

Avanços e conquistas na saúde pública do DF, Brasil: uma contribuição essencial da medicina de família e comunidade

Advancements and achievements in the Brazilian Federal District public health: an essential contribution by family and community medicine

Guilherme Nabuco (<https://orcid.org/0000-0002-3289-2109>)¹
 Berardo Augusto Nunan (<https://orcid.org/0000-0003-0870-9113>)¹
 Juliana Oliveira Soares (<https://orcid.org/0000-0003-3699-2622>)¹
 Luisa Portugal Marques (<https://orcid.org/0000-0003-3071-076X>)¹
 Patrícia Taira Nakanishi (<https://orcid.org/0000-0002-7756-3675>)²
 Raquel Vaz Cardoso (<https://orcid.org/0000-0001-7952-8585>)¹
 Tiago Sousa Neiva (<https://orcid.org/0000-0002-6248-4165>)¹
 Marcelo Pellizzaro Dias Afonso (<https://orcid.org/0000-0003-2331-6027>)³

Abstract *The history of Primary Health Care (PHC) in the Federal District (DF) is as old as the history of the Federative Unit. The history of Family and Community Medicine (MFC), however, is relatively recent, both locally and nationally. This paper proposes to focus on the fundamental contribution of MFC to advances in Public Health in the Federal District, especially in the last 10 years, after the founding of the Family and Community Medicine Association of Brasília (ABMFC). In order to do so, the most relevant historical events and contexts related to Health Care, Management, Social Control and Medical Education – including Undergraduate course and Residency – were documented, which support this position, in parallel with the evolution of the specialty in the Federal District. Therefore, its organization was divided into four historical stages: until 2008, from 2008 to 2011, from 2011 to 2016, and from 2016 to 2018.*

Key words *Public health, Primary health care, Family and community medicine, History*

Resumo *A história da Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal (DF) é tão antiga quanto a história da unidade federativa. A história da especialidade Medicina de Família e Comunidade (MFC), porém, é relativamente recente, tanto em âmbito local como nacional. O presente artigo se propõe a focar na fundamental contribuição da MFC para os avanços na Saúde Pública do DF, sobretudo nos últimos 10 anos, após a fundação da Associação Brasiliense de Medicina de Família e Comunidade (ABMFC). Para tanto, foram rememorados os eventos e os contextos históricos mais relevantes, relacionados às áreas de Assistência à Saúde, Gestão, Controle Social e Ensino Médico – incluindo Graduação e Residência –, que embasam essa posição, paralelamente à evolução da própria especialidade no DF. Sua organização foi, portanto, dividida em quatro etapas históricas: até 2008, de 2008 a 2011, de 2011 a 2016, e de 2016 até 2018.*

Palavras-chave *Saúde pública, Atenção primária à saúde, Medicina de família e comunidade, História*

¹ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. STN, Asa Norte. 70086-900 Brasília DF Brasil. guilherme.nabuco@gmail.com

² Médica de Família e Comunidade. Brasília DF Brasil.

³ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

Introdução

Diversos planos de assistência à saúde e iniciativas de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) sucederam-se, há várias décadas, em terras candangas. Alguns trabalhos já contaram, com riqueza de detalhes, essa relevante história¹. A história da especialidade Medicina de Família e Comunidade (MFC), porém, é relativamente recente, tanto em âmbito local como nacional. Apesar de iniciativas fora do País remontarem às décadas de 1940 e 1950, somente em 1976, foram criados seus primeiros programas de residência médica no Brasil (então chamados Medicina Geral e Comunitária - MGC). A oficialização desses programas, assim como os das demais especialidades, ocorreu mais tarde, em 1981, por meio da Resolução nº 7/81 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Em 1986, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu a MGC como especialidade médica. Já a Associação Médica Brasileira (AMB) o fez apenas em 2002, um ano após a mudança da nomenclatura para a atual (SBMFC)². O período foi marcado por intensos debates e enorme dificuldade de a especialidade ser devidamente reconhecida por seus pares, o que ainda persiste em alguma medida. Somente a partir dos anos 2000, e mais efetivamente na última década, os médicos de família e comunidade com titulação e/ou pós-graduação na área alcançaram maior quantitativo e reconhecimento significativo pelas demais especialidades³.

Posto isso, o presente artigo não pretende recontar toda a história da APS no DF, já muito competentemente feito pelas referências assinaladas, mas destacar as contribuições deixadas pela MFC neste cenário. Essas contribuições foram condição *sine qua non* para muitos dos importantes avanços qualitativos observados nesse período, especialmente nos últimos 10 anos, tanto para a APS como para a saúde pública distrital de modo geral, o que ficou patente, após a fundação da Associação Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (ABMFC) (Quadro 1).

Até 2008

Preparando o solo: os primórdios da Medicina de Família e Comunidade no Distrito Federal

Como mencionado, a história da APS antecede em algumas décadas o surgimento da MFC no DF. Apesar das diversas iniciativas de organização deste nível de atenção até o fim do séc.

