidade da especialidade.

O presente estudo é de natureza qualitativa, apoiando-se na técnica de revisão narrativa (16), que constitui uma análise de literatura publicada sobre o tema a partir da interpretação pessoal do autor. Nesse sentido, a implicação deste autor tem uma relação importante com a configuração do campo da pesquisa, na medida em que a trajetória pessoal exposta anteriormente permitiu mapear conjuntos de atores cujas publicações têm influenciado de forma mais incisiva a formação da identidade da MFC. Desse modo, a primeira etapa deste estudo consistiu em revisão bibliográfica por textos que relatassem a história da MFC no Brasil, incluindo a legislação relacionada à ESF, com o objetivo de construir um relato dos eventos mais relevantes no percurso de desenvolvimento da especialidade e de seu principal mercado de trabalho. Partimos do artigo de Falk (2004), ex-presidente da SBMFC que ocupou o cargo por alguns mandatos nos primeiros anos da entidade, e a partir de suas referências e relatos, identificamos outros textos que nos ajudassem a entender a história da MFC. Em seguida, a partir da nossa experiência pessoal, foi feito um levantamento de nomes de mFC com história de produção acadêmica importante para a especialidade e com história de atuação junto à SBMFC, com o objetivo de identificar nesta produção artigos relacionados com a identidade da especialidade. Procedemos então com uma busca por todas as publicações de cada um dos autores na base de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online), porém constatamos que o número de publicações destes autores indexadas na base de dados era bastante reduzido. Deduzindo que suas produções poderiam estar em publicações não-indexadas, complementamos a busca analisando o currículo de cada autor hospedado na Plataforma Lattes e identificando estas publicações. Neste momento, identificamos que boa parte da produção que nos interessava havia sido publicada na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC), publicação que pertence à SBMFC e que desde o seu surgimento, em 2004⁵ tornou-se o veículo por excelência de comunicação científica entre os mFC. Aqui tomamos uma nova iniciativa: a de revisar todas as edições da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) com o objetivo de identificar artigos relacionados com a construção da identidade dos mFC que houvessem sido produzidos por outros autores que não estavam na lista inicial. Por fim, 55 (cinquenta e cinco) artigos foram selecionados, todos publicados entre os anos de 2005 e 2018. Procedeu-se então com a leitura integral de todos os artigos seguindo a técnica informativa (17) identificando em cada um deles elementos que se

5 Na realidade houve uma edição da revista em 1987, mas para este trabalho consideraremos a etapa de publicações ininterruptas da revista. A primeira edição da revista em 2004 é numerada como “número 1, volume 1”.

enquadrassem no objeto do estudo. Por fim procedemos com a análise mais detalhada das publicações selecionadas buscando identificar elementos em comum entre elas, e definimos estes elementos como categorias de análise, a seguir: a) o mFC como médico da APS; b) o papel do mFC no SUS; c) a relação do mFC com a pessoa; d) a relação do mFC com a comunidade; e e) a MFC e a medicina em geral. O produto da análise foi apresentado também em ordem cronológica, buscando o diálogo com outras produções e momentos relacionados com a história da MFC no Brasil.

3 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SURGIMENTO DA MFC COMO ESPECIALIDADE MÉDICA NO BRASIL

3.1 ANOS 70: A MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA E A SAÚDE COLETIVA

Em meados dos anos 70 era possível identificar três diferentes abordagens dentro da Medicina Social: a preventivista, ou a da saúde pública tradicional, representada por iniciativas governamentais de organização de ações em saúde e saneamento desenvolvidas por órgãos como a SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública) e a Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública); a racionalizadora, que incorporava o discurso da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) de medicina comunitária com extensão da cobertura de serviços com base na análise custo-benefício e centradas no referencial positivista; e a corrente médico-social, que rejeitava o positivismo por considerá-lo insuficiente para analisar os problemas de saúde e aponta para o social como determinante das condições de saúde (18). A tensão entre as três abordagens se mostrava evidente na constatação de que os serviços eram organizados de forma distinta da que se desejava no ambiente acadêmico:

No contexto acadêmico, a discussão voltava-se para a construção da área da 'saúde coletiva'. No entanto, a orientação política implementada como, por exemplo, programas assistenciais assemelhava-se à saúde comunitária, que trazia em seu bojo outra lógica. A proposta da medicina geral comunitária enfatizava a atenção médica centrada nos cuidados primários à saúde, representando a vertente racionalizadora dos serviços de saúde. Parece haver uma disparidade entre o início de uma proposta acadêmica (saúde coletiva) e o que na verdade tentava implementar como política em nível de serviços de saúde. (19)

Essa divergência se materializaria nas iniciativas distintas de formação de profissionais para atuação nos serviços. Ainda na década de 70 já havia no Brasil alguns programas de residência médica dedicados a formar profissionais com um perfil voltado para a atuação na APS: o Centro de Saúde Escola Murialdo, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul; o Projeto Vitória, em Vitória de Santo Antão, Pernambuco; e o Serviço de Medicina Integral da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, todos sob a denominação de “residência em Medicina Geral Comunitária” (20), e até meados dos anos 80 a expansão da residência médica na área seria bastante discreta, chegando a 13 programas em 1985 (21). Neste período a discussão sobre a necessidade de formação específica para o profissional médico que viria

a atuar na APS era pautada na Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), que em 1978 publicou artigo que historiava a formação desse profissional nos EUA, na Inglaterra e na América Latina, apresentando ideias para a “formulação das bases filosóficas e pedagógicas da Medicina de Família no Brasil” (22), enfatizando sua relação com a estrutura social, sua atuação junto às famílias e comunidades e a importância de sua formação abrangente, baseado em posicionamentos da mesma época da Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

Inicialmente as residências de Medicina Geral Comunitária (MGC) e de Medicina Preventiva e Social (MPS) consistiam em um mesmo programa, instituído pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) em 1978, mas em 1981 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), principal financiador dos programas e defensor de um modelo de medicina de família mais alinhado ao promovido pela OPAS, anuncia que cortaria o financiamento de programas que não fossem prioritários, incluindo os de MPS. Sob pressão da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) a CNRM resolve criar dois programas de residência distintos, através das resoluções no. 07/81 e 16/81, que apresentaram os perfis da MGC e da MPS: o médico geral comunitário como responsável pela assistência a saúde, e o médico preventivista como gestor das políticas de saúde (19).

Esta separação não seria de todo pacífica: as tentativas de consolidar a MGC geraram conflitos que se estabeleceram em duas frentes (23): a disputa dentro da corporação médica, a partir da busca por espaço frente às demais especialidades que não identificavam na MGC uma especialidade médica ou a enxergavam como uma prática degradada (ao ponto da MGC só vir a ser reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina em 1986); e a disputa com a Medicina Preventiva e Social, evidenciada a partir de divergências entre o foco no indivíduo e sua família ou na comunidade.

Nesta fase, intensificam-se as críticas à MGC, tanto da "corporação médica" e da "direita" (considerando a área como "medicina de comunista", estatizante) quanto da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), dos sanitaristas e da "esquerda" (entendendo a MGC como a "Medicina de Família americana disfarçada" da época - modelo "saúde pobre para gente pobre" e "tampão social"). (20)

Nesta época acabou ocorrendo, por parte dos departamentos de Medicina Preventiva (que eram os principais atores a demandar mudanças no processo de formação médica), um movimento de desqualificação da prática clínica decorrente da crítica ao modelo biologicista-flexneriano e ao atendimento individual, que praticamente bloqueou o

diálogo com os demais departamentos dentro das escolas médicas (estes, ao serem confrontados, buscariam manter o *status quo*) (24). Outra visão associava a biomedicina com a ordem social capitalista, onde o trabalho médico estaria voltado para os interesses das classes dominantes, numa ideia que rapidamente se identificou com a teoria da determinação social do processo saúde-doença, o que acabou gerando uma sobrevalorização da prevenção e promoção como estratégias para compensar as características “indesejáveis” da clínica (25). É possível supor que estes conflitos, distanciados das trajetórias de estruturação dos sistemas de saúde em outros países com APS forte, tenham impacto até hoje nas concepções dos profissionais médicos sobre o seu papel social, e por consequência, na sua atuação dentro do sistema de saúde.

A visão de alguns atores da Saúde Coletiva pode ser ilustrada pela afirmação de que a consulta médica seria uma “atividade-meio, mas não a assistência em si mesma”, entendendo a atenção individual e a saúde pública como “lógicas assistenciais alternativas entre si”, de forma que a primeira devesse ser controlada pela segunda para “assegurar a supremacia do coletivo na organização do processo de trabalho”, o que deveria ser feito organizando os serviços públicos de saúde através de Programas ou Ações Programáticas (26). Esta posição, portanto, não identificava a MGC e seus programas de residência médica como espaço favorável para a reestruturação da clínica. Vale ressaltar que não era uma visão uniforme, e que havia uma outra visão na Saúde Coletiva, mais crítica à lógica das ações programáticas. Esta visão, que foi proposta por autores do coletivo “Em Defesa da Vida”, da Unicamp, será melhor apresentada mais adiante.

Em 1987 o INAMPS, dirigido por pessoas ligadas à ABRASCO decide cortar todas as bolsas de residência em MGC, numa aparente mudança de direcionamento político em relação ao início da década e que levou ao fechamento de quase todos os programas de residência em MGC, exceto os que mudaram seu nome para Medicina Preventiva e Social. No ano seguinte a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC) seria desativada, sendo reativada em 1990, tendo contribuído com a formulação do Programa Saúde da Família (PSF), lançado em 1993: o seu presidente foi um dos signatários do documento que estabelecia o programa (20).

