

CONFEDERAÇÃO IBERO-AMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR  
(WONCA IBERO-AMERICANA/CIMF)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
(SBMFC)

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL  
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE  
(OPS/OMS)

# III Cúpula Ibero-Americana de Medicina Familiar

Missão e Desafios para a Medicina Familiar  
e a Atenção Primária no Século XXI:  
Equidade, Integralidade e Qualidade nos  
Sistemas de Saúde



Fortaleza – Brasil  
29 e 30 de abril de 2008



# Sumário

Instituições organizadoras .....	7
Apresentação.....	9
Marco introdutório .....	11
Desenvolvimento da III Cúpula .....	15
Resultados dos grupos de trabalho – Traçando as estratégias para implementar e qualificar a APS e a MF .....	19
Carta de Fortaleza.....	25
Referências .....	53





# Sumario

Instituciones organizadoras .....	31
Presentación .....	33
Marco introductorio .....	35
Desarrollo de la III Cumbre.....	39
Resultados de los grupos de trabajo – Trazando las estrategias para implementar y calificar la APS y la MF .....	43
Carta de Fortaleza.....	49
Referencias .....	53



CONFEDERAÇÃO IBERO-AMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR  
(WONCA IBERO-AMERICANA/CIMF)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
(SBMFC)

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL  
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE  
(OPS/OMS)

# III Cúpula Ibero-Americana de Medicina Familiar

Missão e Desafios para a Medicina Familiar  
e a Atenção Primária no Século XXI:  
Equidade, Integralidade e Qualidade nos  
Sistemas de Saúde



Fortaleza – Brasil  
29 e 30 de abril de 2008



# Instituições organizadoras

## **Presidente da III Cúpula Ibero-Americana de Medicina Familiar**

- **Dra. Maria Inez Padula Anderson**, Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC– Brasil / WONCA-CIMF

## **WONCA (Organização Mundial de Médicos de Família)**

- **Prof. Chris van Weel**, Presidente
- **Prof. Richard Roberts**, Presidente Eleito
- **Dr. Alfred W T Loh**, Diretor Executivo – CEO

## **WONCA Ibero-Americana/CIMF (Confederação Ibero-Americana de Medicina Familiar)**

- **Dr. Adolfo Rubinstein**, Presidente de WONCA Ibero-Americana/CIMF
- **Dr. César Brandt Toro**, Secretário executivo WONCA Ibero-Americana/CIMF
- **Dra. Marina Almenas**, Diretora financeira WONCA Ibero-Americana/CIMF
- **Dr. Octavio Pons**, Coordenador Sub-região Meso-América WONCA/Ibero-Americana/CIMF
- **Dr. Oscar Fernández Fuentealba**, Coordenador Sub-região Cone Sul WONCA Ibero-Americana/CIMF
- **Dra. Liliana Arias Castillo**, Coordenadora Sub-região Andina de WONCA Ibero-Americana/CIMF
- **Dr. Rui Nogueira**, Coordenador Sub-região Península Ibérica de WONCA Ibero-Americana/CIMF

## **Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade/SBMFC**

### Comissão Organizadora Local

- **Dr. Carlos Eduardo Aguilera** – Diretor SBMFC
- **Dr. Eno Dias de Castro Filho** – Diretor SBMFC
- **Dr. Gustavo Gusso** – Diretor SBMFC
- **Dr. Leonardo Savassi** – Conselho Diretor SBMFC
- **Dr. Marcello Dalla** – Vice-Presidente SBMFC
- **Dr. Marcelo Demarzo** – Diretor SBMFC



- **Dr. Ricardo Donato** – Conselho Diretor da SBMFC
- **Dr. Tales Sampaio** – Conselho Diretor SBMFC

## **Ministério da Saúde do Brasil**

- **Dr. José Gomes Temporão** – Ministro de Saúde do Brasil
- **Dr. Luis Fernando Rolim** – Diretor do Departamento de Atenção Básica do Ministério de Saúde (DAB/SAS/MS)
- **Dr. Nulvio Lermen Junior** – Coordenador de Gestão da Atenção Básica (DAB/SAS/MS)
- **Dra. Claunara Schilling Mendonça** – Vice-Diretora do DAB/SAS/MS

## **OPAS/OMS**

- **Dr. Diego Victoria** – Representante – OPAS/OMS – Brasil
- **Dr. Júlio Suarez** – Consultor em Serviços de Saúde OPAS/OMS – Brasil
- **Dr. Newton Lemos** – Assessor Técnico – Sistemas e Serviços de Saúde – OPAS/OMS – Brasil

## III Cúpula Ibero-Americana de Medicina Familiar

Sob o patrocínio e a promoção do Ministério da Saúde do Brasil, da Confederação Ibero-Americana de Medicina Familiar (CIMF/WONCA), da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), foi realizada durante os dias **29 e 30 de abril de 2008**, em Fortaleza, Ceará, Brasil, a **III Cúpula Ibero-Americana de Medicina Familiar**, tendo como temática central: **Missão e Desafios para a Medicina Familiar e a Atenção Primária no Século XXI: Equidade, Integralidade e Qualidade nos Sistemas de Saúde**.

No ano em que se comemorou o 30º Aniversário da Declaração de Alma-Ata (1978), que impulsionou os Estados Membros da OMS para adotarem a Estratégia dos Cuidados Primários em Saúde para alcançarem **Saúde para Todos**, esta Cúpula teve por objetivo maior contribuir para o intercâmbio e fortalecimento das políticas de saúde no campo da Atenção Primária e da Medicina Familiar na Região da Ibero-América.

O evento reuniu Ministros de Saúde da Ibero-América e representantes de suas Equipes Técnicas; Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; Representantes máximos da WONCA, CIMF e seus países membros; Gestores de Educação das Escolas Médicas; Coordenadores de Programas de Residência em Medicina Familiar; Representantes de Sociedades Científicas e Acadêmicas com interesse em Medicina Familiar e Atenção Primária à Saúde.

## Objetivos gerais da III Cúpula

- Avaliar a situação atual dos países ibero-americanos em relação às recomendações estabelecidas nas Cúpulas já realizadas.
- Contribuir para o desenvolvimento, qualificação e consolidação da Medicina de Família e da Atenção Primária nos países da Ibero-América.
- Promover a colaboração, o intercâmbio e o estabelecimento de parcerias entre os países da Ibero-América em respeito a ações de formação, capacitação, assistência e pesquisa em MFC e APS.

## Objetivos específicos

- Posicionar e valorizar a medicina de família e comunidade como uma especialidade fundamental para os sistemas de saúde, transformando-a em uma política de estado.
- Evidenciar e fortalecer junto aos gestores de saúde a importância e a necessidade de se investir na formação e valorização da MF, bem como na infraestrutura e nas condições de trabalho na APS para que se possa qualificar e alcançar maiores e melhores resultados dos sistemas de saúde.
- Conhecer a experiência brasileira na implementação da Estratégia de Saúde da Família, identificando seus resultados, desafios e aplicabilidade em outros cenários ibero-americanos.