XX, na virada do milênio, o sistema de saúde do DF ainda assumia um modelo eminentemente hospitalocêntrico: focado no profissional médico superespecializado; com evidente desprestígio ao nível primário à saúde; fragmentado em ações curativas e de reabilitação pelas especialidades básicas (ginecologia obstetrícia, clínica geral e pediatria), nos Centros de Saúde e em atividades de promoção e prevenção por escassíssimos Postos de Saúde, sob a lógica do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Em âmbito nacional, foi lançado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), cuja equipe básica contava com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um técnico de enfermagem, um profissional enfermeiro e um médico generalista. Devido aos bons resultados, o programa foi promovido para Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo prioritário de organização da APS brasileira, apresentando rápida evolução de cobertura no país, a partir de 2000.

Apesar disso, naquele período, a APS no DF funcionava, predominantemente, segundo o chamado modelo convencional (ou soviético), em que profissionais médicos das especialidades básicas eram responsáveis pelo cuidado ambulatorial de uma grande área de abrangência (por volta de 30.000 pessoas), porém, com pouco envolvimento com o território, com sua população e suas lideranças em geral, desconhecendo, portanto, na maioria das vezes, o contexto de vida e as necessidades da comunidade local. Iniciativas de implantação de equipes nos moldes das ESF, por meio de parcerias público-privadas, chegaram a alcançar significativa cobertura, mas foram fugazes no DF, não persistindo por mais de 4 anos cada.

Contudo, a constante evolução e fortalecimento da ESF, em todo o território nacional, fez que a APS no DF ganhasse, progressivamente, maior visibilidade. Entre 1999 e 2007, tornou-se o centro das transformações da política sanitária no DF e objeto habitual de disputas político-partidárias. Naquele período, foram construídas cerca de 30 Unidade Básica de Saúde (UBS) urbanas, exclusivamente para atuação de equipes ESF, que obtiveram, a título de política afirmativa, uma gratificação de trabalho específica. Por outro lado, médicos com especialização em MFC ainda eram escassos no DF, com evidente limitação dos processos de trabalho e de resolutividade das equipes.

Com o intuito de superar essas limitações, impostas em 17/06/05, foi lançado o Edital nº 11, que definitivamente incorporou os Médicos

Quadro 1. Linha do tempo da APS/MFC no DF.

Eixos	Especialidade Medicina de Família e Comunidade	Gestão	Assistência	Ensino
Datas				
1976	Criação dos primeiros Programas de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária			
1981	Regulamentação dos PRM no Brasil (CNRM)			
1991		Criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)		
1994		Criação do Programa de Saúde da Família (PSF)		
Anos 2000	(2001) Mudança de nomenclatura de Medicina Geral e Comunitária (MGC) para Medicina de Família e Comunidade (MFC)	Elevação do PSF à Estratégia (ESF) Políticas de incentivo de APS: Pró-Saúde (2005) e Pró-Residência (2009)		(2000) Criação do primeiro PRMMFC, SAMED - HRS (primeira formada Dra Ruth Helena Aben Athar, também primeira docente MFC na ESCS)
08 agosto 2008	Criação da Associação Brasileira de MFC, na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família			
2010		Inserção dos primeiros MFCs em cargos de maior relevância na gestão SES-DF Criação da SAPS, sob direção do Médico de Família e Comunidade Berardo Augusto Nunan		Início da discussão sobre ampliação de vagas de RMMFC e criação de COREME central 1º concurso para professor da FM-UnB em APS
23 a 26 junho 2011	11º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade			
2011		Instituição do PROVAB pelo MS (set/11) Criação das DRAPS na SES-DF (dez/11)		
2013		Lei do Mais Médicos para o Brasil (Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 / Conversão da Medida Provisória nº 621, de 2013)		

continua

Quadro 1. Linha do tempo da APS/MFC no DF.

Eixos	Especialidade Medicina de Família e Comunidade	Gestão	Assistência	Ensino
Datas				
2014	Escassez de MFCs com titulação na rede SES-DF, pouco reconhecimento e muitos enfrentamentos com modelo hegemônico. Ocupação paulatina de espaços pelos poucos MFCs.	Último concurso para MFC sem exigência de especialização.		
2015	Início do chamamento de novos Médicos de Família e Comunidade na SES-DF	Informatização dos serviços e revisão das GSAP como gerencia de territórios	Ampliação da carteira de serviços e início de ajustes no processo de trabalho de equipes ESF	15 residentes egressos entre 2000-2015, maioria servidores da SES-DF
Março 2016		Nomeação MFC Humberto Lucena como Secretário de Saúde SES-DF		
2016 - 2017	Chegada de muitos colegas titulados de outras UFs com nomeação do concurso	Plano Distrital de Saúde 2016-2019, com previsão de expansão da ESF	Expressivo aumento da cobertura de ESF no DF	Criação do PRM em Rede de MFC da SES-DF e do PRM-MFC do HUB/UnB, com expansão significativa de vagas de residência na especialidade. Na UnB, movimento de valorização da APS, culminando na mudança do currículo em 2016
2018	Primeiro concurso com exigência de titulação em MFC para a SES-DF	Primeiro concurso com exigência de especialização em MFC. Criação da carreira de Enf de Família e Comunidade.		Manutenção da ocupação de vagas nos PRM-MFC Maior integração entre os dois PRM-MFC do DF

de Família e Comunidade ao corpo médico da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF). No entanto, somente em 04/12/07, com a Lei Distrital nº 4.048, a especialidade foi incluída como uma carreira médica distinta.