3.2 O MÉDICO DO PROGRAMA/ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O PSF foi estruturado a partir da criação de equipes de Saúde da Família (eSF), com atribuições bem definidas: diagnóstico de saúde da comunidade, atendimento nas unidades de saúde (voltado tanto para a demanda espontânea quanto a demanda organizada), atendimento na comunidade (através de visitas e internações domiciliares) e participação em grupos comunitários, além de referenciar usuários para serviços ambulatoriais especializados ou atendimento hospitalar (27). No entanto, não havia qualquer especificação sobre o perfil desejado para o profissional médico: embora a ESF, desde a sua concepção, tenha incluído o ‘médico de família’ como ator protagonista da APS no Brasil (9), jamais houve consenso sobre que perfil deveria ter este profissional. Mesmo havendo uma entidade científica que representava a especialidade, as políticas públicas nunca adotaram a definição proposta pelos próprios especialistas em MGC, alimentando a disputa pela construção do que deveria ser o “médico de família” desejável para o SUS e para a ESF. Para ilustrar este conflito, o documento que lançou o então PSF, em 1994, falava apenas em “médico” (27). Em 1997, o documento que reorientava a implantação do programa mencionava “médico de família ou generalista” (28). Em 2000, informe técnico do MS insistia no termo “médico de família” (29). A PNAB lançada em 2006 voltaria a mencionar apenas o “médico” (30), sem especificar sua formação, mas ao mesmo tempo instituiu um recurso a ser repassado para municípios que tivessem residentes de MFC em suas USF como mecanismo de complementação do financiamento. Apenas a PNAB de 2011 (31) menciona, ao listar os profissionais que compõem a equipe, o “médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade”. Essas variações em torno da denominação do profissional médico que deveria atuar nas equipes provavelmente tem relação com as divergências em torno do perfil que esse profissional deveria ter, com a disponibilidade de profissionais (que sentido teria determinar a necessidade de um perfil profissional que não está disponível no mercado?) e com a maior ou menor influência de cada grupo que historicamente disputa o conceito (especialmente mFC, sanitaristas clássicos e sanitaristas do grupo ‘Em Defesa da Vida’). Como mencionado anteriormente, as diferenças entre os autores da Saúde Coletiva serão apontadas mais adiante.

O lançamento do PSF não representou, portanto, o reconhecimento da MGC como especialidade ideal para atuar neste espaço. Sem financiamento para a manutenção dos programas de residência médica na especialidade e sem um direcionamento claro de política de governo que estimulasse a especialidade, houve nova desmobilização dos profissionais ligados à SBMGC, que acabaria sendo novamente desativada em 1994.

Enquanto os médicos gerais comunitários (mGC) encontravam-se dispersos com a inativação de sua entidade representativa e o fechamento da maioria dos programas de residência, alguns atores da Saúde Coletiva reforçavam a visão de que o médico da chamada “rede básica” seria o “clínico geral (médico de família)”, que era “supostamente egresso das faculdades” (32), ou seja, que a graduação seria suficiente para formar este profissional, sem a necessidade de uma especialidade médica definida. Esta visão norteou um seminário promovido pelo Conselho Federal de Medicina sobre especialidades médicas em 1996, cujo relatório final apresentava a MGC como uma especialidade em extinção, que deveria permanecer com “ressalvas (...) até que a graduação cumpra seu papel” (33). Esta ideia de que a graduação em medicina deveria ser suficiente para formar o médico generalista seria naturalmente combatida pelos mGC em sua produção acadêmica mais à frente, ao se apresentar como a especialidade da APS (34), o que será uma das características mais marcantes da identidade da MFC

Em 1997 as normas do PSF foram revisadas por novo documento do Ministério da Saúde, que o definiam não como um programa vertical, mas como uma estratégia de organização de atividades nos territórios. Este documento, embora não trouxesse mudanças substanciais nas atribuições gerais das equipes, descrevia pela primeira vez questões específicas sobre o profissional médico: ele deveria ser preferencialmente um generalista, com atuação voltada não para problemas de saúde ou doenças específicas, mas comprometido com a pessoa inserida em seu contexto biopsicossocial, desenvolvendo ações inclusive enquanto os indivíduos estão saudáveis. Ainda entre as atribuições específicas estavam contempladas a execução de ações básicas de vigilância epidemiológica e sanitária, os primeiros cuidados nas urgências e a realização de pequenas cirurgias ambulatoriais (28).

No final da década foi convocado outro seminário sobre a questão da especialidade médica, desta vez pela CNRM, que apresentou a definição de que MGC e MPS seriam duas especialidades distintas, e que a residência em MGC seria o espaço para a formação do médico para o Programa Saúde da Família (35). Após este reconhecimento da especialidade a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária foi reativada e, em 2001, após discussões entre seus membros optou por mudar seu nome para Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), permanecendo ativa até hoje. A mudança de nomenclatura demonstra um alinhamento com a utilizada pelo PSF, que passava a ser seu principal mercado de trabalho.

Como visto anteriormente, havia questionamentos sobre a necessidade de se formar médicos para a atuação no PSF no âmbito da pós-graduação. Ao mesmo tempo, a clínica

praticada nas eSF, direcionada para ações programáticas era alvo de críticas, especialmente de sanitaristas do coletivo “Em Defesa da Vida”, ao apontar que “o PSF tem sua matriz teórica circunscrita prioritariamente ao campo da vigilância à saúde” (36), e que por isso direcionaria suas ações para o ambiente, sem dar maior valor ao conjunto da prática clínica, ou que “o PSF articula um discurso de conotação populista, voltado ‘aos pobres’, propondo--se como mecanismo efetivo para a sua inclusão no campo da assistência à saúde” (36). Este mecanismo teria “a intenção velada de se promover um sistema de saúde tecnologicamente empobrecido, de baixo custo, focado nos pobres” (36). Outra crítica seria ao que se chamou de ‘mitificação do generalista’, apontando que este não conseguiria, por si só, implementar novas práticas de saúde junto à população. Por fim, apontando que seriam poucos os MGC disponíveis no país, “seria mais adequado um modelo de assistência que absorvesse com mais naturalidade os profissionais das áreas básicas (clínica médica, pediatria e gineco-obstetrícia), inserindo-os em novas práticas” (36). A subordinação da clínica às ações programáticas também seria questionada por outros autores (26), ao defender não a negação da clínica ou sua desvalorização frente a ações programáticas, mas a superação das limitações de ambas a partir da “reestruturação do saber clínico, por meio de sua abertura para a fisiologia, a patologia, a epidemiologia, a psicanálise, as ciências sociais” (26). O mesmo autor ainda afirmaria, sobre a desvalorização da clínica individual:

“Esta ideia (...) pode resultar também de uma renúncia à pretensão de se realizar uma reforma médico-sanitária integral, ou por razões conjunturais de correlação de forças ou mesmo por se imaginar que a clínica seja irreduzível a qualquer composição com a epidemiologia, originando-se assim uma justificativa para a integração sanitária ocorrer apenas em alguns segmentos dos serviços de saúde, em geral aqueles marginais aos interesses dos produtores privados e voltados para alguns tópicos do elenco de problemas passíveis de enfrentamento em um dado período. (26)

Vemos portanto que as tensões existentes na década de 70 ainda se faziam presentes: dez anos após a criação do PSF ainda havia um modelo de organização de serviços onde predominava uma abordagem preventivista-racionalizadora, que recebia fortes críticas dos defensores da abordagem médico-social. Até este momento havia pouca inserção dos mFC no ambiente acadêmico, e isso se traduzia na escassez de produção de artigos que refletissem a visão desses profissionais sobre a própria especialidade. Essa escassez seria enfrentada pela SBMFC a partir de 2004, com a reativação da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC).

3.3 A PRODUÇÃO ACADÊMICA DA MFC SOBRE SI MESMA: PRIMEIROS ANOS

A Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) foi reativada em 2004, o que representou um marco na produção acadêmica sobre a especialidade, que passava a contar com um espaço próprio para manifestar suas visões e propostas para a MFC. A primeira edição traz um artigo denominado “A Propósito da Medicina de Família” (37), que se apresenta com o objetivo de “contribuir com o matrimônio entre teoria e prática” a partir da constatação de que “contribuições teóricas no sentido de transformar o sistema de saúde no país ocupam longa prateleira em bibliotecas”, mas “o profissional que atua na linha de frente está distante das contribuições teóricas”. Considerando que a identidade do médico de família enquanto especialidade médica já estaria estabelecida por princípios apresentados em literatura de outros países, defende “a prática da MFC segundo estes princípios, no contexto do SUS”. Numa linha defensiva, critica profissionais do PSF que argumentavam que só estariam “fazendo PSF” se atuassem com grupos ou fazer visitas domiciliares. Ao argumentar a favor da complementaridade entre abordagem individual e coletiva traz uma crítica ao trabalho com grupos como elemento do PSF, ao afirmar que “os grupos, por sua vez, não são automaticamente garantia de ação coletiva (...) As atividades em grupo podem trazer resultados importantes individualmente para os participantes do grupo, sem ter no entanto nenhum impacto na população em geral”, e que muitas vezes essa atividade ocorre “às custas de recusa de atendimento a pacientes que têm queixas, que estão sofrendo”, ressaltando que “não há como fazer prevenção e promoção com o sofrimento batendo à porta”. Sobre visitas médicas domiciliares, entende que são “um atendimento de exceção, com indicações precisas”, e que “o médico deveria permanecer na Unidade de Saúde a menos que houvesse um motivo justificável para se afastar, pois é neste local que as pessoas esperam encontrá-lo”. Entende que estas questões seriam distorções que estariam interferido de maneira negativa na prática da MFC. Aqui vemos as tensões entre a abordagem médico-social apresentada no capítulo anterior e a proposta de um novo paradigma, que seria melhor definido nas produções seguintes. De acordo com a autora, a ênfase do trabalho do MFC é no atendimento individual, sendo a abordagem comunitária como secundária. Na formulação dos atributos da APS proposta por Starfield (1), de fato, a abordagem comunitária é apresentada como um atributo secundário, porém a MFC seria criticada por esta posição, acusada de reduzir a dimensão comunitária a “um mero instrumento epidemiológico de análise do território e da população” (9). A MFC aparentemente entende que as mudanças

nos determinantes sociais da saúde e da doença (DS) são atribuição das políticas públicas como um todo, não da atuação do médico, enquanto a Saúde Coletiva parece entender que cabe ao médico, enquanto agente de uma política pública, atuar junto à comunidade no sentido de modificar estes determinantes, e que resumir a clínica à atuação individual seria o mesmo que desvalorizá-la (24). No entanto, reconhecer que as mudanças nos DS dependem mais das políticas públicas do que da clínica individual não significa necessariamente a sua desvalorização, mas um entendimento de que a clínica apresenta limitações em sua capacidade de intervenção junto a estes determinantes. Esta visão de desvalorização da clínica não é consenso na SC (26), mas isso não seria suficiente para aproximar a SC da MFC no tema em questão:

(...) não se encontra em construção um diálogo potente entre as formulações sobre clínica e gestão na APS realizadas pela SC e pela MFC nos dias de hoje. É raro, inclusive, encontrar referências a autores mais vinculados à SC nos textos acadêmicos da MFC e vice-versa. Tão improdutivo quanto desnecessário, a ausência desse diálogo apenas reforça uma tendência de isolacionismo e autossuficiência da produção de conhecimento contemporâneas, visível em ambos os campos. (9)

O ano de 2005 traz o que identificamos como a primeira produção em formato de artigo de autoria de diretores da SBMFC que trata do perfil desejado para o especialista na área. Nesse artigo, a presidenta, o diretor científico e o diretor de comunicações da entidade apresentam o conceito e os princípios da MFC, situando-a como essencial na reestruturação do sistema de saúde e de formação médica (34). A MFC é aqui definida como “especialidade médica da integralidade com foco centrado na APS”, em contraposição às demais especialidades que se definiriam a partir da atuação centrada em um órgão, sistema, grupo etário, sexo ou grupo de doenças, por isso denominadas “especialidades focais”. Sendo centrada na APS, a MFC deveria seguir os atributos deste nível de atenção: primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado, mas principalmente a integralidade, como já enfatizado anteriormente. O entendimento de que a integralidade seria o atributo a ser priorizado seria revisto alguns anos à frente. O documento, embora aponte que a MFC “não é superior nem inferior a qualquer outra especialidade”, enfatiza que a MFC “tem contribuído para a reestruturação científica da própria medicina”, porque “seus princípios e práticas são centrados na pessoa (e não na doença)”. Salieta ainda a “importante contribuição” que a especialidade pode dar para a formação médica, uma vez que “seus princípios se entrelaçam às recomendações expressas nas novas diretrizes para o ensino de graduação em medicina”. Em relação ao sistema de saúde, cita uma publicação da

Organização Mundial dos Médicos de Família (38) ao dizer que “o médico de família/generalista deve desempenhar um papel central na obtenção de qualidade, equidade e custo-efetividade nos sistemas de saúde”. O artigo aponta também que “em todos os países em que (a MFC) é adotada, tem contribuído fortemente para a melhoria dos indicadores de saúde”. Desta forma, a MFC é apresentada como uma especialidade não apenas importante para a medicina em si, mas para o sistema de saúde como um todo.

Ainda em 2005 outro diretor da SBMFC publicou mais um artigo na mesma publicação, com o título “Os princípios da Medicina de Família e Comunidade”, apontando que a expansão da ESF “se realizou em descompasso com a estruturação e o fortalecimento da especialidade médica mais adequada para realizar este trabalho: o médico de família e comunidade” (39), sugerindo que “a percepção e a adesão dos recém-formados sobre as necessidades da Estratégia da Saúde da Família podem ser consideradas ainda muito baixas”. No mesmo artigo o autor afirma que, nos EUA, a medicina de família/comunitária foi estruturada como uma reação ao movimento de hiperespecialização médica desencadeado pelo Relatório Flexner, e sinaliza o que consistiria em um paradoxo desta solução: criar uma nova especialidade para combater o fenômeno da hiperespecialização. No Brasil isso seria justificado pelo argumento de que a MFC estaria no contexto de uma política pública que buscava aumentar a cobertura de serviços de APS de forma mais custo-efetiva, respondendo aos fenômenos de crescente urbanização, crescimento populacional e desigualdade social. O autor conclui afirmando que expandir e qualificar a APS dependeria também da disponibilização e qualificação do recurso médico, e que “conhecimentos adquiridos na graduação e experiência comunitária” não seriam suficientes para alcançar uma prática médica qualificada na APS, sendo necessária portanto formação específica em nível de pós-graduação.

Vemos que após uma primeira tentativa de caracterizar a MFC a partir da negação de alguns aspectos considerados “distorções” promovidas pelo PSF, nesses dois artigos há um direcionamento em duas frentes: reforçar a MFC como uma espécie de “nova” medicina, capaz de enfrentar os problemas surgidos a partir da hiperespecialização médica e consequente fragmentação do sujeito, uma vez que teria sua prática centrada na pessoa e não nas doenças; e apresentar a MFC como ferramenta para a reorganização dos serviços em busca de maior custo-efetividade, equidade e qualidade, que se refletiria na melhoria de indicadores de saúde. Sendo este o início da produção acadêmica da MFC no Brasil, vale apontar que as evidências científicas que sustentariam estes argumentos se baseavam em estudos publicados em outros países, muitas vezes em contexto bastante distinto do brasileiro,

o que seria apontado mais adiante como uma fragilidade dessa argumentação, e por isso explorada por alguns críticos, acusando a especialidade de reproduzir de forma pouco crítica as práticas de outros países com histórias distintas da nossa, desconsiderando nossa realidade populacional e história de políticas de saúde (9). Ao que parece essa fragilidade na argumentação já havia sido antecipada por Anderson, que publicou ainda em 2006, quando ocupava a presidência da SBMFC, um editorial na RBMFC (40) onde faz um chamado à produção científica por MFC ao dizer que “não basta somente a boa prática e o bom trabalho nos locais onde se atua. É necessário a sua demonstração consistente e a divulgação das diferenças”. O objetivo da produção que se deseja é que seja capaz de “capaz de demonstrar a influência positiva da APS sobre a saúde da população e o papel decisivo do médico de família e comunidade nos resultados e no impacto desta atenção”, através de três estratégias: estudos que demonstrem o desenvolvimento de uma “atenção ativa, comprometida com a comunidade e contextualizada com a realidade do território onde atua”; estudos comparativos entre a APS e o “modelo tradicional de atenção”; e análise do impacto da atenção prestada por MFC em comparação com os demais médicos, para demonstrar que “é necessário investir na qualificação” desses profissionais.

3.4 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E OUTRAS AÇÕES GOVERNAMENTAIS: A DEFINIÇÃO DO “MÉDICO DA ESF”

Em 2006 foi lançada a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (30), quando o PSF passou a ser apresentado como a estratégia prioritária para a organização das ações de APS no âmbito do SUS, mudando sua nomenclatura para Estratégia Saúde da Família (ESF). Se no documento anterior que normatizava o programa, em 2007, havia menção ao médico generalista, na PNAB 2006 essa referência foi substituída por uma descrição de atividades específicas que incluía “realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos”, definindo a atuação desse profissional a partir de uma mistura das chamadas especialidades básicas. Tal configuração, especialmente se analisada a partir da perspectiva já apresentada anteriormente de que as escolas médicas deveriam formar médicos generalistas, parece apontar para a ideia já apresentada de que o médico da ESF não precisaria de qualquer especialização ou formação específica.

No que aparenta ser uma resposta a esse momento histórico, a SBMFC publicou em 2007 uma edição da RBMFC com quatro artigos que apontam propostas de expansão da especialidade em três frentes diversas: graduação em medicina, residência em MFC e especialização em MFC. Aqui a discussão sobre a inserção da MFC na graduação resgata a discussão proposta em 2005 (34) ao mencionar a importância da inserção dos conceitos e práticas da MFC na graduação em medicina como estratégia fundamental para a formação de futuros médicos que “tenham o cuidado como eixo central de sua prática e que desenvolvam o senso de corresponsabilidade pela saúde integral das pessoas”, e que sejam “engajados e comprometidos com o Sistema Único de Saúde, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN)”. Afirma que a constituição de Departamentos de Medicina de Família e Comunidade (ou denominações equivalentes) seria uma tendência em destacadas escolas médicas ao redor do mundo, citando o movimento ocorrido na década de 1970 em várias escolas nos EUA, muitas vezes com incentivo financeiro governamental, sugerindo que esses departamentos permitiriam “o direcionamento necessário para a inclusão da disciplina no espaço acadêmico, como também permite a organização dos recursos que são necessários para articularem a tríade ensino, cuidado ao paciente (extensão) e programas de pós-graduação e pesquisa” (41). Seguindo com a discussão, outro artigo (42) denuncia as crenças, equivocadas na visão do autor, no princípio de terminalidade do ensino de graduação em Medicina, ou seja, que esta seria suficiente para formar o médico generalista necessário para a APS; e na alegação de que na APS são atendidas condições ou problemas simples de saúde, devendo os problemas mais complexos serem referidos para serviços de atenção secundária ou terciária. Estas ideias levariam à conclusão de que Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) seriam desnecessários. O autor aponta que aqui há uma confusão com o conceito de “Atenção Primitiva”, que seria uma “medicina de segunda classe para cidadãos de segunda classe prestada por pessoal de segunda classe”, uma questão já apontada por outros autores há pelo menos duas décadas. A complexidade dos problemas que se apresentam na APS estaria relacionada à capacidade de percepção, por parte do profissional, “do fenômeno saúde-doença como um processo condicionado por um emaranhado de variáveis biológicas e psicossociais articuladas por uma teia de relações”. Esse conhecimento, assim como o das ferramentas necessárias para atuar nesse espaço constituiria a MFC e justificaria a existência da residência médica na área, também como uma forma de “expor o recém-formado a programas regulamentados que, além da prática em serviço sob supervisão, exigem a verticalização do conhecimento teórico nas respectivas especialidades

médicas; quando não, a produção de novos conhecimentos”. A necessidade de existência dos PRMFC é reforçada por mais um artigo (43), que consiste na adaptação de um documento produzido pela SBMFC em 2005 com o objetivo de apontar um conjunto de critérios e recomendações, alinhadas com o que exigia a Comissão Nacional de Residência Médica, para a expansão adequada dos programas de residência em MFC. Ressalta que o especialista em MFC “não é adequadamente formado com uma fusão antipedagógica das chamadas áreas básicas, como pediatria, gineco-obstetrícia, medicina interna, cirurgia e psiquiatria”, e que esta formação “deve inspirar-se em um modelo de prática médica centrada na pessoa e na relação médico-paciente, com foco na família e orientada para a comunidade, privilegiando, por consequência, o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde”. E por fim, reconhecendo que a residência médica, entendida como estratégia pedagógica ideal para a formação do MFC, não responderia à necessidade de formação de milhares de médicos que já atuavam na ESF naquele momento. Outro artigo (44) apresenta uma proposta de especialização, em larga escala, via educação à distância voltada para médicos que já atuassem na APS. Ressalta que “os cursos de especialização levados a cabo desde então, na sua maioria, focaram mais no campo da Saúde Pública e Saúde Coletiva, deixando em plano secundário os conhecimentos, habilidades e atitudes da prática específica do médico que trabalha em uma equipe da ESF”, de forma que “mesmo quando conteúdos clínicos eram desenvolvidos, a tendência era observar conceitos focais de especialidades básicas, como pediatria, clínica médica e ginecologia-obstetrícia, muitas vezes se restringindo a programas verticais”, sendo necessário superar “dicotomias entre sanitarismo e cuidado que pautaram décadas no debate em saúde”. Apresenta para isso uma matriz pedagógica centrada na discussão de casos complexos, voltados para a elaboração de diagnósticos (e respectivas intervenções) em nível individual, familiar e comunitário do processo saúde-doença.