- Conhecer outras experiências exitosas de implementação de políticas de APS e MFC em países da Ibero-América e identificar sua aplicabilidade em outros cenários ibero-americanos.
- Estabelecer acordos, recomendações, estratégias e metas que possam impulsionar a formação e a capacitação de MFC e de educadores em MFC, bem como os mecanismos de conversão de outros especialistas, processos de certificação e recertificação profissional contribuindo para o intercâmbio de ações.
- Orientar e aperfeiçoar a conversão de outros especialistas em MFC.
- Fomentar:
  - inserção acadêmica da MF e da APS;
  - políticas para pesquisa e produção científica da MF e da APS;
  - inclusão de MFCs na gestão dos sistemas de saúde;
  - intercâmbio de residentes de MFC.

# Marco introdutório

A histórica Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata completou 30 anos em 2008. Não obstante os esforços desenvolvidos, o mundo ainda está longe de alcançar a meta “*Saúde Para Todos no Ano 2000*”, proclamada com entusiasmo, naquela ocasião, pelas delegações de 134 países e por dezenas de representantes de organismos internacionais com interesse na área da saúde.

Decorridos tantos anos, “ainda é lamentável a situação de saúde de grande parcela da humanidade, pois a mesma ainda não goza de uma atenção à saúde integral, equitativa ou nem sequer básica” (Declaração de Buenos Aires: de Alma-Ata à Declaração do Milênio, 2007).

Mas já pode ser considerado um grande avanço constatar que, 30 anos depois, falar sobre Atenção Primária à Saúde (APS) não provoca mais questionamentos sobre a sua importância para a estruturação dos sistemas de saúde. A inteligência sanitária mundial tem evidenciado o acerto da estratégia consagrada em Alma-Ata. Hoje em dia, é consenso entre os formuladores de políticas de saúde que os *Cuidados Primários de Saúde* constituem a chave mestra para que a “Saúde Para Todos” possa ser transformada em realidade.

Seja no âmbito dos serviços e das instâncias de gestão ou no meio acadêmico, é sabido que, sem um sistema de saúde com base na APS, não é possível constituir políticas de saúde equitativas, eficientes e efetivas. Ao contrário, sabe-se que, sem uma APS qualificada, os sistemas de saúde tornam-se progressivamente mais fragmentados, iatrogênicos e, ainda, acumulam custos elevados e desnecessários.

Mas é preciso reconhecer: ainda há grandes distâncias entre as intenções e as decisões e ações.

Muitos obstáculos à implantação da APS ainda existem. Obstáculos de origens e ordens diversas, incluindo a lógica de mercado, fruto dos interesses do complexo médico-industrial e sua influência na configuração dos sistemas de saúde. Dificuldades operacionais ou conceituais são encontradas em algumas regiões, em instituições de ensino e em relação às iniciativas governamentais: alguns deles, implementando ações efetivamente transformadoras; outros, denotando considerável perplexidade, acionam e investem em programas que mais contribuem para perpetuar as condições existentes, do que para caminhar em direção às mudanças necessárias.

Apesar disto, a efetividade e a resolutividade da APS têm sido cada vez mais evidenciadas. Estudos comparativos vêm dissipando dúvidas eventualmente remanescentes: países que conseguem instituir sistemas de saúde organizados com base em um modelo qualificado e inclusivo de APS vêm obtendo resultados incontestes, seja em relação à cobertura assistencial seja em relação aos custos, com melhores indicadores de saúde.

Neste contexto, cabe promover uma reflexão sobre a relevância da Medicina de Família e Comunidade, enquanto especialidade médica mais adequada para atuar neste campo da atenção.

A Atenção Primária à Saúde sem a efetiva participação da Medicina de Família não deve mais ser considerada completa e vice-versa.

Esta compreensão foi sendo progressivamente construída no próprio rastro de Alma-Ata. Isto porque, desde então, se avançou muito no tocante à necessidade de uma qualificação profissional coerente com a APS e, simultaneamente, com a ampliação do conceito de saúde e adoecimento e seu impacto no âmbito do saber e da prática médica.

Na década de 70, começavam a se evidenciar, de forma mais visível, os limites do modelo anatomoclínico, pilar do paradigma biomédico, que projetou a doença – tida como entidade – como objeto e foco principal da atenção médica.

Com base neste paradigma, ainda vigente, o valor e a importância do profissional e das suas práticas são tão maiores quanto mais focais e pontuais forem o seu olhar e sua intervenção sobre as disfunções fisiológicas, sobre as doenças. A atuação dentro dos hospitais ainda é fortemente compreendida como mais “complexa” visto que, naquele espaço, se lida com “doenças complexas” e se utilizam instrumentos industrializados “de alta complexidade”.

Formação, saber e prática médica, status e valoração profissional são ainda, em grande parte, afeitos a tal concepção biotecnologista.

Assim sendo, com base neste mesmo paradigma, os profissionais que se voltam e desenvolvem ações na e para a APS, não necessitariam desenvolver qualificação específica para aplicar as tecnologias próprias deste campo de práticas, o que remete a uma visão simplista e desqualificada do que seja a complexidade do trabalho neste nível de atenção.

Esta compreensão equivocada pode, em parte, servir de explicação para a eventual carência de incentivos e políticas específicas que ainda é possível observar em muitas regiões.

Nestas últimas décadas, entretanto, a ciência tem demonstrado que o processo saúde-doença é um fenômeno complexo, no qual atuam variáveis de diferentes dimensões, biológica, psicológica, cultural e social. Além disso, o perfil de morbidade e mortalidade das populações, a expectativa de vida, a sociedade e a cultura constituem uma realidade bastante diversa daquela configurada por ocasião da emergência e do estabelecimento da medicina anatomoclínica.

Se, àquela época, as doenças infecciosas representavam o grande desafio, hoje são as doenças crônico-degenerativas, influenciadas pelos hábitos e estilos de vida, adquiridos na família e na sociedade que o representam. São os adoecimentos gerados pela violência, pelas condições gerais de vida, nas grandes e pequenas cidades, pelos valores impostos pela sociedade de consumo e pela globalização. Ampliaram-se os fatores e as situações de risco.

Não se pode mais relegar a um segundo plano as ações de promoção e educação em saúde. Nem se pode mais aguardar que os processos de adoecimento prossigam em sua “evolução natural”, para serem então objeto de “recuperação” pela medicina.

Impõe-se o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, bem como trabalhar mecanismos de resiliência, buscando as medidas que visem ambientes e práticas sociais saudáveis. Identificar precocemente como e por que as pessoas adoecem e contribuir para reassumirem o caminho da saúde constitui o elemento central pelo qual devem se organizar e atuar os sistemas de saúde.