O primeiro Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade do DF

O primeiro Programa de Residência Médica de MFC (PRM-MFC) da SES-DF teve início em 2000, integrando o Serviço de Atenção Multiprofissional em Domicílio (SAMED), no Hospital Regional de Sobradinho (HRS), fundado em 1994. Ruth Helena Aben Athar Gutierrez foi a primeira residente do programa e, posteriormen-

te, a primeira docente MFC da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).

Neste cenário desfavorável, o PRM-MFC enfrentou desafios para sobreviver em seus primeiros anos. Com a oferta de apenas duas vagas ao ano, houve apenas 15 residentes egressos no período de 2000 a 2015, em sua maioria, servidores da própria SES-DF. Diante da escassez de preceptores em MFC, os estágios do programa eram predominantemente secundários e terciários.

Lançando as sementes: a fundação da Associação Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Sob este ambiente de instabilidade e de incertezas na APS do DF, um pequeno grupo de Médicos de Família e Comunidade e residentes do programa desta especialidade reuniu-se, informalmente, em 08/08/2008, último dia da III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família. Fez-se, então, o compromisso da constituição legal da Associação Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - ABMFC (à época, ABrMFC) (Figura 1), o que ocorreu na Assembleia de Fundação, em 23/10/2008, às 19h, na Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), cujo primeiro presidente foi Tiago Sousa Neiva, o principal representante da MFC nos espaços de controle social.

O estatuto de fundação da ABMFC definiu como proposta prioritária promover o desenvolvimento desta especialidade médica e o intercâmbio científico, técnico, cultural e social entre

seus especialistas e os de áreas afins, médicos ou não. Desta forma, desde os primeiros dias, a associação buscou identificar fortalezas e vulnerabilidades da política de APS no DF, contribuindo para a construção de uma estratégia de gestão promotora de alto desempenho dos cuidados primários em saúde e de formação continuada dos médicos envolvidos. Mesmo com a inicial escassez de médicos com especialidade em MFC e com os diversos enfrentamentos e dificuldades do contexto, o movimento foi crescendo lentamente, com a estratégia política consciente de “ocupação de espaços”, entre os colegas atuantes no DF.

Comprometidos com estes princípios, o grupo manteve constante proximidade da SES-DF, das entidades médicas, dos meios de comunicação, do controle social e dos órgãos de controle.

De 2008 a 2011

Galhos fortes: visibilidade à Medicina de Família e Comunidade no Distrito Federal

A inserção do Médico de Família e Comunidade na gestão da saúde pública do DF, em cargos de maior relevância, passou a ocorrer a partir da ocupação do mais alto posto da Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DIAPS), em 21/06/2010, por Berardo Augusto Nunan que, mais tarde, em 24/08/2010, assumiu a Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Naquele momento, após instáveis e descontinuadas iniciativas de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de organização da APS no DF, a cobertura populacional por suas equipes era muito baixa, cerca de 5,5% com 41 ESF.

A MFC continuava pouco conhecida como especialidade médica. Aos gestores e demais profissionais faltava compreensão de sua complexidade e abrangência, bem como do conjunto de tecnologias leves e leve-duras que integram sua prática e a tornam altamente resolutiva. Além disso, a quantidade de Médicos de Família e Comunidade titulados ainda era muito pequena (Gráfico 1). Poucos avanços na estruturação e fortalecimento da APS no DF eram observados à época, frutos de interesses políticos imediatistas e midiáticos.

Nesse sentido, a inserção da MFC na gestão foi fundamental para diversos avanços. A criação da SAPS e a nomeação de um Médico de Família e Comunidade para sua direção, em agosto de 2010, foram essenciais para minimizar o desequilíbrio de poder hegemônico e ganhar espaço



Figura 1. Logo antiga da Associação Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Evolução de Médicos de Família e Comunidade, Distrito Federal, 2003-2018

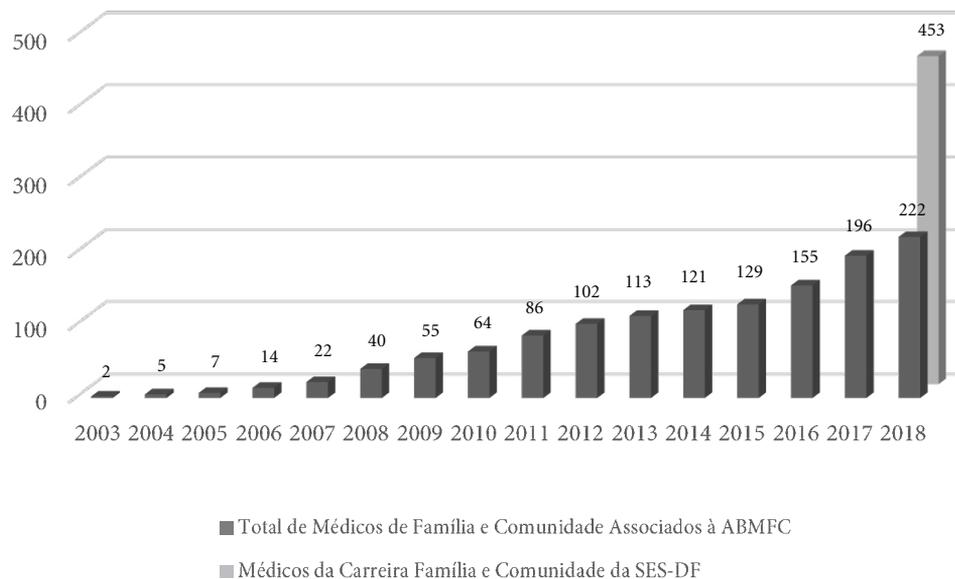


Gráfico 1. Evolução de médicos de família e comunidade, Distrito Federal, 2003-2018.