Aqui vemos um contraponto ao proposto pela PNAB 2006: o mFC seria um profissional com competências específicas para o trabalho na APS conforme seus atributos essenciais, centrado na pessoa e na sua relação com ela, e não uma espécie de amálgama das chamadas especialidades básicas da medicina. Este conflito permanece sendo evidenciado em várias Unidades Básicas de Saúde (UBS) de todo o país, com agendas de consultas médicas organizadas por grupos denominados “clínica médica” ou “pediatria”, uma prática que, na nossa visão, persiste até hoje mesmo havendo recomendação de não fazê-la pelo próprio Ministério da Saúde (45).

A demanda por médicos nas UBS naquele momento era cada vez mais urgente, não apenas em quantidade, mas em qualidade, uma vez que as limitações impostas pela ESF ao ser vista de forma programática eram evidentes, e a procura pela especialidade não demonstrava avanços. Um ensaio que analisa os dilemas e motivos envolvidos na escolha ou não da MFC como especialidade por médicos apontava que no Brasil a escolha inicial foi de agir na organização dos serviços e na prática assistencial, apostando que estes acabariam por determinar mudanças nos currículos de graduação. A aposta mostrou-se equivocada, tendo como resultado prático a limitação na expansão das equipes, uma vez que os médicos não estavam preparados para a complexidade da APS (46). Só em seguida foi planejada a mudança curricular na formação médica com o objetivo de formar profissionais que fossem de fato generalistas, porém a procura pela especialidade praticamente não sofreria mudanças, provavelmente por ainda ser vista como “um local de baixa complexidade médica, com profissionais mal treinados e desestimulados na profissão – pejorativamente, um médico de ‘segunda classe’”. Os autores apontam um “senso comum” sobre a MFC que se materializaria em duas ideias: a primeira, que os MFC seriam os médicos com “menos” formação (em comparação com as demais especialidades); a segunda, que a APS seria um espaço de clínica inespecífica, de baixa qualificação, podendo ser exercida por médicos com qualquer tipo de formação. Concluiriam afirmando que “o médico de família representa uma das maiores possibilidades de mudanças de ‘atitude’ na saúde pública brasileira”, mas que para atender à demanda social por este profissional seria necessário que a especialidade conseguisse “exercer um poder de atração que supere o ‘idealismo’ e a ‘militância’”, ou seja, que não dependesse apenas dos médicos que se sentissem vocacionados para a MFC.

A versão seguinte da PNAB (31) voltaria a mencionar a figura do médico generalista e iria além, recomendando finalmente que o profissional médico deveria ser médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade (mFC), retirando das atribuições específicas desses profissionais a menção a outras especialidade médicas como clínica médica, pediatria ou ginecologia. A PNAB foi revisada recentemente e consolida esta posição, definindo que os médicos deverão ser “preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade” (47).

A evolução da PNAB nesse aspecto está ligada a um conjunto de políticas públicas desenvolvidas neste período, voltadas para a formação e provimento de profissionais médicos com perfil adequado para a APS, como as revisões das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina, que reforçam a necessidade de uma formação orientada para as necessidades da população e sinalizam para a centralidade da MFC na

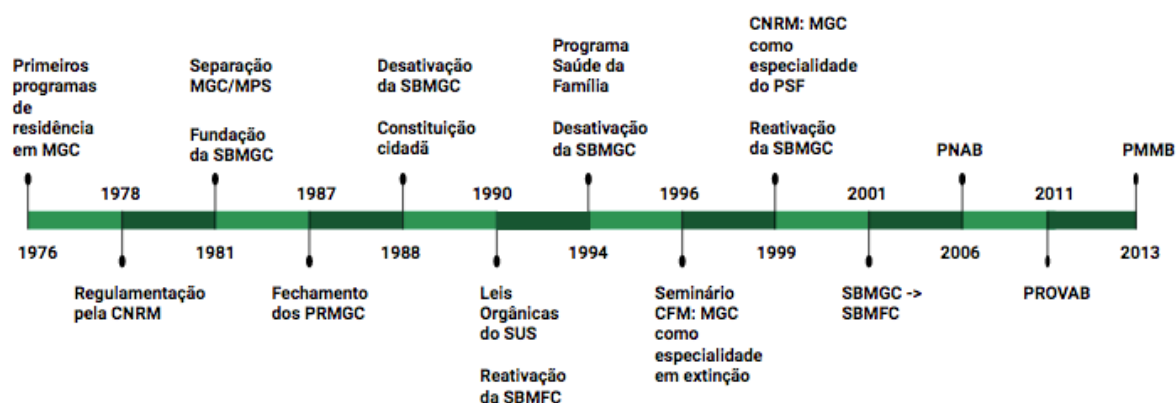
estruturação do curso médico (48); ou iniciativas promovidas pelo Ministério da Saúde, tais como os Polos de Capacitação, Formação e Educação Continuada em Saúde da Família (29), o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (“Ver-SUS”), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (“Pró-Saúde”) e o Programa de Educação para o Trabalho pela Saúde (“PET-Saúde”), todos com foco na “aproximação da academia com os serviços públicos de saúde, sustentada na reorientação da formação profissional e na abordagem integral do processo saúde-doença” (49), quase sempre com foco em serviços de APS. Merece especial destaque a criação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (“Pró-Residência”), criado pelo Ministério da Educação em 2010 e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), lançado em 2011, e que seria complementado (e depois absorvido) pelo Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), em 2013.

3.5 2011: O PROVIMENTO DA MÉDICOS PARA A APS COMO POLÍTICA DE ESTADO

A gestão do Ministério da Saúde que teve início em 2011 apresentava como prioridade a “garantia do acolhimento de qualidade em tempo adequado às necessidades de saúde das pessoas” (50). Para isso foram desenvolvidas ações de provimento de profissionais para a APS, com destaque para o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), lançado em 2011, e o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), lançado em 2013. O PROVAB consistia em um programa de contratação de médicos por período definido (um ano) combinado à oferta de um curso de especialização durante o período e, após a aprovação no curso, a possibilidade de bonificação em 10% sobre a nota obtida em concursos para residência médica, ou seja, era um programa voltado para atrair médicos brasileiros recém-formados que desejavam trabalhar enquanto se preparavam para as provas de residência. O PMMB consiste em programa parecido, porém com valor de bolsa maior, contrato mais longo (3 anos) e com a possibilidade de participação de médicos brasileiros e estrangeiros formados em outros países que não tenham validado seu diploma para atuação no Brasil. Os programas coexistiram por um período, até o PROVAB ser absorvido pelo PMMB, em 2015. Ambos geraram certa polêmica na ocasião de seus lançamentos, que não serão analisadas detalhadamente nesta dissertação. Porém, uma vez que ambos se propuseram a prover médicos para atuação na APS, o perfil desses

profissionais acabou sendo objeto de discussão. Sobre o PROVAB, a SBMFC se posicionaria favoravelmente, mas com ressalvas, por entender que o maior interessado no programa seria o médico recém-formado e que almejaria outra especialidade que não a MFC, e que por esse perfil não teria a formação mais adequada para o trabalho na ESF (51). Já em relação ao PMMB, uma das grandes críticas surgidas entre os mFC foi em relação à mudança do nome da especialidade: a Lei que estabeleceu o PMMB (52) se referiu à especialidade utilizando outra terminologia, “Medicina Geral de Família e Comunidade” (MGFC). Esta medida gerou muita insatisfação entre inúmeros mFC, que acusaram a iniciativa de ser uma tentativa de apropriação ou mesmo de desconstrução da MFC. A desconfiança se deu a partir da constatação de que o relator titular da Comissão Parlamentar responsável por analisar a Medida Provisória que criava o PMMB (53) era um médico sanitarista com história de atuação em dois momentos críticos na história da MFC: como um dos coordenadores de um seminário sobre residência médica organizado pelo CFM em 1996, que apontou para a extinção da especialidade (33) e como um dos autores de um artigo de 1997 que sugeria que o médico da chamada “rede básica” seria o “clínico geral (médico de família)”, que era “supostamente egresso das faculdades” (32). A Comissão Mista foi responsável pela inclusão do termo “Medicina Geral de Família e Comunidade”, que não fazia parte da Medida Provisória original encaminhada pelo Poder Executivo (54), e para os MFC o fato foi interpretado como mais um ataque à especialidade, acirrando os ânimos entre os mFC e a Saúde Coletiva. A polêmica levaria à publicação, por parte do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, de uma portaria (55) que estabelecia a equivalência entre os termos “MFC” e “MGFC”, diminuindo as tensões ocorridas com a publicação da Lei.