Por isto tudo, compreende-se hoje, com maior clareza, a importância da Atenção Primária à Saúde. É neste nível de atenção em que tudo se inicia. Aqui devem ser desenvolvidas – de forma integrada e articulada – ações de educação, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação para os problemas mais prevalentes de saúde. O foco não são as partes do corpo ou os sistemas orgânicos, mas sim as pessoas, as famílias, a comunidade e seus processos de adoecer e preservar a saúde.

As questões a serem abordadas e desenvolvidas na APS são, portanto, complexas, e os profissionais devem ter formação específica e adequada para lidar com as necessidades e demandas de saúde que aí se apresentam, trabalhando na perspectiva do cuidado e da autonomia.

De Alma-Ata para cá, muito já se caminhou e se tem caminhado neste sentido, tanto em relação à compreensão e implementação da APS quanto em relação à qualificação dos seus profissionais, em especial do Médico de Família e Comunidade. Muitas e boas lições podem ser extraídas da experiência de países com diferentes níveis de desenvolvimento econômico, inclusive da Ibero-América, a exemplo de Cuba, Brasil, México, Costa Rica, Espanha e Portugal.

Mas ainda há grandes distâncias entre intenção e gesto, especialmente nos países ditos em desenvolvimento.

Na região da Ibero-América, dentre os principais desafios se encontram:

- a) Conformar e organizar sistemas nacionais de saúde mais justos e equânimes, e que tenham por base a APS e a atuação de Médicos de Família.
- b) Promover políticas de saúde que garantam minimamente o acesso de toda a população à Medicina de Família e Comunidade e à Atenção Primária à Saúde (como direito de todos e dever do Estado).

Para tanto, é necessário que se estabeleçam, se implementem e se incrementem políticas para fortalecer a:

- 1) valorização e valoração da MFC e da APS nos sistemas de saúde com constituição de mercado e condições adequadas de trabalho;
- 2) formação e capacitação de médicos de família e comunidade;
- 3) formação e capacitação de educadores, tutores e docentes em Medicina de Família e Comunidade;
- 4) institucionalização acadêmica da Medicina de Família e Comunidade;
- 5) produção e divulgação de conhecimento no âmbito da Atenção Primária à Saúde e da Medicina de Família.

Todas estas questões têm sido objeto de estudo na esfera da Confederação Ibero-Americana de Medicina Familiar (CIMF) e têm sido trabalhadas nas Cúpulas e demais atividades da CIMF e de suas regionais nacionais.

A I Cúpula, realizada na Espanha (2002), a II Cúpula, realizada no Chile (2005), assim como a I Minicúpula, realizada na Venezuela (2003), apresentaram recomendações e ações concretas para enfrentar e superar os desafios para a Medicina Familiar e a Atenção Primária à Saúde no nível da Ibero-América.

Com base nestas recomendações e numa enquete realizada com os países membros da Confederação Ibero-Americana de Medicina Familiar – CIMF sobre o atual estágio de desenvolvimento dos sistemas de saúde, da MF e APS na Ibero-América, configuraram-se os objetivos propostos para a III Cúpula.

O presente informe resume o desenvolvimento, as propostas e os principais acordos da III Cúpula Ibero-Americana de medicina familiar expressos na carta de Fortaleza que vai ao final deste documento.



# Desenvolvimento da III Cúpula Ibero-Americana de Medicina Familiar

Para que a III Cúpula atendesse seus objetivos e sua programação abordasse os aspectos e questões de maior interesse para os países da Ibero-América, foi aplicado, desde em julho de 2007, um questionário destinado aos presidentes das associações de MF da CIMF. Este questionário foi composto das seguintes perguntas:

- 1) Pensando na III Cúpula como um evento político, qual é o principal resultado esperado para seu país?
- 2) Neste sentido, quais seriam as temáticas sugeridas?
- 3) Nome-título sugerido para o evento.

A partir das respostas obtidas de praticamente todos os países constituintes da CIMF, a saber, Argentina; Bolívia; Brasil, Chile; Colômbia; Costa Rica; Cuba; Equador; Espanha México; Nicarágua; Panamá; Paraguai, Porto Rico; República Dominicana e Uruguai, foram delineados os objetivos gerais e específicos da III Cúpula, bem como a programação científica do evento.

A Cúpula de Fortaleza se desenvolveu através de conferências, mesas redondas e oficinas de trabalho, além de atividades de cunho sociocultural. Contou com a participação de mais de 300 delegados, com representantes do primeiro escalão do Ministério da Saúde do Brasil, Ministros de Estado da Saúde de vários países, as Diretorias da WONCA, da CIMF, da SBMFC e da OPS, além dos representantes oficiais e membros de todas as Associações Ibero-Americanas de Medicina Familiar. Participaram também gestores de saúde de vários municípios e estados brasileiros, bem como diretores de escolas médicas, de programas de residência em medicina familiar, de revistas científicas.

O processo de organização, planejamento e escolha dos temas a serem discutidos nos grupos de trabalho durante a Cúpula foi iniciado na WEB e se estendeu presencialmente em reunião com os coordenadores e subcoordenadores dos grupos.

Nas discussões à distância, foram escolhidos os temas dos grupos, os coordenadores e os subcoordenadores e foram abertas inscrições para que os participantes da III Cúpula escolhessem os seus grupos de trabalho de acordo com seus temas de maior interesse.

Em reunião presencial com coordenadores e subcoordenadores, discutiram-se os documentos produzidos nas Cúpulas anteriores. Nessa discussão, ficou evidenciada que, até então, a ênfase das discussões e dos respectivos documentos tinha sido sobre as bases teórico-conceituais da Medicina de Família e Comunidade e sua importância para os sistemas de saúde (o que e por que fazer?). Assim sendo, acordou-se que as discussões e o documento produzido nesta III Cúpula de Fortaleza deveriam enfatizar mais as estratégias e orientações de questões e aspectos operacionais relacionadas à MFC (como fazer?).

A dinâmica nos grupos se deu da seguinte forma: quatro salas, com um grupo de até 40 participantes em cada sala. A discussão se deu em um primeiro momento no grupo de 40 integrantes; em um segundo momento, em 4 subgrupos (com dez integrantes cada) para discussão mais aprofundada escolhida a partir da dinâmica abaixo descrita. O tempo de duração da atividade foi de 3 horas.



A programação científica final foi a que se segue:

## **Manhã do dia 29 de abril**

### Mesa de abertura

#### O que são as Cúpulas? Qual o motivo de estarmos reunidos?

- O que é a WONCA / O que é a CIMF – Dr. Chris van Weel – Presidente da WONCA
- Apresentação sumária das outras Cúpulas: Oscar Fernandez – Presidente da Regional Cone-Sul – WONCA/CIMF
- O que esperamos desta III Cúpula – Maria Inez Padula Anderson – Presidente da III Cúpula.

