

“INTEGRALIDADE, ACESSIBILIDADE, HORIZONTALIDADE, EQUIDADE E CONTROLE SOCIAL”

(Princípios do SUS)

Nos últimos meses, as principais entidades médicas de Minas Gerais discutiram o PSF, até então em segundo plano pela ampla discussão sobre saúde suplementar e CBHPM. A abordagem superficial e simplista dos desafios da Estratégia Saúde da Família, entretanto, merece mais contribuições no sentido de subsidiar esta importante discussão.

A Estratégia Saúde da Família ampliou irreversivelmente a cobertura e o acesso à saúde em Minas Gerais. Neste aspecto, ANDRADE (2005) e MACINKO (2005) apontam a melhoria da qualidade da atenção prestada no Sistema Único de Saúde. Como modelo de atenção, foi o único a realmente prover acesso pleno à população, penalizada previamente pelo sistema de fichas por especialidades e alcançar pacientes que sequer eram reconhecidos pelo sistema através de busca ativa e visitas domiciliares. Representou uma revolução na relação entre a população e a equipe de saúde, com a responsabilização e o vínculo, horizontalidade e integralidade do cuidado e controle social.

A maioria das equipes conta com especialistas clínicos, pediatras e gineco-obstetras trabalhando dentro das Unidades de Saúde da Família, como referência primária. As 54 especialidades médicas são fundamentais para o correto funcionamento da saúde e, sendo assim, é preocupante a ausência crônica de médicos internistas e pediatras nos serviços de urgência e hospitais, sendo mais relevante a sua contribuição neste âmbito.

Os problemas da ESF não se resolverão pela simples introdução de especialistas nas equipes. Há demanda excessiva

e reprimida de pacientes sem acesso prévio ao sistema, dificuldades de referência e contra-referência para especialistas de apoio, rede de saúde que ainda não funciona como equipe, difícil acesso a vagas em hospitais e CTI's, falta de tempo e distância do aparelho formador, de vínculo e condições de trabalho, de estrutura física para a condução de casos agudos, dentre outros. A rotatividade dos profissionais, embora encarada de maneira simplista, é multifatorial e demanda estudos para determinar suas reais causas, como prega a AMMFC.

Médicos com menos de cinco anos de formado atuam em 20,6% das equipes do Sudeste, segundo o Observatório de Recursos Humanos da FIOCRUZ (MACHADO, 2000). Em Minas, esse número atinge 23% das equipes, segundo pesquisadores da Pediatria Social da UFMG em estudo de ALVES (2005). Vítima da academia, que ignorou sistematicamente conceitos de Atenção Primária e Medicina de Família, o generalista não pode ser responsabilizado pelas falhas do programa, mesmo porque há um contingente crescente de profissionais vinculados à filosofia da Saúde da Família que está se especializando e se capacitando.

Apesar da desestruturação dos serviços formadores de Médicos de Família, há hoje, no Brasil, programas de residência e especialização formando o profissional no próprio serviço com preceptorial presencial. Tal formação demanda os conceitos de integralidade, acessibilidade, coordenação e horizontalidade do cuidado, adscrição de clientela, dentre outros, ignorados pela academia e pelas residências médicas de formação hospitalar, mas que seguem as orienta-

ções da Organização Mundial de Saúde e o modelo que funciona adequadamente nos países da Europa e em vários países em desenvolvimento (como Cuba) e no Canadá.

Leonardo C M Savassi
Presidente da AMMFC

Em nome de sua diretoria e dos médicos de família mineiros.

VEJA NESTA EDIÇÃO

PÁGINA 2

[Entrevista exclusiva com o Ministro da Saúde]



José Agenor Álvares da Silva, Ministro da Saúde

PÁGINA 3

[Vem aí o III Congresso Mineiro de Medicina de Família e Comunidade]

PÁGINA 4

[AMMFC participa de Congresso na Itália]

ENTREVISTA EXCLUSIVA COM O MINISTRO DA SAÚDE

Ministro da Saúde, José Agenor Álvares da Silva, fala ao Jornal da AMMFC.

Esta edição traz uma entrevista exclusiva concedida pelo Exmo. Sr. José Agenor Álvares da Silva, atual Ministro da Saúde do governo Lula, à Diretora Cultural da AMMFC, Dra. Ruth Borges Dias.