Fonte: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, junho/2018; e Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, junho/2018.

político nas disputas internas da SES-DF. É a partir deste momento que começa, ainda que lentamente, uma expansão mais sólida da ESF no DF.

Ainda em 2010, por iniciativa da SAPS, foi iniciada discussão sobre a ampliação de vagas do PRM-MFC, a abertura de vagas em diferentes regionais, a criação de uma Comissão de Residência Médica (COREME) central, e a reorientação da inserção dos residentes, privilegiando os espaços nos serviços de APS.

Naquele mesmo ano, foi aberto o primeiro concurso público para professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (UnB), na área de Atenção Primária, porém, sem muita clareza de seu objetivo, tendo em vista a não exigência de especialização em MFC ou de outra especialização em APS.

Paralelamente, importantes programas foram criados em âmbito nacional, como o Pró-Saúde⁴ – que incentivava a melhoria do ensino de graduação em saúde, apresentando uma forte

orientação para a APS – e o Pró-Residência⁵ – que estimulava a abertura de vagas de residência em especialidades médicas necessárias ao SUS, incluindo a MFC.

Com a lenta, mas progressiva, expansão e organização da ABMFC, surgiu a demanda por um evento de dimensão nacional, em MFC, sediado no DF, com o intuito de fortalecer o movimento local incipiente, estimular o interesse de estudantes pela área e esclarecer a gestores o fundamental papel da especialidade em uma APS resolutiva.

De 2011 a 2016

Primeiros frutos: o 11º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade e suas repercussões imediatas

O 11º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade (11º CBMFC) foi um importante marco para o desenvolvimento da MFC no DF. Ocorrido em Brasília, de 23 a 26/06/11,

no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, o primeiro grande evento da MFC na capital contou com quase 3.500 congressistas inscritos e 232 palestrantes, dos quais 26 eram estrangeiros.

Para aquela edição, o mote escolhido foi “Medicina de Família e Comunidade – Agora mais do que Nunca”. Dentro deste contexto, já para o primeiro dia do encontro, foi escolhido, como tema da sessão de abertura, o “Manifesto contra o excesso de Prevenção”, denominado de *pornoprevenção*, que trouxe à discussão o papel do Médico de Família e Comunidade frente à questão.

O auge do congresso foi protagonizado pelos espanhóis Juan Gérvas e Mercedes Perez que, por meio do manifesto contra a *pornoprevenção*, reforçaram o princípio da Medicina *primum non nocere* (que significa *primeiro não fazer mal*). Junto com outras celebridades internacionais, tais como Iona Heath (Inglaterra), Marc Jamoulle (Bélgica) e João Sequeira Carlos (Portugal), Gérvas e Perez trouxeram à tona a necessidade de evitar o excesso de medidas preventivas (exames ou medicação). Atualmente, seis anos depois deste emblemático congresso, a preocupação sobre o excesso de prevenção foi amplamente difundida e vários outros movimentos e conceitos foram criados, reforçando um olhar menos intervencionista da medicina, a considerar: Prevenção Quaternária, Polifarmácia, *Choosing Wisely*⁶⁻⁸.

Com forte programação científica aliada à variada oferta de atividades culturais e complementares, o congresso foi fundamental para que mais médicos e outros profissionais passassem a se interessar pela atuação na APS, bem como para o convencimento dos gestores locais da importância da MFC para a efetiva resolutividade deste nível de atenção. Isto foi um forte impulso para novos avanços na estruturação da APS do DF.

Aprofundando as raízes: o início da estruturação da APS no DF

Com a equipe de gestão reforçada, composta por mais Médicos de Família e Comunidade e outros profissionais adequadamente orientados para a APS, além de alinhamento político com o então Secretário de Estado de Saúde, Rafael Barbosa, a SAPS avançou, durante 2011. Com a elaboração de projetos para a adequação estrutural da APS no DF, contemplou reforma e construção de UBS, para oferecer espaços, mobiliário e equipamentos compatíveis com as atividades que seriam desenvolvidas nos serviços, além de ambiência adequada ao bem estar de trabalhadores e usuários. Os projetos resultaram na construção das Clínicas da Família, que viabilizaram, em

parte, a expansão das ESF, ocorrida nos anos seguintes.

A MFC e a APS ganharam progressivamente mais espaço na disputa política contra o modelo hegemônico hospitalocêntrico e superespecializado vigente na SES-DF. A crescente valorização da APS na gestão propiciou importantes avanços nos processos de trabalho dos Centros de Saúde, com a parametrização destes serviços – conforme a Portaria nº 576, de 19/09/2011 – e em direção a uma organização de processos orientados pelos princípios da APS, descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vigente – Portaria GM/MS nº 648 de 28/03/2006.

Ao fim de 2011⁹, houve mais um determinante ganho para a estruturação da APS no DF: a criação das Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DRAPS) e das Gerências de Saúde da Família (GESF), no âmbito das Regionais de Saúde. A mudança no organograma da SES-DF foi fundamental para o fortalecimento da gestão da APS em âmbito local, eliminando a hierarquia que conferia mais prestígio às Gerências dos Centros de Saúde (GCS), ainda em modelo majoritariamente convencional, em detrimento das lideranças da Saúde da Família (NAPESF e GAPESF).