**Conferência:** Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde no Brasil – Resultados e Desafios – Dr. José de Carvalho Noronha – Vice-Ministro da Saúde do Brasil

**Mesa-redonda:** Situação da Atenção Primária à Saúde e da Medicina Familiar: Relatos de Experiências na Ibero-América

- **Portugal:** Ministra da Saúde – Dra. Ana Maria Teodoro Jorge
- **Uruguai:** Ministra de Salud Pública – Dra. Maria Julia Muñoz
- **Cuba:** Viceministro de Salud – Dr. Joaquín García Salabarría
- **Espanha:** Secretario General de Sanidad – Dr. José Martínez Olmos

**Conferência:** Impacto da Atenção Primária à Saúde e da Medicina Familiar nos Sistemas de Saúde – Dr. Adolfo Rubinstein – Presidente da CIMF

## **Tarde**

**Conferência:** Competências e Funções da Medicina Familiar: por que esta especialidade médica deve estar na base dos Sistemas de Saúde – Dr. Richard Roberts – Presidente Eleito da WONCA

**Mesa-redonda:** Situação da Atenção Primária à Saúde e da Medicina Familiar: Relatos de Experiências na Ibero-América

- **Equador:** Viceministro de Extensión de Protección Social - Dr. Carlos Velasco
- **Costa Rica:** Dra Adriana Osório
- **Chile:** Ministerio de Salud – Gobierno de Chile

**Mesa-redonda:** Situação da Atenção Primária à Saúde e da Medicina Familiar: Relatos de Experiências no Brasil

- **Município de Grande Porte:** Secretária Municipal de Belo Horizonte – Dra. Sonia Gesteira
- **Município de Grande/Médio Porte:** Secretária Municipal de Niterói – Rio de Janeiro – Dra. Maria Célia Vasconcelos
- **Município de Médio/Pequeno Porte:** Secretária Municipal de Arapiraca – Alagoas - Dra. Aurélia Fernandes
- **Município de Pequeno Porte:** Secretária Municipal de Saúde Santa Terezinha de Itaipu – Paraná – Dra. Sirlei Pezzini Rodrigues

## Manhã do dia 30 de abril

**Mesa-Redonda:** Qualificando a APS e a MFC: Formação e Desenvolvimento Profissional do Médico de Família

- Educação à distância/educação permanente (SGETS/DEGES/Brasil) – Dr. Francisco Campos – Secretário de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde – Ministério da Saúde Brasil
- “Conversão”/Especialização – Dr. Otávio Pons – México
- Residência Médica – Dr. Luis Aguilera – Espanha
- Importância da inserção acadêmica da Medicina Familiar – Dra. Maria Inez Padula Anderson – Brasil.

Grupos de trabalho:

**Traçando as estratégias para implementar e qualificar a APS e a MF**

- Grupo 1: Assistência
- Grupo 2: Gestão do trabalho
- Grupo 3: Formação e desenvolvimento profissional contínuo
- Grupo 4: Pesquisa em MF e APS

## 12 h – 13h30

Almoço

## Tarde do dia 30 de abril

### 13h30 às 15h:

Grupos de trabalho (continuação):

Traçando as estratégias para implementar e qualificar a APS e a MF

- Grupo 1: Assistência
- Grupo 2: Gestão do trabalho
- Grupo 3: Formação e desenvolvimento profissional contínuo
- Grupo 4: Pesquisa em MF e APS

**Mesa-redonda:** Papel da Medicina Familiar na Renovação da Atenção Primária à Saúde

- Dr. Luis Fernando Rolim – Diretor do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde do Brasil
- Dr. Diego Victoria – Representante da OPAS/OMS no Brasil
- Dr. Chris van Weel – Presidente da Organização Mundial de Médicos de Família

**Conferência:** Saúde da Terra/Saúde dos Homens – Leonardo Boff:

**Sessão de Encerramento** – Leitura da Carta de Fortaleza



# Resultados dos grupos de trabalho – Traçando as estratégias para implementar e qualificar a APS e a MF

A seguir, apresenta-se o plano de trabalho e os resultados acerca das atividades dos grupos de trabalho que tiveram como objetivo principal traçar estratégias de ação para implementar e qualificar a APS e a MF nos países da Ibero-América.

Plano de trabalho elaborado pelos coordenadores dos grupos:

Atividades	Tempo	Instrução para o facilitador
1 – Apresentação dos participantes do grupo	10h30–10h45 (15 min)	Abertura com apresentação dos participantes (nome, trabalho e local de origem)
2 – Contextualização e exposição das perguntas pelo facilitador	10h45 – 11h (15 min)	Contextualização (Resgate dos documentos anteriores – Sevilha, Santiago do Chile e Isla Margarita)
3 – Dinâmica “mercado de ideias” – “venda e compra” de palavras-chave	11h – 11h45 (45 min)	Apresentação das perguntas (ver questões de cada grupo), deixar registrado no <i>flip-chart</i> Cada participante escreverá em uma folha em branco 2 a 3 palavras visando à operacionalização, relacionadas às perguntas apresentadas pelo facilitador. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar que coloquem os papéis escritos no chão no centro da sala.</li> <li>• Facilitador vai recolhendo os papéis e perguntando quem compra a ideia que está escrita naquele papel.</li> <li>• Vai colando o papel e relacionando os nomes de quem compra ao lado.</li> <li>• Ao final da listagem, agrupa grupos por ideias/ afinidades.</li> </ul> Obs: Nem todos precisam apresentar ideias, mas todos têm que comprar. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neste momento não se discute, apenas se escolhe a ideia.</li> <li>• Votação em pública “cotação” – para comprar não justifica – quem compra não sabe que isso vai disparar a divisão dos grupos.</li> <li>• Os compradores de ideias “sem muito valor” podem refazer a compra.</li> <li>• Ao final, formam-se os subgrupos por afinidade de ideias.</li> </ul> Número “ideal” de grupos formados: 4 subgrupos com um subcoordenador/ dinamizador em cada subgrupo.
4 – Discussão e sistematização em subgrupos (produto: apresentação das ideias-chave)	11h45 – 12h45 (60 min)	Discussão das ideias-chave escolhidas com foco nas questões disparadoras apresentadas pelo facilitador no início. Sistematização por escrito, escolha de um relator.
	12h45 – 13h (15 min)	Apresentação do produto dos pequenos grupos.
5 – Apresentação, Integração e consolidação dos produtos apresentados	13h – 13h20 (20 min)	Facilitador consolida o produto final dando uma visão geral da produção do grupo.
6 – Avaliação, encerramento	13h20 – 13h30 (10 min)	Facilitador destaca o momento histórico ali vivido pelos participantes e anuncia que as ideias ali trabalhadas serão norteadoras da Carta de Fortaleza, documento que será apresentado às 18h30 na sessão de encerramento.