1) Qual a abrangência da Estratégia da Saúde da Família (ESF) hoje no Brasil?

A cobertura da Estratégia Saúde da Família abrange todas as regiões do país. Em setembro de 2006 havia 26.650 equipes de saúde da família, 14.597 equipes de saúde bucal e 218.121 agentes comunitários de saúde em mais de 5 mil municípios, atendendo mais de 46,1% da população brasileira o que equivale a mais de 85 milhões de pessoas. Os dados são constantemente atualizados e disponíveis em www.saude.gov.br/dab

2) O que mudou na saúde pública após a implantação da ESF?

A atenção básica não era uma área estruturada no Ministério há pouco mais de 10 anos. Não havia uma estratégia para fortalecê-la e inseri-la dentro da rede do SUS. A Saúde da Família, que iniciou-se como um programa, possibilitou um espaço estratégico de discussão da porta de entrada e do acesso, da promoção da saúde e da prevenção de agravos dentro dos serviços de saúde. Ter, hoje, mais de 300 mil trabalhadores na saúde da família é sem dúvida uma conquista, e um importante fator mobilizador de discussões em todas as esferas de governo. Isso nos permite avançar, por exemplo, nas discussões da promoção da saúde e vigilância na atenção básica mudando o foco, antes exclusivamente hospitalocêntrico e assistencial, para a construção um novo modelo de atenção integral a saúde. Para isto é necessário profissionais dedicados e capacitados, remuneração adequada, adscrição da área para favorecer a longitudinalidade, trabalho em equipe multiprofissional e sistema de informação compatível. A estratégia saúde da família vem criando as bases para que estas condições necessárias sejam estabelecidas e colocadas em prática pelos municípios. Outro ponto a se destacar é que o financiamento da atenção básica mudou consideravelmente após a implantação da ESF com enorme aumento do aporte de recursos. A prioridade dada pelo governo federal elevou os repasses para as equipes de menos de 1 bilhão ano em 2001 para mais de 3 bilhões nesse ano. Muitos trabalhos têm demonstrado o sucesso da ESF. Vale destacar o trabalho realizado pelos pesquisadores Macinko, Guanais e Souza que demonstrou que para cada 10% da expansão da cobertura da ESF a mortalidade infantil diminui 4,5%.

3) Quais os principais obstáculos para a ampliação da ESF nos grandes centros urbanos?

A implantação da Saúde da Família em grandes centros é uma questão complexa. Algumas dificuldades como capacitação dos profissionais e melhoria das relações trabalhistas não são exclusivas de grandes centros urbanos. Especificamente nestes locais posso destacar que a violência, a pobreza e a distância da periferia têm sido obstáculos para atrair os profissionais. Além disso muitas unidades de saúde ainda têm instalações precárias aumentando a carga de trabalho dos profissionais da ESF. Outro fator específico de grandes centros urbanos muito importante é a complexidade da rede. Os pronto socorros, ambulatórios de hospitais e mesmo unidades de especialidades "concorrem" com a ESF na função de primeiro contato com o sistema de saúde. Muitos profissionais preferem trabalhar nos setores secundários e terciários por vários motivos, dentre eles desconhecimento do trabalho na atenção básica e graduação voltada para a atenção especializada.

4) Quais as perspectivas futuras na ESF a médio e longo prazo?

As perspectivas estão relacionadas aos desafios. A ESF é a estratégia escolhida pelo governo para reorientar a atenção básica em caráter substitutivo. Isto está estabelecido no Pacto pela Saúde e na Política Nacional de Atenção Básica. Portanto a ESF vai expandir ainda mais a cobertura e os desafios aumentarão. É preciso continuar estimulando a capacitação dos profissionais, a melhoria do vínculo trabalhista e a qualificação da gestão de maneira geral tornando a atenção básica mais eficiente e interligada com o restante da rede.

5) Quais os planos nacionais para graduação, formação e educação continuada dos profissionais da ESF?