Figura 1: linha do tempo com eventos mais relevantes na história da MFC



A produção acadêmica da MFC nesse período também dialoga com o seu momento histórico. Após um período inicial mais caracterizado por apresentar os princípios da especialidade, a produção acadêmica deste período está mais voltada a apontar caminhos para as políticas públicas que incluam e fortaleçam a MFC no SUS. Rodrigues e Anderson resgatam a importância do MFC e de serviços de APS nos sistemas de saúde, ao ressaltar que “implantar 30 mil Equipes de Saúde da Família em 15 anos constitui uma ousadia nunca antes posta em prática na história da saúde mundial”, e lembram:

(...) países com APS forte têm custos globais menores e populações em geral mais satisfeitas e mais saudáveis, (...) uma disponibilidade maior de médicos de família reduz os efeitos adversos das desigualdades sociais e que em áreas com maior disponibilidade de médicos de família (mas não de maior disponibilidade de outros especialistas) têm populações mais saudáveis. (56)

Sobre a inserção do MFC na ESF, o então presidente da SBMFC afirma que “o maior desejo é que os Médicos de Família e Comunidade e os profissionais da APS, que acreditam em um sistema de saúde não-comercial e regulado, possam continuar contribuindo para a construção do SUS, ou seja, que sejam valorizados pelos dirigentes e pelas políticas públicas e não sejam engolidos pelo mercado e pela política neoliberal” (57). O mesmo autor publicou no ano seguinte artigo sobre a terminologia utilizada na APS (58) onde vemos uma discussão sobre as diferentes denominações que a MFC recebeu nos diversos países, e que relação isso poderia ter com a compreensão sobre a especialidade por parte da população. A denominação “medicina de família e comunidade” é apresentada como de difícil compreensão e incorreta, por não refletir corretamente a epistemologia da área de atuação. Os autores sugerem que “clínica geral” ou “medicina geral” seriam termos mais adequados, uma vez que o MFC seria na verdade um médico “geral”, com “foco na pessoa, e não na doença, na família ou na comunidade”. O artigo resgata novamente o conflito com a Saúde Coletiva, a Medicina Preventiva e a Medicina Comunitária, que ao enxergar as ações coletivas destacadas da clínica individual teriam tido “grande influência” na rejeição ao termo “geral” quando da definição do nome da especialidade. O “clínico geral” no Brasil seria reconhecido pela população como um médico sem formação específica, numa visão alinhada com os que entendem a terminalidade da graduação em medicina, que formaria o médico generalista. Haveria assim um conflito terminológico: a especialidade médica que cuida da saúde de adultos, normalmente em ambiente hospitalar é chamada em boa parte do mundo de “Medicina Interna”, mas no Brasil adotou a denominação “Clínica Médica”,

ampliando a possível confusão entre esta e os médicos generalistas. Na prática, a figura do generalista no Brasil coexistiu com especialidades focais, uma vez que a residência em clínica médica era pré-requisito para a entrada em subespecialidades. Assim, o cardiologista se anuncia como especialista em “cardiologista e clínica médica”, o que distorceria a percepção sobre o papel de cada profissional no sistema de saúde.

Chama a atenção no artigo mencionado a retirada do foco na família e comunidade proposto pelos autores, sendo um deles o então presidente da SBMFC, em um contraste franco com publicações da presidenta que o antecedeu e já mencionadas nesse estudo, que apontavam o comprometimento e a orientação para a comunidade como características de um mFC (39,40). Seria a reivindicação do termo “clínico geral” e a retirada da “comunidade” de suas prioridades um preparo para a atuação do mFC no setor privado, que começava a se mostrar aberto à especialidade?

3.6 A MFC E SEU COMPROMISSO POLÍTICO-SANITÁRIO

O compromisso da MFC com o SUS e com a ESF aparece de forma constante na produção da especialidade: seja em documentos oficiais da entidade, seja em artigos na RBMFC, que assumem em sua grande maioria a ESF como o cenário natural de atuação da especialidade. No entanto, os últimos anos trouxeram um aumento da demanda por mFC no setor privado, e isso tem sido alvo de questionamentos internos e externos à MFC em relação ao compromisso da especialidade com o setor público. Assim, entendemos que, embora não tenhamos identificado elementos na produção analisada que discutam a inserção dos mFC no setor privado, consideramos que cabe neste momento trazer para a discussão algumas questões relacionadas ao compromisso político-sanitário da especialidade.

A MFC tem sido apontada por alguns autores como hesitante no que diz respeito ao seu posicionamento em relação a pautas históricas do movimento sanitário brasileiro, como “a defesa intransigente de um sistema de saúde público, universal e antiprivatista” e “a defesa do financiamento público, a necessidade de ampliá-lo ao invés de congelá-lo, a necessidade de participação popular e dos movimentos sociais na construção do SUS, um combate à profunda desregulamentação do sistema suplementar e um debate sobre o caráter regressivo das políticas fiscais no Brasil” (9). É uma crítica que merece uma análise mais detalhada. Percebemos por parte dos mFC, especialmente nos últimos anos, um discurso mais aberto em relação à oferta de serviços privados como possibilidade de organização do

sistema público, inspirados nos modelos adotados em outros países. De fato, a maioria dos países apontados como detentores de uma APS forte utilizam serviços privados, embora contratualizados pelo sistema público (3). Abrir este debate para o contexto brasileiro tem sido um foco de muitas críticas aos mFC, mas é importante ressaltar que historicamente a SBMFC tem se posicionado em defesa do SUS como um sistema público. Em 2018 a entidade promoveu um evento, o Fórum Nacional de Atenção Primária à Saúde, que gerou um documento intitulado “Carta de Brasília” (59). Neste documento defende pontos como a revogação da Emenda Constitucional 95 a fim de flexibilizar o teto de gastos em saúde pelo Estado brasileiro, a revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal para os gastos com saúde, a interrupção da desoneração fiscal para gastos privados com a saúde e dos subsídios estatais para servidores públicos contratarem planos privados de saúde. Todas estas medidas são vistas como possibilidades de fortalecer o SUS ao aumentar o gasto público em saúde e fortalecer a APS, e obviamente apontam para a necessidade de enfraquecer os planos privados de saúde. Assim, a acusação de que a especialidade não tem defendido o SUS e a ampliação de seu funcionamento parecem carecer de sustentação.

No entanto, o compromisso com o SUS não tem impedido a ida de muitos mFC para o setor privado, quase sempre através da iniciativa de operadoras de planos de saúde que começaram a organizar serviços de APS interessados especialmente no papel de *gatekeeper* do mFC e na sua alta resolutividade, apostando em uma potencial redução de custos e, conseqüentemente, aumento da margem de lucro destas operadoras. O fluxo de mFC para estes serviços, muitas vezes relacionado à desmotivação causada pela pouca valorização no serviço público, gerou muitas críticas por parte dos que defendem a prestação de serviços públicos como paradigma importante do SUS e interpretam a opção por trabalhar no setor privado como uma espécie de falta de compromisso com o sistema público. Neste grupo de críticos podemos ver tanto mFC quanto sanitaristas. No entanto, este tipo de crítica não é exclusiva deste período: desde os anos 70 a medicina comunitária estaria desinteressada em uma “mudança de paradigma sanitário”, estando mais voltada para a “racionalização de práticas médicas” para garantir assistência médica a populações pobres (9), numa analogia ao que Mario Testa chamava de “atenção primitiva”. Segundo Rodrigues (42), essa era a linha de argumentação utilizada para justificar a não-necessidade da existência de PRMFC. Aqui há uma divergência de pensamento entre os atores históricos: enquanto alguns sanitaristas acusavam a medicina comunitária de racionalizadora (18,19) e conformada com o sistema sanitário vigente, os próprios médicos comunitários viam a questão de forma diferente: entendiam que a atuação na APS era complexa ao ponto de não

ser possível formar, durante a graduação médica, um profissional com as competências para atuar neste espaço, e defendiam a existência da residência médica na área como forma de superar o paradigma que apontava a APS como local de resolução dos problemas mais simples e uma mera porta de entrada para os problemas mais complexos, que seriam resolvidos na atenção secundária ou terciária. Na opção por ingressar em programas de medicina comunitária, pelo menos nos anos 70, segundo Andrade (9), havia um paradoxo: a escolha seria declaradamente político-ideológica (de esquerda), crítica aos próprios programas, que “não pressupunham a constituição de um sistema universal e público de saúde”, o que teria gerado “uma série de embates no interior dos programas”. O apontamento deste paradoxo assume aqui um tom crítico, como que corroborando a hipótese de que a “medicina comunitária”, enquanto visão sobre a medicina e sobre o sistema de saúde tinha limitações que só poderiam ser superadas pela vertente médico-social, crítica da racionalização. Aqui parece evidente a existência de um conflito entre o pragmatismo exigido para a sustentabilidade político-administrativa de um PRM e a natureza naturalmente contestadora de pessoas que se interessam por uma prática médica voltada para a comunidade.

3.7 A CLÍNICA CENTRADA NA PESSOA

A produção acadêmica dos mFC tem tido, nos últimos anos, a característica principal de problematizar a clínica desenvolvida nos serviços de APS, questionando distorções induzidas pela organização dos serviços. Em sua tese de doutorado, intitulada “A (Bio)política da Saúde da Família: adoecimento crônico, micropolítica do trabalho e o governo da vida” (60), Sarti se propõe a analisar o trabalho na APS em geral, desenvolvido pela equipe de profissionais. Ainda assim podemos considerar algumas de suas contribuições como voltadas também para a MFC. Há aqui uma importante análise do trabalho na APS, denunciando a simplificação do trabalho em APS como “(...) ‘promoção e prevenção’, comprometendo as noções de integralidade, acesso e resolubilização que estruturam a atenção primária em todo o mundo”. Esta simplificação estaria aliada à “normatização excessiva das práticas das equipes”, prática esta baseada nas chamadas ações programáticas, que promoveriam a “desvalorização dos encontros com usuários que demandam o serviço com problemas ‘agudos’ ou que não são facilmente enquadráveis nas ‘caixinhas’ programáticas”. Assim, consultas viram “check-lists” e os sujeitos (e eventuais problemas

vivenciados por estes que não se enquadrem nas ações de “prevenção e promoção”) desaparecem. A consequência disso tudo: “a conformação da ESF como dispositivo de controle e normatização da vida”. Para enfrentar essa questão, o autor coloca:

Se tomarmos a ideia de saúde da forma como Canguilhem a entende, pensando na possibilidade de abusar da própria saúde como parte da saúde e a capacidade do indivíduo ser normativo e inventar formas de vida mesmo diante de uma anomalia ou doença, é preciso interrogar profundamente o trabalho das equipes de saúde da família, na medida em que muitas de suas ações acabam por incidir sobre os corpos e a vida no sentido de reforçar e ampliar restrições à autonomia e capacidade de decisão e produção de existências múltiplas. (60)

Vemos aqui um aprofundamento da crítica à excessiva programação na ESF já presente em outras produções, porém se no início da produção analisada esta crítica se baseava em preceitos da própria MFC (como a definição da Wonca), agora ela busca dialogar com a produção de atores bastante consolidados como Canguilhem.