## Resultados das atividades de grupo:

### Grupo 1 – Inserção e valorização da medicina familiar nas políticas de saúde

Coordenação geral: Oscar Fernández (Chile) e Marcelo Dalla (Brasil)

Subcoordenação: Luis Pisco (Portugal); Nulvio Lemen (Brasil); Luis Aguilera (Espanha)

#### Questões norteadoras da discussão:

- Como inserir a MF nas políticas de saúde?
- Qual o primeiro passo?
- Quando e para quem?
- Como priorizar a qualificação?
- Como constituir equipes?

#### Produção do grupo 1

Estratégias	O que fazer?	Como fazer?
<p><b>Inserção e valorização da medicina familiar nas políticas de saúde</b></p> <p>Para a inserção e valorização da Medicina Familiar nas políticas de saúde, é necessária a compilação da evidências atuais e geração de novas evidências das vantagens da especialidade, e, para isso, é fundamental o papel das sociedades científicas, universidades, outras organizações relacionadas.</p> <p>Deve-se estimular a difusão do impacto e o âmbito de ação da medicina familiar em grupos-chave como os tomadores de decisão, comunidade, profissionais de saúde, médicos de outras especialidades.</p> <p>É necessário reconhecer a importância e a influência da Medicina de Família nas políticas de saúde orientadas à APS.</p> <p>Para fortalecer a qualidade da atenção primária nos países, é importante criarem-se incentivos de desempenho, formação contínua e permanente e recertificação periódica dos Médicos de Família, com financiamento garantido por uma política de estado que assegure a sustentabilidade no tempo.</p>	<p><b>Educação em três áreas:</b></p> <p>1. Administrativa política: Gerentes de recursos.</p> <p>2. Profissionais médicos:</p> <p>a. outros profissionais. Com relação à validação.</p> <p>Ameaça para remover campo profissional (pediatras, por exemplo): então educar as pertinências, priorizando as demais especialidades. Isto é mais difícil.</p> <p>b. Profissionais de graduação e pós-graduação. Formação continuada. Validação.</p> <p>3. Comunidade: Reforma curricular de graduação e pós-graduação.</p>	<p>Estratégias para a Educação:</p> <p>1. Mostrar Evidência: Sociedades Científicas. Não se apresentar como solução sem evidência clara, uma vez que teria mostrado resistência e não ser eficaz.</p> <p>Como: fóruns, cúpulas, seminários, etc.</p> <p>Quem: Sociedades científicas de MF. Ministério da Saúde.</p> <p>Estabelecer redes com outras entidades mais simpétricas: universidades, organizações não governamentais, OMS, OPS. Apoiar-se mais nas entidades mundiais. É mais neutro.</p> <p>Estabelecer parcerias com entidades-chave.</p> <p>Fortalecimento de experiências locais.</p> <p>2. Profissionais médicos:</p> <p>a. graduação:</p> <p>i. Implementar e acelerar a reforma curricular. Entendendo que todos os profissionais de saúde dos diferentes níveis da Rede devem compreender integralmente e ser parte da estratégia global de saúde da APS.</p> <p>ii. Programas de MF: aumentar as vagas.</p> <p>iii. Aproximar as Universidades da Rede de saúde e favorecer os centros de saúde de APS com campos clínicos.</p> <p>b. Pós-graduação e formação continuada: Validação.</p> <p>c. Outros especialistas:</p> <p>i. Valorização mútua em referência e contrarreferência. Estabelecer campos próprios.</p> <p>Integrar os residentes como facilitadores de redes, evidência no tempo.</p> <p>3. Comunidades:</p> <p>a. Micro: Estratégia de satisfação para cada contato.</p> <p>b. Macro: Propaganda, novelas, etc. Política superior. Apoio da sociedade para propaganda de publicidade e prevenção, campanhas. Políticas governamentais. Mostrar evidências simples, partindo de políticas de governo.</p>

## Grupo 2 – Formação e qualificação do médico de família

Coordenação geral: Rui Nogueira (Portugal) e Eno Filho (Brasil)

Subcoordenação: Octavio Pons (México) e Gustavo Gusso (Brasil)

### Questões norteadoras da discussão:

- **Como implementar/incrementar os Programas de Residência Médica em MF?**
- **Como aumentar a qualidade?**
- **Como especializar em curto prazo os profissionais para que atuem como MF?**
- **Como promover o desenvolvimento profissional permanente?**

	Estratégias	O que fazer?	Como fazer?
<b>Formação e qualificação do médico de família</b>	Decisões políticas, prazos e recursos, qualidade e quantidade já	Envolver instituições formadoras, gestores e sociedades científicas na instituição de grupo de trabalho representativo que elabore e monitore a política de qualificação para os próximos 10 anos. Estabelecer prazos que devem ser perseguidos. Meta de 5 anos para todos os médicos que trabalham em APS serem capacitados através de cursos de especialização presenciais ou à distância é pertinente. Os cursos devem ser orientados e certificados pela Sociedade Científica Nacional de Medicina de Família e, seu aproveitamento, avaliado por ela. Meta de 10 anos, os futuros médicos de APS devem ter residência médica ou título de especialista de sua respectiva Sociedade Científica.	Os pontos-chave para que isto aconteça são: formar preceptores da especialidade em grande número; valorizar a bolsa do residente de medicina de família, tornando-a competitiva com oportunidades do mercado de trabalho e com outras especialidades; instituir bolsa para o preceptor de residência de medicina de família e comunidade onde ela não exista; expandir fortemente as vagas de residências de medicina de família, inclusive no meio rural.
	Certificação e qualificação	Definir, promover e defender um padrão mínimo de competências necessárias à certificação.	A certificação da especialidade de Medicina Familiar é da responsabilidade das Associações Médicas e/ou Sociedades Científicas Nacionais. Incentivos devem ser implementados e desenvolvidos para formação, certificação e residência na especialidade. As Associações e Sociedades Científicas Nacionais providenciarão, com os Ministérios da Saúde e Universidades, convênios de colaboração para o desenvolvimento específico de cursos de especialização em Medicina Familiar e desenvolvimento profissional contínuo em diferentes modalidades.
	Telessaúde, Telemedicina e Educação à Distância no contexto da formação e qualificação em Atenção Primária à Saúde	Constituir, em cada país, núcleos para o desenvolvimento de estratégias de aproveitamento da telemática para qualificação dos cuidados primários em saúde. O centro do suporte via telessaúde no cotidiano dos profissionais são as teleconsultorias de apoio a dúvidas práticas advindas de sua atividade clínica, comunitária e de administração de serviços.	Este apoio deve ser primariamente prestado por Médicos de Família pós-graduados que resolverão de modo síncrono ou assíncrono e com base nas melhores evidências disponíveis para esse contexto a grande maioria das dúvidas. Os mesmos especialistas terão o papel de filtro e regulador, de modo a agendar com especialistas focais as teleconsultorias eventualmente necessárias. Tanto especializações de curto prazo e larga escala, como programas de residência e para desenvolvimento profissional contínuo, serão também grandemente beneficiadas por este suporte. Casos complexos hipotéticos, gerados a partir dessas dúvidas mais frequentes e relevantes, igualmente serão de grande valia para estruturar ensino e aprendizagem, para todos os níveis educacionais, em Atenção Primária à Saúde.
	Integração de instituições/ integração ensino e serviço	1. Viabilizar políticas de formação em saúde, integrando sistemas de saúde e universidades. 2. Institucionalizar a relação entre universidades, escolas de saúde e sistemas de saúde, com definição de responsabilidades e competências. 3. Fomentar a criação de departamentos de medicina de família nas universidades.	Ministério da saúde e da educação devem induzir estas políticas através de incentivos, redefinição curricular, instituição de linhas de pesquisa. As Sociedades Científicas de Medicina de Família nacionais devem participar da formulação dessas políticas, colaborando para que sejam estabelecidos: Responsabilidade e vínculo territorial Política de estágios e pesquisa compartilhada Espaço de cogestão Avaliação e monitoramento dos convênios. 2. Construção de espaços de negociação entre esferas de governo, universidades e sociedades de medicina de família para fortalecimento das políticas de qualificação em APS. 3. Construção de sistemas saúde escolas.