Consolidação do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Distrito Federal

Partindo da necessidade de fomentar a ampliação, a reorganização e a qualificação da APS no Distrito Federal, segundo a lógica da ESF, além de atrair e fixar profissionais médicos especialistas na área, um novo PRM-MFC foi desenhado pela SAPS, em conjunto com um grupo de Médicos de Família e Comunidade, sob liderança de Juliana Oliveira Soares, responsável pela aproximação que resultaria na unificação dos programas. Com o incentivo do Pró-Residência, ainda vigente pelo Governo Federal, foram mobilizados esforços de vários especialistas em MFC do DF, contando ainda com o importante apoio do Grupo Hospitalar Conceição do Rio Grande do Sul, considerado referência nacional na área.

Assim, em contraposição ao programa de residência médica de Sobradinho/DF – até então o único em MFC do DF, cuja distribuição dos estágios valorizava significativamente os níveis secundário e terciário, sacrificando a formação para uma rede de atenção à saúde –, o PRM-MFC de Planaltina/DF foi aberto em 2012, oferecendo 3 vagas ao ano. Apesar de sua avançada proposta, o novo PRM-MFC sofreu, desde o início, pro-

blemas diversos, como falta de infraestrutura, de campos de estágio adequados e de colaboração por parte da gestão local. Como resultado, o DF teve, até 2014, 2 PRM-MFC extremamente fragilizados, com poucas vagas ao ano.

As dificuldades enfrentadas por ambos os PRM-MFC, em um contexto nacional de intenso fomento à expansão das vagas de residência em áreas prioritárias do SUS, incluindo a MFC, por meio do Mais Médicos – Lei nº 12.871, de 22/10/13, Conversão da Medida Provisória nº 621, de 2013 – impulsionaram uma radical e estruturante transformação da residência médica em MFC no DF a partir de 2016.

Novos passos para a estruturação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal

Entre 2012 e 2015, apesar da ausência de Médicos de Família e Comunidade em cargos expressivos na gestão central da SES-DF, a cobertura populacional por equipes ESF consistidas (equipes mínimas) aumentou de maneira importante (Gráfico 2). Ainda assim, persistiam dificuldades no processo de trabalho de parcela significativa, além da dicotomia entre equipes ESF e o cuidado convencional ofertado pelos Centros de Saúde, gerando conflitos entre gestores e profissionais, e desinformação à população atendida.

A partir de 2015, o retorno de Médicos de Família e Comunidade aos cargos estratégicos de gestão impulsionou um novo período de estruturação e organização da APS no DF. Retornando ao cargo de subsecretário da SAPS, Berardo Augusto Nunan levou a cabo amplo projeto de informatização e implantação de prontuário eletrônico para todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluindo ESF e Centros de Saúde convencionais.

No fim do mesmo ano, foram mais uma vez reestruturados os cargos gerenciais da APS em âmbito local, com a extinção das Gerências de Centros de Saúde (GCS) e das Gerências de ESF (GESF), unificadas em Gerências de Serviços de Atenção Primária (GSAPS)¹⁰. A reestruturação foi de suma importância para a organização dos serviços de APS, pois além de começar a substituir o modelo dos Centros de Saúde, rompeu com a ideia de que o gerente teria tão somente responsabilidade interna pelo serviço. Tratava-se de um sinal evidente de avanços na concepção de responsabilidade sanitária, a qual era oferecida pela APS em territórios definidos. Passava a ser inserida, pois, a intersetorialidade e a integração das UBS com os demais serviços da rede de saúde e intersetorial.

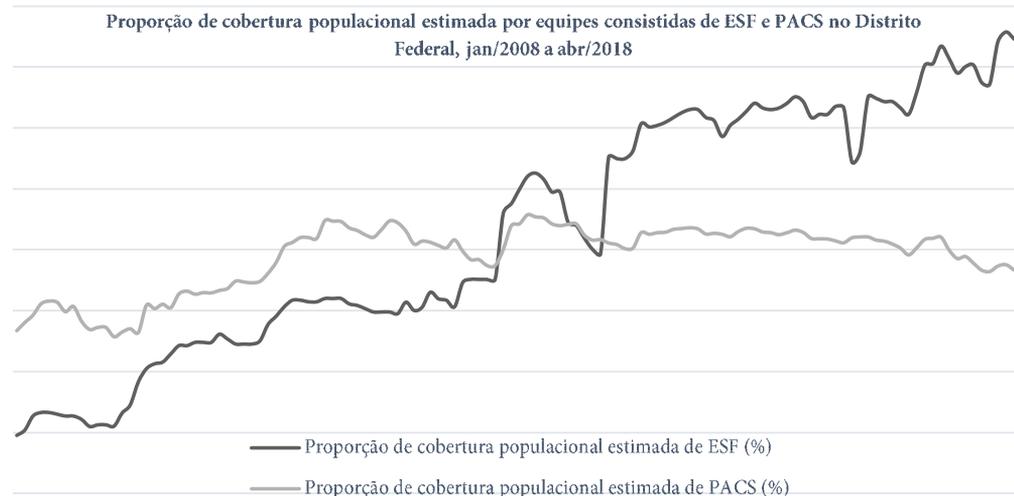


Gráfico 2. Proporção de cobertura populacional estimada por equipes consistidas de ESF e PACS no Distrito Federal, jan/2008 a abr/2018.