Uma outra forma de problematizar o papel da MFC nos serviços tem sido a incorporação de novos conceitos e ferramentas na clínica como o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), bastante difundido na MFC em todo o mundo, fazendo parte inclusive dos conteúdos recomendados pelo Currículo Baseado em Competências da SBMFC (61). O MCCP consiste em uma abordagem clínica baseada em quatro componentes voltada para afirmar “o papel central da comunicação centrada na pessoa na medicina científica moderna”. O livro que apresenta o MCCP teve sua tradução para o português lançada no Brasil com o apoio da SBMFC em 2010, e atualizada em 2017 (62). Mesmo com esta centralidade na mFC, o MCCP não seria de compreensão tão universal: em 2015 Lopes e Ribeiro resgatam a discussão sobre o método em um artigo (63) que sugere que “não existe ainda um conhecimento adequado sobre o que realmente significa uma Abordagem Centrada na Pessoa”, mesmo sendo realizada uma atuação “humanizada e voltada para escutar e conhecer as pessoas”, que busca “ver a pessoa por inteiro”. Esta abordagem falha em vários aspectos em relação ao MCCP, “principalmente no que se refere a garantir a autonomia de quem busca ajuda”. Os autores concluem, em certa sintonia com Sarti (60), que:

A principal tarefa da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa. Ela terá que encontrar as origens da doença e do sofrimento e, com esse conhecimento, desenvolver métodos para aliviar a dor, diminuir danos e reduzir o sofrimento. Ao mesmo tempo, deverá revelar o poder da própria pessoa. (63)

Na mesma época temos um editorial da RBMFC intitulado “De pessoa a pessoa, passando pela doença” (64) que segue a linha da abordagem centrada na pessoa ao lembrar que “que cada pessoa é única e que os problemas de saúde aparecem de diferentes maneiras em cada pessoa”, denunciando a prática indiscriminada de ações de rastreamento de doenças, “como se a única causa de morte precoce fosse ‘a falta de rastreamento e a pouca ida ao médico’”. Nesse contexto as condições sociais, as relações familiares, o estresse, a relação com o trabalho, a dieta, e todos os determinantes sociais de saúde são meros ‘detalhes’”. Há menção aqui a um outro conceito que, junto com o MCCP, passa a permear boa parte das discussões dentro da MFC, a Prevenção Quaternária, ou “P4” (65), que consiste em “ação voltada para identificar pacientes em risco de sobremedicalização, para protegê-los de nova invasão médica, e sugerir intervenções eticamente aceitáveis” (66). O sobrediagnóstico, ou seja, o diagnóstico excessivo apresenta-se para a P4 como um problema, mas que estaria sendo enfrentado de forma equivocada por um ramo da ciência que teria se apropriado do conceito de “medicina personalizada” (reivindicado pelos MFC e praticantes do MCCP), distorcendo-o para justificar ações como testes genéticos. Aqui os autores apontam a diferença entre “entender que pessoa tem a doença” e “entender que genoma a pessoa com a doença tem”.

Outro artigo lançado no mesmo período gerou certa polêmica. Nele, cinco diretores da SBMFC apresentaram o que chamaram de “Bases para um novo sanitarismo” (67). Embora boa parte do artigo se dedique a apontar problemas do SUS que “podem ter sua raiz nos conceitos trazidos pela Constituição e em elementos hegemônicos do pensamento sanitarista”, discussão extensa e que foge do escopo deste estudo, alguns apontamentos relacionados à MFC podem ser destacados, como a centralidade das ações programáticas e de programas de imunização na origem da APS no SUS, que explicaria “dificuldade atual de fazer a APS brasileira incorporar o que mundo afora é a sua essência: a clínica dos problemas mais comuns”. Outra questão que parece relevante é a discussão sobre o termo “integralidade”, que segundo os autores significaria, para o SUS, o conjunto de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, enquanto nos atributos da Atenção Primária à Saúde denota ‘cuidado abrangente’ (do inglês *comprehensiveness*), ou seja, faz referência à carteira de serviços e sua amplitude. Para os autores, prover “cuidados abrangentes” é uma função nuclear da MFC, sendo a abordagem familiar, comunitária e culturalmente competente o conjunto de atribuições derivadas, secundárias. Os autores criticam ainda a “sobreposição ou mesmo imposição” da agenda da vigilância epidemiológica sobre a agenda da clínica individual, que deveria ser pautada por uma “prática centrada na demanda das

pessoas, nos riscos individuais e no acesso”. Se no início da produção analisada nesta dissertação a integralidade aparecia como atributo mais importante (34), aqui o primeiro contato surge como atributo prioritário. Há ainda referência à importância da longitudinalidade, outro atributo essencial da APS, na sugestão de que seria importante, em termos de remuneração, “incorporar algum mecanismo que premie o profissional que fique mais tempo na mesma unidade”, e também na participação dos mFC no “cuidado fora do horário comercial na forma de rodízio regional”. Por fim, uma recomendação de incorporação de “tecnologias leves” que tenham demonstrado benefícios às pessoas e ao sistema. Interessante apontar que a referência bibliográfica ao termo “tecnologias leves” é um artigo (68) que discute a realização de medidas de efetividade de intervenções a partir de dados “duros” (aqui chamados dados objetivos como laboratoriais, demográficos, financeiros) quando os dados mais “humanos” (e por isso mais relevantes) seriam os dados “leves” (dados subjetivos como melhora de sintomas, recuperação de capacidade de trabalho, conveniência da intervenção, satisfação), não havendo na referência qualquer menção a “tecnologias leves”. Interpretamos esta iniciativa como um movimento de oposição a um grupo específico de sanitaristas, representados pelo coletivo “Em Defesa da Vida”, da Universidade Estadual de Campinas, uma vez que um de seus membros se tornou a principal referência na discussão sobre as ditas “tecnologias leves” (69). Na nossa visão, a oposição de alguns posicionamentos dentro da MFC ao coletivo de Campinas apresenta-se como relevante dentro do contexto da construção da identidade da especialidade, infelizmente não detectada de forma tão evidente na produção acadêmica mas sem dúvida bastante presente nos espaços de discussão da especialidade como listas de discussão e congressos. Possivelmente isso guarda relação com a grande influência exercida por este coletivo dentro da Saúde Coletiva no Brasil, percebida especialmente nos últimos vinte anos, e que coincide com o momento histórico de maior evolução da MFC.

4 DISCUSSÃO

Certo dia, num pequeno vilarejo ao lado de um rio, um de seus moradores viu nas águas do rio um bebê num cesto, trazido pela correnteza. Com algum trabalho conseguiu resgatá-lo, e os moradores do vilarejo, sem saber nada sobre a criança, resolveram entregá-lo para adoção para uma família local. Alguns dias depois, outro morador, ao passear na beira do rio viu não um bebê, mas dois. Resgatou-os, levou-os ao vilarejo e seus moradores, ainda curiosos, deram aos bebês o mesmo destino do primeiro, e começaram a olhar para o rio com mais atenção. Perceberam que bebês apareciam no rio com certa frequência, e todos eram resgatados e adotados por famílias, até um ponto em que eram tantos bebês que exigiam a presença permanente de algumas pessoas à beira do rio para o resgate, e a maioria das famílias do vilarejo já tinha adotado uma das crianças abandonadas. Nesse momento alguns moradores se reuniram, e um deles propôs que organizassem um grupo que caminharía pela margem do rio, no sentido contrário à correnteza, até achar de onde vinham aqueles bebês e por qual motivo estavam sendo abandonados. Enquanto alguns acharam a ideia boa, outros argumentaram que eram muitos os bebês no rio naquele momento, e o vilarejo não poderia abrir mão daquela força de trabalho. Os primeiros argumentaram que também era importante descobrir a causa do fenômeno, até como caminho para tentar resolver aquele problema que tinha tomado conta da rotina do vilarejo, mas o segundo grupo insistia em argumentar sobre a importância de preservar todas as vidas daquelas crianças que continuariam chegando. E a discussão não teve fim (...)

Há alguns anos presenciei a utilização desta estória durante uma jornada científica com estudantes de pós-graduação em Bolonha, na Itália. Todos ficaram surpresos com o fato de eu não conhecê-la, pois seria uma estória muito utilizada nas aulas de saúde pública naquele país. Achei o dilema muito interessante, e usei-o em algumas discussões com estudantes da graduação em medicina no Brasil para abordar a importância da epidemiologia na prática clínica. A elaboração da presente dissertação me trouxe a lembrança dessa estória, e a seguinte reflexão: onde ficariam os mFC nessa discussão? Qual seria o papel mais adequado pra a MFC? Nossas competências seriam melhor aproveitadas resgatando bebês no rio ou subindo o rio para entender a causa e ajudar na solução do problema?

A análise da produção acadêmica da MFC, assim como de autores que se disponibilizaram a analisar a especialidade nos mostra que a identidade proposta para MFC pode ser compreendida através de momentos históricos: um primeiro momento, que coincide com a criação da ESF, preocupa-se em delimitar definições da especialidade baseadas na produção acadêmica de outros países. Aqui o mFC teria duas características principais: a de ser o “médico da APS”, ou seja, voltado para atender aos atributos deste nível de atenção, com foco na integralidade; e de ser um “generalista”, como oposição ao conceito de

“especialidade focal”, ou seja, a que restringe sua atuação a um grupo etário, sexo, órgão, sistema ou grupo de doenças específico. Em um segundo momento a produção passa a discutir a relação da MFC com o sistema de saúde, propondo caminhos para a formação profissional e a organização dos serviços de saúde, e em um momento mais atual tem se dedicado a explorar conceitos e ferramentas que podem contribuir com a abordagem clínica individual, como o Método Clínico Centrado na Pessoa e a Prevenção Quaternária.