## Grupo 3 – Inserção acadêmica da medicina familiar

Coordenação geral: Marcelo Demarzo (Brasil) e Eduardo Durante (Argentina)

Subcoordenação: Ricardo Donato (Brasil) e Marina Almenas (Porto Rico)

### Questões norteadoras da discussão:

- **Dado que é estratégico implementar a MFC como disciplina, departamentos em Universidades, Mestrados e Doutorados:**
- **Como fazê-lo e em que cenários?**
- **Como ser docente?**
- **Quais as políticas governamentais de incentivo?**
- **Como inserir na estrutura organizacional, por quê?**
- **Como priorizar e garantir a inserção de MFC nas mesmas condições das outras especialidades?**

Inserção acadêmica da medicina familiar		
Estratégias	O que fazer?	Como fazer?
<b>Criar Redes de Apoio</b> aos formadores com foco na Inserção da MFC e desenvolvimento docente	<p>Criação de rede entre formadores de graduação (com foco em MFC e APS) como espaço de discussão e troca de experiências para auxiliar a implementação local das diretrizes e agendas sugeridas pela Wonca e Sociedades Nacionais.</p> <p>Criação e Coordenação de redes nacionais pelas Sociedades de Especialidade em parceria com associações de docentes de medicina.</p> <p>Diagnóstico situacional e monitoramento da inserção da MFC na Graduação quanto a modelo pedagógico, formação do professor e proporção de MFCs entre os professores, estrutura (cenários), etc.</p> <p>Construção de instrumentos para avaliação e monitoramento das instituições de ensino.</p>	<p>Espaço na página da Wonca Ibero-Americana-CIMF/ Sociedades nacionais. <i>Webpage</i> e Grupo de <i>E-mail</i>.</p> <p>Apoio institucional para desenvolvimento e manutenção da rede.</p> <p>Evento – Fórum no pré-congresso dos eventos nacionais.</p> <p>Foco da próxima cúpula: Inserção da MFC na formação médica Docente.</p> <p>6. Grupo de trabalho junto ao grupo de pesquisa para operacionalizar diagnóstico situacional das instituições formadoras.</p> <p>7. Acreditação / Certificação de instituições a partir do diagnóstico e monitoramento.</p>

Inserção acadêmica da medicina familiar		
Estratégias	O que fazer?	Como fazer?
<b>Mudança curricular e integração ensino-serviço</b>	<p>Qualificação permanente técnica e andragógica para formadores (professores, preceptores, tutores, médicos da rede) que trabalham com alunos.</p> <p>Garantia do desenvolvimento e avaliação (metodologias adequadas) das competências próprias da MFC durante a formação longitudinal na graduação, sustentada pela contratação de docentes e profissionais do serviço certificados para a função docente, especialistas em MFC.</p> <p>Desenvolvimento de diretrizes específicas internacionais e nacionais, com o apoio governamental para o ensino da MFC e APS, que promovam atividades de forma longitudinal durante o curso, integrando o ensino e o serviço.</p> <p>Acreditação / Certificação de instituições a partir do diagnóstico e monitoramento.</p> <p>Integração das SMS com as instituições de ensino.</p> <p>Pactuação com o município em relação à produtividade do tutor.</p> <p>Apoio institucional para desenvolvimento e manutenção das redes.</p> <p>Capacitação dos gestores (unidades de saúde).</p> <p>Participação da sociedade no processo decisório.</p> <p>Qualificação das unidades de saúde da família, incluindo adequação da estrutura física, das unidades típicas da rede, através das universidades, apoio de ministérios, etc.</p> <p>Redução de exigência para ingresso de docentes.</p> <p>Criação de programas de mestrado e doutorado em MFC. Onde isso ainda não for possível, criar linhas de pesquisa em MFC nos mestrados e doutorados já existentes de áreas afins.</p>	<p>Constituir rede de integração ensino-serviço (“Rede Saúde-Escola”), articulando as diversas esferas governamentais com as instituições de ensino. Esse processo deve ser sustentado por regulamentação e deve ter coordenação compartilhada entre a academia, gestores de saúde, profissionais de saúde e comunidade.</p> <p>Criar redes nacionais e internacionais de formadores em MFC e APS na graduação, como espaço de discussão e troca de experiências, para auxiliar a implementação local das diretrizes e agendas sugeridas pela Wonca, CIMF e Sociedades Nacionais.</p> <p>Criar grupos de trabalho nas instituições de ensino superior de medicina, formadas com MFC e outros especialistas docentes, alunos e funcionários, para discutir inserção da MFC e APS e a mudança que deve ser realizada, apoiados pelas Sociedades científicas MFC.</p> <p>Viabilizar cenários e locais de desenvolvimento:</p> <p>Ligas de saúde da família e MFC</p> <p>Projetos de extensão (INTEGRALIDADE)</p> <p>Sistema municipal de saúde-escola</p> <p>Integração das SMS com as instituições de ensino</p> <p>Lei municipal que regule a integração</p> <p>Criar e manter pela Wonca Ibero-Americana - CIMF e Sociedades nacionais de <i>Webpages</i> e “Grupo de <i>E-mails</i>” para sustentar a formação da rede de docentes.</p> <p>Realizar eventos ou Fóruns de “Inserção Acadêmica da MFC” nos espaços dos congressos nacionais e internacionais. Foco da próxima Cúpula Ibero-Americana sobre “Inserção da MFC na graduação médica”.</p> <p>Criar Grupo de trabalho junto ao grupo de pesquisa para operacionalizar diagnóstico situacional das instituições formadoras.</p> <p>Estimular, por ex., por meio de Selo de Certificação pela WONCA, CIMF e Sociedades Nacionais de MFC, para instituições de ensino e redes de integração ensino-serviço que seguirem diretrizes de inserção da MFC.</p> <p>Privilegiar a adesão das IES a essas diretrizes por meio de incentivos governamentais.</p> <p>Criar grupos de trabalho nas IES de medicina, formados por MFC e outros especialistas docentes, alunos e funcionários, para discutirem as diretrizes e implementá-las.</p> <p>Desenvolver diferentes tópicos da graduação (epidemiologia, saúde e sociedade, etc.), integrando com as outras grandes áreas (saúde da criança, mulher, adultos, idosos, coletiva, mental, etc.) com a APS, sustentado por um grupo de trabalho que permita integrar e sistematizar o ensino.</p> <p>Construir instrumentos para avaliação e monitoramento das instituições de ensino, visando estabelecer diagnóstico situacional e seguimento da inserção da MFC na Graduação [por ex., quanto a modelo pedagógico, formação do professor e proporção de MFCs entre os professores, estrutura e cenários], permitindo avaliação e qualificação do processo de ensino-aprendizagem.</p> <p>Incentivar a participação de residentes, pós-graduandos e profissionais dos serviços na docência de graduação.</p> <p>Incentivar grupos de estudantes de interesses na área de MFC (Ligas Acadêmicas) que fomentem as mudanças culturais nesta área, apoiados pelas Sociedades e Gestores, e sendo orientados pelos docentes da área de MFC e APS, oferecendo oportunidades de experiências práticas, IC e trabalhos de extensão.</p> <p>Criar condições de ingresso de docentes especialistas em MFC ao meio acadêmico, enquanto não houver número suficiente de mestres e doutores.</p>