De 2016 a 2018

O primeiro Secretário de Estado de Saúde Médico de Família e Comunidade do Distrito Federal

A expansão de cobertura da ESF foi limitada, a partir de 2015, por restrições financeiras (teto de responsabilidade fiscal), reduzindo de forma sensível a nomeação de novos servidores. Como alternativa para a ampliação e a qualificação da cobertura de APS, apresentou-se a proposta de reorganização do modelo convencional em Equipes de Atenção Básica (EAB), compostas por clínicos, pediatras e ginecologistas, cujo processo de trabalho seguia, porém, os princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Diante da enorme resistência encontrada para a necessária reorganização, foi nomeado, pelo Decreto nº 02 de 02/03/2016¹¹, o primeiro Médico de Família e Comunidade Secretário de Estado de Saúde do DF, Humberto Lucena Pereira da Fonseca.

Apesar do ritmo mais lento, as sucessivas nomeações para o cargo de MFC na SES-DF permitiram o ingresso de vários colegas com especialização na área – muitos deles importantes referências em MFC de outros estados –, apesar de, até então, não ser uma exigência para a carreira. Este reforço foi essencial para a qualificação em curso dos espaços de gestão, ensino e assistência.

Com a mudança na correlação de forças políticas, um maior quantitativo de Médicos de Família e Comunidade passou a ocupar cargos de gestão, no alto escalão do nível central, ou nos cargos de gerência de serviços, diretorias de APS e demais cargos regionais. Mudanças mais estruturantes no modelo de APS do DF foram implementadas, concomitantemente à consolidação da presença de Médicos de Família e Comunidade, como docentes em cursos de graduação, e à reorganização e expansão das vagas de residência médica da especialidade.

A criação de novos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade: consolidação da formação no Distrito Federal

Múltiplos fatores contribuíram para uma significativa reorganização da residência médica em MFC no DF. Havia, por um lado, as já relatadas dificuldades enfrentadas pelos dois programas existentes (Sobradinho/DF e Planaltina/DF). Por outro, uma grande janela de oportunidade com a presença de mais especialistas em MFC no quadro de servidores em todo o DF, dentro de um contexto nacional de estímulo para expansão de

vagas de residência na especialidade. Além disso, foi publicada, à época, o Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)¹² e a Resolução CNRM/MEC nº 1, de 25/05/2015¹³, o que embasou a proposta de abertura de um novo PRM-MFC que resgatasse o enfoque inicial governamental: fortalecimento da APS no DF.

Com a estratégia da utilização de toda a rede APS no DF em suas diversas regionais, por meio da criação de pequenos núcleos de potencial expansão gradativa de vagas de residência, criou-se então o PRM em Rede de MFC da SES-DF¹⁴. Dessa forma, os dois programas de residência, então vigentes, foram absorvidos pela nova proposta, que estava em total consonância com o movimento nacional de aperfeiçoamento, expansão e consolidação da especialidade. Para tanto, houve uma harmônica parceria entre a SES-DF, a FEPECS e alguns médicos preceptores e residentes dos programas de residência existentes, que construíram um novo projeto. Buscando o êxito da estratégia, abriu-se uma nova Comissão Regional de Residência Médica (COREME), a COREME Rede SES/DF.

As vagas oferecidas para a especialidade no DF saltaram de 14 (6 de Planaltina/DF e 8 de Sobradinho/DF) para 48 vagas (24 R1 e 24 R2), com cenários distribuídos em 7 das 31 Regiões Administrativas (RA). Em 2018, houve novo aumento, alcançando 60 vagas de residência oferecidas, com uma estrutura de quase 30 médicos preceptores, todos especialistas em MFC, distribuídos em mais de 20 UBS, em 10 RA, com taxa de ocupação superior à 50%, superando a média nacional¹⁵.

Nasce no mesmo ano que o PRM em Rede de MFC da SES-DF, o PRM-MFC do Hospital Universitário de Brasília (Universidade de Brasília). Mantendo atualmente a oferta de três vagas, o programa se destaca pela forte integração ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da mesma instituição, tendo como cenário de práticas as UBS da Região Leste de Saúde (RA Paranoá, Itapoã e São Sebastião). Já a integração entre os dois PRM-MFC, inicialmente frágil, vem se fortalecendo ao longo dos anos, especialmente a partir de 2018, quando os programas passaram a se reunir para atividades teóricas regulares

A virada de chave da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal

Em 04/10/2016, após intensos embates/debates no Conselho de Saúde do DF, com participação efetiva do representante da ABMFC,

Tiago Sousa Neiva, nascia a Resolução nº 465, a qual lançou as bases para a reforma da APS no DF, consubstanciada na Portaria SES-DF nº 77, de 14/02/2017. Ficou assim estabelecida a nova política de APS no DF, de forma que a ESF se tornou seu modelo exclusivo de organização, alinhando-se às sólidas evidências dos múltiplos resultados positivos em saúde associados a este modelo. Assim, de forma semelhante ao ocorrido em outras capitais na última década, a todos os profissionais médicos da APS que atuavam em Centros de Saúde nas especialidades básicas, segundo o modelo convencional, foram oferecidas as alternativas de conversão à carreira de Médicos de Família e Comunidade. Estes seriam inseridos no modelo ESF, após capacitação específica, ou comporiam outros níveis de atenção, particularmente a secundária, em suas especialidades de origem, necessidade premente para a adequada retaguarda no processo de reestruturação a partir da ordenação de necessidades da APS. Com adesão de aproximadamente 33% desses profissionais, houve substancial aumento da cobertura de APS, saltando de 34,9%, em jun/2017, para 66,6%, em jul/2018 (contabilizando-se aqui também as equipes não consistidas pelo Ministério da Saúde, mormente por falta do profissional ACS)¹⁶.