A seguir apresentamos uma breve discussão em relação às categorias de análise identificadas na produção analisada.

Em relação à APS, o mFC é visto como o profissional médico ideal para a atuação em serviços de APS, especialmente por sua capacidade de fornecer cuidados integrais ou abrangentes, sendo a clínica voltada para os problemas de saúde mais comuns. Dentro do SUS, a MFC é apontada como uma especialidade que contribui fortemente para a melhoria de indicadores de saúde, tendo papel central na obtenção de qualidade, equidade e custo-efetividade nos sistemas de saúde. Por isso, seria a especialidade ideal para a ESF, atuando em cenários de alta complexidade por enxergar o fenômeno saúde-doença como um processo condicionado por um emaranhado de variáveis biológicas e psicossociais articuladas por uma teia de relações. Ao observar as proposições e modelos de organização da ESF, a MFC tem criticado a ênfase na atuação em prevenção e promoção da saúde, o que comprometeria os conceitos de acesso, integralidade e resolutividade dos problemas de saúde mais frequentes. Para evitar isso apontam como necessária uma mudança de atitude na saúde pública brasileira, incluindo o fortalecimento da especialidade no sentido de alcançar um poder de atração que supere o idealismo e a militância, ou seja, que se torne para os profissionais médicos uma opção além de ideológica.

Na sua relação com as pessoas, suas famílias e comunidades, a MFC tem sido apresentada como uma prática centrada na pessoa e na relação médico-paciente, que considera as condições sociais, as relações familiares, o estresse, a relação com o trabalho, a dieta, e todos os determinantes sociais de saúde ao desenvolver a sua clínica. Há um esforço no sentido de caracterizar a clínica desenvolvida pela MFC como uma clínica personalizada, que considera conceitos como necessidades de acesso, risco e demandas dentro do contexto de cada pessoa, criticando a adoção de protocolos de acesso e de classificação de riscos individuais baseados apenas em dados epidemiológicos e em ações programáticas. A normatização excessiva do trabalho da ESF desvalorizaria os encontros com seus usuários quando as demandas destes não se enquadraram nas “caixinhas” da programação, transformando consultas em *check-lists* e promovendo o desaparecimento dos sujeitos. Em

relação ao direcionamento para a comunidade encontramos posicionamentos aparentemente antagônicos pertencentes a momentos históricos distintos: inicialmente a especialidade propunha uma atuação orientada para a comunidade, comprometida e contextualizada com a realidade do território onde atua. Mais à frente, identificamos uma outra corrente, que apontava que o foco da especialidade é a pessoa, não a doença, a família ou a comunidade. Como já apresentamos anteriormente, essa divergência parece representar um segmento de mFC mais voltados para o mercado dos serviços privados, mas não encontramos evidência de que este seja um pensamento dominante na especialidade (embora reconheça-se, tenha ganho cada vez mais espaço).

Quanto ao que a MFC representaria no contexto geral da medicina, a especialidade é apresentada inicialmente a partir da negação de alguns conceitos. O primeiro é que a MFC seria uma fusão das chamadas áreas básicas da medicina: clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria e psiquiatria. O segundo é que a especialidade teria foco no que se convencionou chamar de “baixa complexidade”: a MFC seria um espaço de clínica inespecífica, de baixa qualificação, podendo ser exercida por médicos com qualquer tipo de formação, uma formação "menor" que as demais especialidades, uma espécie de médico de segunda classe. Estas concepções acabariam por embasar a crença na suficiência da graduação em medicina para a formação do médico de família, uma questão bastante presente nas discussões sobre a MFC. A especialidade apresenta um contraponto ao descrever o mFC como um médico que pratica uma clínica centrada na pessoa e não na doença, que propõe o cuidado como eixo central de sua prática. Esta atuação promoveria o desenvolvimento de um senso de corresponsabilidade pela saúde integral das pessoas, tendo assim potencial de contribuir na formação de médicos capazes de responder às necessidades sociais da população brasileira. Isso deveria, segundo os mFC, garantir à especialidade um papel importante na graduação. Para isso os mFC adotaram uma bandeira histórica: a estruturação de departamentos de MFC nas universidades, como forma de possibilitar o direcionamento necessário para a inclusão da disciplina no espaço acadêmico, assim como permitir a organização dos recursos que são necessários para articular a tríade ensino, cuidado ao paciente (extensão) e programas de pós-graduação e pesquisa. A ausência da especialidade no ambiente acadêmico seria responsável pela pouca adesão dos graduados em medicina à especialidade. Ainda, a MFC se apresenta como uma reação ao movimento flexneriano de hiperespecialização na medicina. Já apontamos nesta dissertação um suposto paradoxo nesta afirmação: questionar o movimento de hiperespecialização criando uma nova especialidade médica. Porém, isso se justificaria pela necessidade social, a partir da

constatação de que os conhecimentos adquiridos na graduação e experiência comunitária não são suficientes para o desenvolvimento da clínica proposta pela MFC. Este ponto consiste em uma das divergências históricas entre a MFC e alguns representantes da SC, que historicamente defenderam que a graduação em medicina deveria ser voltada para formar o médico generalista com o perfil que a APS necessita. Outra crítica feita pela especialidade seria ao modelo de formação em pós-graduação com foco excessivo no campo da SC, o que levaria à formação de médicos hábeis em abordagens comunitárias/populacionais, porém com lacunas importantes nas competências relacionadas à prática clínica individual. Este modelo de formação é apontado como frágil por focar nos atributos derivados da APS (abordagem familiar e comunitária, e competência cultural), deixando de lado os seus atributos essenciais (primeiro contato preferencial, coordenação do cuidado, longitudinalidade e integralidade ou abrangência do cuidado).

Entendo ser importante fazer aqui um resgate de questões que surgiram ao longo da pesquisa. A primeira seria relacionada a uma pretensa apropriação, por parte da MFC, do conceito de “especialistas em APS”. Na revisão de literatura realizada para esta dissertação não identificamos elementos na produção acadêmica da MFC que fizessem esta reivindicação de exclusividade. Nos parece que delimitar sua atuação à APS significa, para a MFC, uma forma de diferenciação do que chama de ‘especialidades focais’ dentro da clínica, sendo de forma alguma uma tentativa de exclusão da Saúde Coletiva ou de qualquer outra área enquanto protagonista legítimo para formular e executar políticas na APS. Distinguir-se da SC, reivindicando autonomia para propor e executar ideias parece significar tão somente uma ressalva à importância da visão da clínica para a formulação de políticas públicas, entendendo que a ausência da clínica neste debate fatalmente levaria à normatização e planejamento do espaço dos médicos na APS, sem que estes sejam incluídos como atores relevantes para a discussão.

Outra questão relevante é relacionada à compreensão da MFC enquanto área de conhecimentos da medicina, ou seja, enquanto especialidade médica. Enquanto muitos mFC se identificam com um conjunto de definições acerca da especialidade elaborados em outros países, outros entendem que não é possível não considerar o contexto brasileiro ao discutir a especialidade e sua atuação no Brasil. Entendemos que, ao divergirem aqui, os representantes das duas visões na verdade se remetem a questões diferentes. Se por um lado as ferramentas de abordagem familiar ou de comunicação clínica podem ter uso em serviços de qualquer natureza (pública ou privada, por exemplo), e mesmo em locais diferentes, mesmo em países distintos, a MFC enquanto espaço de atuação política obviamente terá

conformações absolutamente distintas a depender de que cenário falamos. Como mFC, e reconhecendo meus limites e vieses nesta análise, entendo que não há sentido em cobrar da MFC uma espécie de “visão de mundo” mais adequada, uma vez que esta dependeria de outras questões, como as posições políticas e ideológicas de cada indivíduo, ou seja, de questões que transcendem a especialidade médica. Assim, teremos mFC militantes do SUS ao mesmo tempo em que teremos mFC com atuação exclusiva no setor privado, por exemplo. Ambos podem ser excelentes profissionais para seus pacientes. Que papel terão na construção da nossa sociedade me parece uma questão grande e complexa o suficiente para não caber em uma especialidade médica.

Uma terceira questão importante é relacionada à abordagem individual e à abordagem coletiva. Enquanto uma parte dos mFC defende a ênfase no atendimento individual, argumentando que é essa a sua atribuição em boa parte do mundo, outra parte defende uma abordagem mais voltada para o coletivo. A questão aqui parece ser a seguinte: considerando o tempo limitado para a atuação do profissional, deveria ele priorizar ações individuais, mesmo correndo o risco de, ao não buscar atuar sobre determinantes sociais da saúde, desempenhar um trabalho como o de Sísifo⁶, ou seja, de empenhar esforços sobre situações cuja solução não está ao alcance deste esforço? Ou, por outro lado, deveria o profissional priorizar intervenções coletivas e assim correr o risco de negligenciar as necessidades individuais de cada um de seus pacientes? A questão nos remete à pequena história apresentada no início deste capítulo. Entendo que sendo o médico um profissional com algumas atribuições bastante específicas (como o diagnóstico e o tratamento de doenças) deveria priorizar ao máximo estas atribuições, especialmente porque não poderiam ser desempenhadas por outros profissionais. A atuação voltada para as pessoas não exclui, de forma alguma, a possibilidade de fazer intervenções educativas ou mesmo de mobilização política dessas pessoas, que se não se configuram como ações coletivas, podem muito bem ser ações em prol do coletivo. Uma questão importante parece ser se precisamos mesmo que o médico seja o responsável por diagnosticar condições como um resfriado comum, uma lombalgia inespecífica ou uma dermatite de contato. Talvez com a ampliação da capacidade clínica de outros profissionais, especialmente da enfermagem, a demanda por consultas médicas para o mFC fosse reduzida, deixando mais tempo para intervenções coletivas. Aqui

⁶ Sísifo, personagem da mitologia grega que foi condenado a, por toda a eternidade, rolar uma grande pedra de [mármore](#) com suas mãos até o cume de uma montanha. Sempre que se aproximava do topo a pedra rolava novamente montanha abaixo até o ponto de partida por meio de uma força irresistível, invalidando completamente o duro esforço despendido e exigindo a repetição eterna do trabalho.

esbarramos em questões mais amplas, não apenas corporativas ou políticas mas também culturais, o que demanda bastante tempo e disposição de todos os atores envolvidos para o enfrentamento adequado.