## Grupo 4 - Pesquisa em medicina familiar e atenção primária à saúde

Coordenação geral: Cesar Brandt (Venezuela) e Erno Harzeim (Brasil)

Subcoordenação: Cecilia Llorach (Panamá) e Liliana Arias (Colombia)

### Questões norteadoras da discussão:

- **Como implementar a pesquisa em MFC/APS?**
- **Como inserir os profissionais da assistência nesse processo?**
- **Como utilizar os Programas de Residência em MFC para que estimulem a pesquisa?**
- **Como formar redes colaborativas nacionais, regionais e internacionais?**

	<b>Estratégias</b>	<b>O que fazer?</b>	<b>Como fazer?</b>
<b>Investigação em Medicina Familiar</b>	Fomentar a prática de pesquisa em Medicina de Família e Atenção Primária à Saúde	<p>Incrementar as competências dos Médicos de Família dos serviços assistenciais para participação em projetos multicêntricos.</p> <p>Integrar serviços assistenciais de MF/APS e os centros de ensino e pesquisa, universitários ou não, e os programas de residência médica em MF.</p> <p>Criar cursos de mestrado profissional (mestrado em serviço) em MF/APS.</p> <p>Incrementar a produção e a divulgação científica em MFC e APS.</p>	<p>Obter apoio dos governos e agências de fomento à pesquisa para:</p> <p>reconhecimento da Medicina de Família e da Atenção Primária à Saúde como áreas específicas de conhecimento e pesquisa;</p> <p>oferta de linhas de financiamento específicas para estas áreas de conhecimento;</p> <p>criação de cursos de mestrado profissional (mestrado em serviço) em MF/APS.</p> <p>Prover incentivos econômicos relacionados à produção científica de cada MF por meio da adoção de planos de carreira.</p> <p>As Sociedades Nacionais e os Centros de Referência em MF/APS devem contribuir para a identificação e validação, deste processo.</p>
			<p>Consolidar a Rede IBIMEFA (Red Ibero-Americana de Investigación en Medicina Familiar).</p> <p>Divulgar produção de médicos de família e residentes em revistas científicas, sítios das sociedades científicas e congressos.</p>

# III Cúpula Ibero-Americana de Medicina Familiar Carta de Fortaleza

No ano em que se comemora o 30º Aniversário da Declaração de Alma-Ata (1978), que impulsionou os Estados Membros da OMS a adotarem a Estratégia dos Cuidados Primários em Saúde para alcançar **Saúde para Todos**, foi realizada durante os dias **29 e 30 de abril de 2008**, em Fortaleza, Ceará, Brasil, a III CÚPULA IBERO-AMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR sob o tema: **Missão e Desafios para a Medicina Familiar e a Atenção Primária no século XXI: Equidade, Integralidade e Qualidade nos sistemas de Saúde.**

Seguem as recomendações da Cúpula:

**I – Para que os sistemas de saúde propiciem os melhores benefícios que a Atenção Primária à Saúde (APS) pode assegurar, é necessário que seu componente médico esteja constituído por especialistas da área, certificados/titulados como Médicos de Família e Comunidade (MFC):**

- 1) Benefícios da certificação e recertificação de especialista em MFC: É necessário difundir as evidências atuais (Shi.) e investigar outras evidências desta iniciativa para a resolutividade da APS. Para isso é fundamental a sinergia de papéis entre as sociedades científicas, universidades e outras organizações relacionadas. Tal difusão deve direcionar-se para os tomadores de decisão, comunidade, médicos de outras especialidades e demais profissionais de saúde.
- 2) É necessário criar incentivos para a disponibilização de Médicos de Família e Comunidade nos serviços de APS, favorecendo seu desempenho, formação contínua e permanente e recertificação periódica, com financiamento garantido por uma política de estado que assegure a sustentabilidade no tempo.

**II – No sentido de assegurar a qualidade do cuidado das pessoas e comunidades atendidas em nossos serviços de APS, esta Cúpula recomenda especial atenção à formação e qualificação do Médico de Família. O envolvimento das instituições formadoras, dos gestores e sociedades científicas na constituição de grupo de trabalho representativo que elabore e monitore a política de qualificação para os próximos 10 anos parece ser o caminho apropriado.**

Esta Cúpula sugere o estabelecimento de prazos a serem perseguidos, a saber:

- 3) Uma meta de 5 anos para todos os médicos que trabalham em APS serem capacitados através de cursos de especialização em MFC, presenciais e à distância, orientados e certificados pela Sociedade Científica nacional de medicina de família, revertendo seu aproveitamento, avaliado pelas mesmas Sociedades, em pontos a somarem-se na obtenção de título de especialista.
- 4) É decisivo que, em 10 anos, aos futuros médicos de APS seja exigida residência médica ou título de especialista de sua respectiva Sociedade Científica. Alguns elementos-chave para que isto aconteça são: formar preceptores da especialidade MFC em grande número; valorizar a bolsa do residente de medicina de família tornando-a competitiva com a remuneração assistencial, instituir bolsa para o

preceptor de residência de medicina de família e comunidade onde ela ainda não exista; e expandir fortemente as vagas de residências de medicina de família, inclusive no meio rural.