A Portaria nº 77/2017 foi amplamente defendida pela ABMFC, problematizando porém alguns pontos específicos da nova política. Preocupada com o aumento da resolutividade da APS, a ABMFC ponderou a melhor efetividade no aproveitamento dos médicos das especialidades básicas que optassem pela não conversão em equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Porém, dada a incipiente estruturação dos níveis de atenção secundária e terciária no DF e dados os desafios e lacunas na atuação do NASF em diversos municípios ao redor do País, a associação passou a reconhecer como estratégica para o fortalecimento da rede de saúde, a constituição de Policlínicas (centros de especialidades de nível secundário) para uma atenção secundária qualificada, de modo a oferecerem efetiva retaguarda para a APS.

Consolidando a Reforma da Atenção Primária à Saúde no DF

A publicação da Portaria nº 77/2017 SES-DF permitiu avanços fundamentais para a chamada Reforma da Atenção Primária no DF e, certamente, foi a maior oportunidade histórica para organização da saúde pública local. Com vistas à consolidação, foi seguida de outras ações estru-

turantes, por exemplo, a criação da Referência Técnica Distrital (RTD) em MFC¹⁷, outro marco para a qualificação da APS no DF, por meio do fortalecimento da MFC. À RTD compete desenvolver atividades relacionadas à gestão da clínica, em consonância com a reformulação da representação de diversas especialidades médicas e de saúde, junto à SES-DF.

Outro importante passo foi dado em 05/03/2018, com o lançamento do edital de concurso público para carreira de Médico de Família e Comunidade¹⁸. Em observação da Portaria conjunta nº 74 de 14/12/17¹⁹, pela primeira vez, a SES-DF passou a exigir a especialização em MFC para a carreira, a exemplo de cidades de vanguarda em APS, como Florianópolis e Curitiba. A especialidade pode ser comprovada com a residência na área ou com título de especialista pela Associação Médica Brasileira (AMB). Cumpre ressaltar que a Portaria conjunta nº 74, de 14/12/2017 instituiu a carreira de Enfermagem de Família e Comunidade, outro passo importante para o fortalecimento da APS e constituição de equipes qualificadas.

A primavera da Medicina de Família e Comunidade no Distrito Federal e o florescer da Associação Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Com a crescente demanda e ocupação das vagas de residência em MFC no DF, o maior protagonismo da APS nas novas DCN dos cursos de graduação em Medicina, o aumento de cobertura da ESF no DF e, ainda, com a chegada de muitos Médicos de Família e Comunidade de outras cidades, tornou-se imperativo o fortalecimento de sua principal entidade. Nesse sentido, dentro de um conjunto de ações, a diretoria da Associação Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, propôs mudança da antiga sigla ABrMFC, para torná-la mais simples e sonora. Assim, de março a abril de 2018, por votação online, seus associados escolheram a nova sigla: ABMFC.

Do mesmo modo, também foi modernizada a logomarca, com a parceria do designer Gustavo Pozzobon, guiando o *brainstorming* criativo, assinando e desenhando o produto final. Uma vez que os Médicos de Família e Comunidade são especialistas em primeiro nível de atenção, surgiu como opção ilustrativa o Estudo de Dawson²⁰, cujo diagrama exhibe uma rede em que a APS tem papel fundamental. Para representar Brasília, foram evocados o Cerrado e as conexões que acontecem neste bioma. Fundindo essas ideias e considerando o florescer da Medicina de Família

e Comunidade nestas terras, foi escolhido o Pali-palan, uma das principais flores do Cerrado, para representar a marca (Figura 2).

Fórum Nacional de Atenção Primária à Saúde: de olho no futuro

Recentemente, o principal enfoque de trabalho da ABMFC foi a organização do Fórum Nacional de Atenção Primária à Saúde, em parceria com a SBMFC. Este foi o maior e mais importante encontro realizado pela MFC no DF, desde o 11º CBMFC em 2011. O ano de 2018 foi escolhido para o evento, em função da comemoração dos 10 anos da ABMFC, dos 30 anos do SUS e dos 40 anos da Declaração de Alma-Ata. Além disso, sob o clima, vivido nacionalmente, de instabilidade política, crise de representatividade e denúncia de arbitrariedades entre os Três Poderes, urge um posicionamento tanto técnico quanto político da especialidade, lembrando tratar-se de ano eleitoral²¹. Os retrocessos sociais e as ameaças a direitos fundamentais hoje observados são motivo de grave preocupação, com destaque para a Emenda Constitucional no 95 de 15/12/2016 – que congelou os recursos destinados à saúde pelos próximos 20 anos – e suas desastrosas consequências²².