Por fim, cabe registrar que a MFC, ao longo de sua história no Brasil, foi influenciada por diversos atores e dificilmente poderia ser classificada como uma área onde o pensamento é homogêneo. A influência de cada grupo de atores se faz notar em todos os momentos da história da especialidade. No entanto, mesmo com esta suposta heterogeneidade podemos apontar um grupo que se tornou dominante dentro da especialidade: o de mFC que fizeram ou fazem parte das sucessivas diretorias da SBMFC. Vale lembrar que nunca houve uma ruptura entre as gestões da SBMFC, nem mesmo disputa eleitoral pelo controle da entidade: as eleições sempre tiveram chapa única e construída a partir da diretoria que se preparava para deixar o cargo. A ausência dessa disputa na história da entidade pode ser a manifestação mais evidente de uma suposta homogeneidade entre os mFC, pelo menos entre os sócios da SBMFC. Mas também pode ser a causa da construção de um grupo de pensamento pouco diverso ao ponto de impedir um amadurecimento das ideias a partir do confronto entre elas. Isso se faz mais evidente ao considerarmos a pouca interação entre os autores mais relevantes na MFC e os de áreas como a Saúde Coletiva: estes pouco debatem ou mesmo se citam em suas respectivas produções acadêmicas, levando a um isolamento que parece, considerando o contexto político cada vez mais difícil para o SUS, não trazer muitos frutos para a sociedade em geral.

Acredito que MFC e Saúde Coletiva são os elementos mais importantes para a estruturação de um sistema de saúde. Ambas se propõem a cuidar de indivíduos, famílias e comunidades, e têm um potencial de contribuição mútua que se bem explorado poderia resultar em avanços importantes não apenas em nível técnico, mas também político. Para isso, a disputa por protagonismo precisa ser substituída pela compreensão do papel de cada área na construção do SUS.

5 CONCLUSÃO

Mesmo sendo uma área de pensamento heterogêneo, é possível identificar elementos na produção acadêmica da MFC que ajudam a delimitar aspectos comuns nas diferentes identidades propostas para os mFC. Porém, sendo a especialidade relativamente nova, e sendo a ESF um mercado amplo, encaramos com naturalidade as disputas conceituais em torno da figura do médico de família, ou do médico da APS. Acreditamos que a nova geração de mFC e de sanitaristas deveria incluir em suas agendas a necessidade de estreitar laços e unir forças em favor do que sempre defenderam, cada grupo em seus espaços: um sistema de saúde universal, com financiamento público adequado às necessidades da população, gratuito nos pontos de cuidado, abrangente (ou integral) e que tenha uma APS forte como elemento central e ordenador desse sistema. Reforçar esta agenda é imperativo em um momento crítico como o atual, quando o setor privado parece coordenar iniciativas de expansão de seu mercado (aqui entendido como os usuários do SUS que possam pagar por planos de saúde mais simples ou mesmo por serviços privados já chamados de “populares”) e o financiamento público encontra-se ameaçado por pautas econômicas voltadas para a redução do tamanho do Estado brasileiro. Ainda acredito que, citando um ex-presidente da SBMFC, entre os mFC “o maior desejo é que os Médicos de Família e Comunidade e os profissionais da APS, que acreditam em um sistema de saúde não-comercial e regulado, possam continuar contribuindo para a construção do SUS, ou seja, que sejam valorizados pelos dirigentes e pelas políticas públicas e não sejam engolidos pelo mercado e pela política neoliberal” (57). Resta saber se teremos, mFC e sanitaristas, força e sabedoria suficiente para atingirmos juntos este objetivo.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
2. Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar. Perfil do Médico de Família e Comunidade: definição iberoamericana, 2010. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/perfil_mfc.pdf>. Acesso em: 30/11/2017.
3. Gérvas J; Fernández MP. Organização da Atenção Primária à Saúde em outros países. In: Gusso G; Lopes JMC (org.) Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 1º ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2012.
4. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Beneficiários de planos privados de saúde, Brasil, 2019. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em 04 de junho de 2019.
5. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro, 2019.
6. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Tese (doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.
7. Martins Filho MT; Narval, PC. O sujeito implicado e a produção de conhecimento científico. Saúde em Debate, v. 37, n. 99, p. 646–654, 2013.
8. Merhy, EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. 1º ed., p.21–45, 2004. São Paulo: Hucitec. Disponível em: <<http://site.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/?p=1015>>. Acesso em: 13/1/2019.
9. Andrade HS de. Medicina de Família e Comunidade: emergência e crítica de uma formação discursiva, 2017. Dissertação de mestrado, Niterói: Universidade Federal Fluminense.
10. Mercer K. Welcome to the Jungle: Identity and Diversity in Postmodern Politics. Em: Rutherford J (org.) Identity: Community, Culture, Difference, London: Lawrence and Wishart, 1990: 43.
11. Houaiss A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro, Ed. Objetiva, 2001.
12. Miranda D. A Construção da Identidade Oficial do Exército Brasileiro. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.
13. Galindo WCM. A construção da identidade profissional docente. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 24, n. 2, p. 14-23, 2004.

14. Faria E; Souza VLT. Sobre o conceito de identidade: apropriações em estudos sobre formação de professores. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*. V. 15, n. 1, p. 35-42. São Paulo, 2011.
15. Ennes MA; Marcon, F. Das identidades aos processos identitários: repensando conexões entre cultura e poder. *Sociologias*., Ano 16, n. 35, p. 274-305. Porto Alegre, 2014.
16. Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 2, 2007.
17. Lakatos EM; Marconi M de A. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5º ed. São Paulo: Atlas, 2003.
18. Escorel S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
19. Avila C da S. *Médico-sanitarista: ainda uma escolha de carreira?*, 1998. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública.
20. Falk JW. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 1, n. 1, p. 5-10, 2004.
21. Abath GM. Medicina Familiar no Brasil. *Educación Médica y Salud*, v. 19, n. 1, p. 48-73, 1985.
22. Carneiro AP. A Medicina de Família. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. Supl. 1, p. 19-50, 1978.
23. Bonet O. Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina. Rio de Janeiro: 7Letras, 2014.
24. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 2, n. 3, 1998.
25. Tesser CD; Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.
26. Campos GW de S. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. 3a. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
27. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde dentro de casa: Programa de Saúde da Família*, 1994. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_dentro_casa_programa_saude_familia.pdf>. Acesso em: 6/9/2017.
28. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*, 1997. Ministério da Saúde.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 3, p. 316–319, 2000.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, 2007. Ministério da Saúde.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, 2012. Ministério da Saúde.
32. Campos GW de S; Chakour M; Santos R de C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 1, p. 141–144, 1997.
33. Conselho Federal de Medicina. Seminário Nacional sobre Residência e Especialidade Médica, 1996.
34. Anderson MIP; Gusso G; Castro Filho ED de. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. *Revista APS*, v. 8, n. 1, p. 61–67, 2005.
35. Comissão Nacional de Residência Médica. Seminário Nacional de Residência Médica - Relatório Final - A Especialidade Médica no Campo da Saúde Coletiva, 1999.
36. Franco T; Merhy E. Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um Programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. *O Trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*, 2003. São Paulo: Hucitec.
37. Sant’Ana AM. A propósito da Medicina de Família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 1, n. 1, p. 24–28, 2004.
38. Kidd M. A contribuição da medicina de família e comunidade para os sistemas de saúde: um guia da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). 2º ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2016.
39. Campos CEA. Os Princípios da Medicina de Família e Comunidade. *Revista APS*, v. 8, n. 2, p. 181–190, 2005.
40. Anderson MIP; Wagner HL; Campos CEA. O impacto da MFC na saúde do Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 2, n. 6, 2006.
41. Anderson MIP; Demarzo MMP; Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 3, n. 11, 2007.
42. Rodrigues RD. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UERJ: uma perspectiva histórica. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 3, n. 11, 2007.
43. Anderson MIP; Castro Filho ED de; Rodrigues RD; Dalla MDB; Bourget MMM. Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina

56. Rodrigues RD; Anderson MIP. Saúde da Família: uma estratégia necessária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 6, n. 18, p. 21–24, 2011.
57. Gusso GDF. Os rumos da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 6, n. 19, p. 97–101, 2011.
58. Gusso GDF; Bensenor IJM; Olmos RD. Terminologia da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. 1, p. 93–99, 2012.
59. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Carta de Brasília. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/Carta%20de%20Bras%C3%ADlia.pdf>>. Acesso em 31/05/2019.
60. Sarti TD. A (Bio)política da Saúde da Família: adoecimento crônico, micropolítica do trabalho e o governo da vida, 2015. São Paulo: Universidade de São Paulo.
61. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade, 2015.
62. Stewart M; Brown JB; Weston WW et al. *Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico*. 3º ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2017.
63. Lopes JMC; Ribeiro JAR.. A pessoa como centro do cuidado na prática do médico de família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 34, p. 1–13, 2015.
64. Gusso GDF; Poli Neto P. De pessoa a pessoa passando pela doença. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 36, p. 1–3, 2015.
65. Jamouille M. *Information et informatisation en médecine générale*. Presses universitaire de Namur, 1986.
66. Bentzen N (org.) *Wonca International Dictionary for General/Family Medicine*.
67. Copenhagen: Wonca International Classification Committee, 2003.
68. Gusso GDF; Knupp D; Trindade TG da; Lermen Junior N; Poli Neto P. Bases para um Novo Sanitarismo. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 36, p. 1–10, 2015.
69. Feinstein AR. The need for humanised science in evaluating medication. *The Lancet*, v. 26, n. 2(7774), p. 421–3, 1972.
70. Merhy E. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Agir em Saúde: um desafio para o público*, 1997. São Paulo: Hucitec.