- 5) A regulação da especialidade de Medicina Familiar é responsabilidade das Sociedades Científicas e Entidades Médicas Nacionais competentes, a quem cabe definir, promover e avaliar o padrão de competências necessárias à certificação.
- 6) Aos gestores cabe a geração de incentivos para formação, certificação e residência na especialidade, inclusive em termos da carreira.
- 7) Como é decisivo assegurar não apenas uma certificação inicial, mas a manutenção da qualidade, as Sociedades Científicas Nacionais, os Ministérios da Saúde e Universidades providenciarão convênios de colaboração para o desenvolvimento específico de cursos de especialização em Medicina Familiar e desenvolvimento profissional contínuo em diferentes modalidades.

### **III – A utilização de ferramentas de telessaúde, telemedicina na educação à distância para qualificação em atenção primária à saúde**

- 8) Diante das possibilidades abertas pelas novas tecnologias para ganho em escala e qualidade, recomendamos que cada país constitua núcleos para o desenvolvimento de estratégias de aproveitamento da telemática para suporte dos cuidados primários em saúde.
- 9) O centro do suporte via telessaúde no cotidiano dos profissionais devem ser as teleconsultorias de apoio a dúvidas práticas advindas de sua atividade clínica, comunitária e de administração de serviços. Este apoio deve ser primariamente prestado por Médicos de Família titulados que resolverão de modo síncrono ou assíncrono e com base nas melhores evidências disponíveis para esse contexto a grande maioria das dúvidas. Os mesmos especialistas devem ter o papel de filtro e regulador, de modo a agendar com especialistas focais as teleconsultorias eventualmente necessárias.
- 10) Tanto especializações de curto prazo e larga escala como programas de residência e para desenvolvimento profissional contínuo serão também grandemente beneficiadas por este tipo de suporte.
- 11) Casos complexos hipotéticos, gerados a partir dessas dúvidas mais frequentes e relevantes, igualmente serão de grande valia para estruturar ensino e aprendizagem, para todos os níveis educacionais, em Atenção Primária à Saúde.

### **IV – Integração de instituições/ integração ensino e serviço**

- 12) Ministérios da Saúde e da Educação devem induzir políticas de formação em saúde, integrando sistemas de saúde e universidades (através de incentivos, redefinição curricular, instituição de linhas de pesquisa); para tanto, no que diz respeito a APS, as Sociedades Científicas de Medicina de Família nacionais devem participar da formulação dessas políticas.
- 13) Institucionalizar a relação entre universidades, escolas de saúde e sistemas de saúde, com definição de responsabilidades e competências:
  - responsabilidade e vínculo territorial;
  - política de estágios e pesquisa compartilhada;
  - espaço de cogestão;
  - avaliação e monitoramento dos convênios.
- 14) Construção de espaços de negociação entre esferas de governo, universidades e sociedades de medicina de família para fortalecimento das políticas de qualificação em APS:
  - construção de sistemas saúde-escola;
  - fomentar a criação de departamentos de medicina de família nas universidades.

**V- Considerando o consenso quanto à importância da inserção acadêmica da MFC, a fim de garantir o alcance de excelência tanto no âmbito da formação quanto da atenção em saúde, assim como do funcionamento dos respectivos sistemas nacionais, destacam-se dimensões estratégicas, a saber:**

15) Formação e capacitação docente:

- Apoio à inserção de docentes especialistas em MFC de forma coerente com a estrutura organizacional de cada instituição de ensino, por meio de ações indutoras conjuntas entre a CIMF, OPAS e os setores governamentais pertinentes de cada país.
- Criação, por mecanismos indutores governamentais, de programas de mestrado, acadêmico e profissional, e doutorado em MFC.
- Incentivo da participação de residentes, pós-graduandos e profissionais dos serviços na docência de graduação.
- Criação de redes de formadores em MFC e APS para troca de experiências, monitoramento e avaliação da inserção acadêmica da MFC nos diversos países.
- Realização de eventos ou fóruns de “Inserção Acadêmica da MFC” nos congressos nacionais e internacionais.

16) Reorientação curricular e aperfeiçoamento do processo de ensino-aprendizagem:

- Desenvolvimento de diretrizes de reorientação dos cursos de graduação com foco na MFC e APS pela WONCA/CIMF/Sociedades de MFC, estimulando a adesão das IES a essas diretrizes por meio de incentivos governamentais.
- Incentivo a grupos de estudantes com interesse na área de MFC (Ligas Acadêmicas) que fomentem as mudanças culturais e acadêmicas nesta área, apoiados pelas Sociedades e Gestores, e sendo orientados pelos docentes da área de MFC e APS, oferecendo oportunidades de experiências práticas, IC e trabalhos de extensão.
- Próxima Cúpula Ibero-Americana com foco na **“Inserção da MFC na Graduação”**.

17) Qualificação de rede de serviços:

- Criação de redes de integração ensino-serviço (“Rede Saúde-Escola”), sustentada por regulamentação específica.
- Processo de Certificação das instituições de ensino e das redes de integração ensino-serviço pela WONCA, CIMF e Sociedades Nacionais de MFC.

**VI – Com o objetivo de fomentar a prática de pesquisa em Medicina de Família e Atenção Primária à Saúde a fim de subsidiar respostas pertinentes aos principais problemas de saúde da população e à qualidade dos serviços de saúde destacam-se:**

- 18) A integração entre serviços assistenciais de MF/APS e os centros de ensino e pesquisa, universitários ou não, e os programas de residência médica em MF. Com o apoio dos governos e agências de fomento à pesquisa, tanto para o reconhecimento da Medicina de Família e da Atenção Primária à Saúde como áreas específicas de conhecimento e pesquisa como para a oferta de linhas de financiamento específicas para construção de conhecimento nestas áreas.
- 19) A valorização da pesquisa por meio de incentivos econômicos relacionados à produção científica de cada MF por meio da adoção de planos de carreira.
- 20) Reconhecimento e consolidação da Rede IBIMEFA (Red Iberoamericana de Investigación em Medicina Familiar) como coestratégia promotora dos objetivos citados acima.
- 21) Divulgação da produção de conhecimento em MF decorrente destes esforços em revistas científicas da área de Medicina de Família, assim como os trabalhos de conclusão de residência médica.
- 22) Divulgação do conjunto desta produção científica e das linhas de pesquisa associadas em portais baseados na internet vinculados às Sociedades Nacionais de MF, assim como em eventos científicos regionais.

Fortaleza(CE), Brasil, outono de 2008