Diante deste contexto, tornou-se essencial discutir o futuro, não somente da MFC, mas do SUS. O evento realizado na Associação Médica de Brasília (AMBr), de 14 a 16 de junho, teve como objetivo criar mais um espaço seguro para debate fundamentalmente político em defesa do SUS. Na ocasião, discutiu-se o papel da APS no fortalecimento do SUS, bem como a importância da MFC para tanto. O evento contou com o apoio de importantes instituições – como a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), o Departamento de

Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), a Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

O principal produto final deste fórum foi a redação da Carta de Brasília²³. Esse documento foi apresentado aos diferentes candidatos, para ser incorporado a seus planos de governos, com expectativa de que seja uma referência na condução da saúde pública pelos governantes eleitos em Brasília e nos estados.

Conclusão

Tornou-se evidente, ao fim deste artigo, que apesar de a história da MFC e da APS serem marcadas por percalços, grandes janelas de oportunidade foram aproveitadas, sempre com o resultado da proatividade e do protagonismo das pessoas certas, nos espaços e horas certas.

É importante ressaltar que o Médico de Família e Comunidade é sempre um defensor do trabalho em equipe, do respeito às atribuições de cada profissional e da valorização da atuação clínica dos demais profissionais, sobretudo do profissional enfermeiro na prática assistencial. Isso sem permitir que a crítica ao modelo tradicional, médico-centrado, o transforme em um modelo centrado no enfermeiro, no agente comunitário de saúde, ou na equipe. Deve, de fato, centrar-se no usuário, em suas necessidades, por meio de práticas democráticas de gestão em uma clínica qualificada, humanizada e respeitosa.

De maneira análoga, é evidente que todos os avanços aqui lembrados receberam equivalente contribuição de outras categorias, irmãs à MFC na construção de um SUS justo, universal, equânime, qualificado e resolutivo. O objetivo deste artigo é, portanto, ressaltar a indispensabilidade e protagonismo da MFC para a construção e qualificação da rede de atenção e de formação de recursos humanos em saúde, sem que isso apague a importância das demais categorias.

Muitos desafios já foram ultrapassados, porém, tantos outros surgem no presente momento ou na perspectiva de curto prazo. Tentativas de desmonte de serviços e retirada de direitos dos cidadãos brasileiros estão em curso. O fantasma da restrição e da cassação da democracia ronda o País mais uma vez. A Medicina de Família e Comunidade não teme desafios, estará sempre presente na defesa e na construção de um Sistema de Saúde efetivo e de um Brasil justo.



Figura 2. Nova logo da Associação Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Colaboradores

G Nabuco trabalhou na concepção, organização, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do artigo. BA Nunan trabalhou na concepção, redação e aprovação da versão final do artigo. JO Soares, LP Marques, PT Nakanishi, RV Cardoso e TS Neiva trabalharam na redação e aprovação da versão final do artigo. MPD Afonso trabalhou na concepção, organização, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do artigo.

Referências

1. Gottems LBD. *Análise da política de Atenção Primária à Saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alterantivas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009)*. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
2. Falk JW. A Medicina de Família e Comunidade e sua Entidade Nacional: Histórico e Perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2004; 1(1):5-10.
3. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. *Demografia médica no Brasil 2015*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Educação (MEC). *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Pró-Residência Médica* [Internet]. Ministério da Saúde; 2018. [acessado 2018 Jun 15]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/provisao-de-profissionais/pro-residencia-medica>
6. Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet* 2008; 372(9654):1997-1999.
7. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica* 2009; 25(9):2012-2020.
8. Cassel CK, Guest JA. Choosing Wisely: Helping Physicians and Patients Make Smart Decisions About Their Care. *JAMA* 2012; 307(17):1801-1802.
9. Distrito Federal. Decreto nº 33.384, de 05 de dezembro de 2011. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2011; 6 dez.
10. Distrito Federal. Decreto nº 36.918, de 26 de novembro de 2015. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2015; 27 nov.
11. Distrito Federal. Decreto nº 2, de 2 de março de 2016. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2016; 2 mar.
12. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). *Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro: SBMFC; 2015.
13. Brasil. Ministério da Educação (MEC). Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015. *Diário Oficial da União* 2015; 26 maio.
14. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Portaria nº 37, de 24 de março de 2016. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2016; 28 março.
15. Alessio MM. *Análise da Implantação do Programa Mais Médicos*. Brasília: Universidade de Brasília; 2015.
16. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde (SES). *A reforma da saúde no Distrito Federal*. Brasília: SES; 2019.
17. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Portaria nº 642, de 1 de novembro de 2017. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2017; 14 nov.
18. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Edital nº 06, de 2 de março de 2018. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2018; 5 mar.
19. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria Conjunta nº 74, de 14 de dezembro de 2017. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2017; 15 dez.
20. Penn LD. *Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services*. London: Her Majesty's Stationery Offices; 1920.
21. Vieira FS, Benevides RPS. *Nota Técnica nº 28 - Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. Brasília: IPEA; 2016.
22. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLOS Med* 2018; 15(5):1-20.
23. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). *Carta de Brasília*. Brasília: SBMFC; 2018.

Artigo apresentado em 15/06/2018

Aprovado em 06/02/2019

Versão final apresentada em 26/03/2019