São várias iniciativas neste sentido, já que este talvez seja o desafio principal da Atenção Básica. Poderíamos sistematizar em graduação, residências e especialização. Cada uma destas etapas ou formas de capacitação têm um papel fundamental. O Prosaúde é uma política que envolve incentivo ao contato de alunos da graduação com a atenção básica. Ainda este ano, como parte desta política, será destinada às cidades que aderiram ao projeto em parceria com universidades, 100 mil reais por curso de graduação de enfermagem, medicina ou odontologia. Além disso serão destinados 30 mil reais por residente de Medicina de Família e Comunidade que utilizam as instalações da atenção básica. De maneira geral, os investimentos na graduação objetivam a aproximação dos estudantes com outros locais que tradicionalmente não são utilizados para o aprendizado, a residência visa a formação adequada dos novos profissionais que farão carreira na atenção básica, por fim, o maior desafio é com relação aos profissionais que já estão na rede mas não são capac-

itados. Para isto o Ministério da Saúde através da SGETES está desenvolvendo a Rede Maes+ (Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família em Grandes Municípios) que irá integrar os diversos cursos de especialização estimulando a capacitação em serviço, além de financiar bolsas de residência e cursos de especialização.

6) Quais as políticas para garantir a fixação dos profissionais médicos nas equipes e diminuir sua alta rotatividade?

A própria Política Nacional de Atenção Básica que já não usa mais o termo programa e sim estratégia é um grande estímulo. Foram revogadas diversas portarias e toda a política ficou concentrada em um documento único pactuado na Comissão Intergestores Tripartite. Este fato é relevante pois deixa claro à população, gestores e profissionais de saúde que não se trata de uma política temporária. As pessoas que quiserem fazer carreira na atenção básica não estarão fazendo um bico mas se dedicando a uma área que tem atenção especial e perene do governo federal. Além disso, o Ministério da Saúde tem estimulado a melhoria dos vínculos como ferramenta para diminuir a rotatividade. Porém, o sistema descentralizado necessita do envolvimento das três esferas de governo.

7) Qual a visão do Ministério da Saúde acerca das entidades associativas (como a SBMFC e AMMFC) para o desenvolvimento da ESF no Brasil?

O Ministério da Saúde tem apoiado substancialmente a SBMFC e AMMFC através da realização de eventos, incentivo para publicações e outras parcerias. Pensamos que este é um movimento da sociedade civil que complementa as ações do Ministério. A prova de título de especialista é um exemplo. Há duas formas de se tornar especialista no Brasil: através de residência médica reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica ou através de titulação pela sociedade de especialidade filiada à Associação Médica Brasileira. No caso da Medicina de Família e Comunidade apenas a SBMFC, à qual a AMMFC é filiada, tem esta prerrogativa. Isto é importante para qualificar a Estratégia Saúde da Família. O Ministério da Saúde tem apoiado estas iniciativas também porque sabe que estas entidades especificamente têm o trabalho voltado prioritariamente para a saúde pública e fortalecimento do Sistema Único de Saúde.



José Agenor Álvares da Silva, Ministro da Saúde

GENOGRAMA

Genograma – um aliado na saúde da família

No acompanhamento e estudos de famílias, a compreensão de suas histórias naturais e dos padrões de adoecimento pode potencializar a ação dos profissionais de saúde. Deste modo, surge a necessidade de poder, de uma forma simples e objetiva, usar um instrumento que mostre graficamente a estrutura e o padrão de repetição das relações familiares. Um dos primeiros instrumentos padronizados para avaliação familiar foi o genograma, proposto por Bowen (1978). Para ele, o genograma é a representação gráfica de uma família, reunindo em um mesmo esquema, os membros dessa família e as relações que as unem na frequência de três gerações, a qualidade dessas relações e as informações médicas e psicossociais que se ligam. Bowen (1978) descreve que o genograma é útil como material de apoio ao diagnóstico, graças ao recolhimento, a organização e a utilização dos dados familiares.

Funções básicas do genograma

Identificar a estrutura da família e seu padrão de relação, mostrando as doenças que costumam ocorrer, a repetição dos

padrões de relacionamento e os conflitos que desembocam no processo de adoecer. Assim, o genograma é uma ferramenta da abordagem familiar que demonstra esquematicamente os problemas biomédicos, genéticos, comportamentais e sociais que envolvem a família estudada. É um método indicado para avaliação de risco, prevenção, problemas diferenciados e avaliação do problema familiar. O instrumento também pode ser usado como fator educativo, permitindo ao paciente e sua família ter a noção das repetições dos processos que vem ocorrendo e da forma como estes ocorrem. Isto facilita o “*insight*” necessário para acompanhar a proposta terapêutica a ser desenvolvida. É uma estrutura dinâmica e tem que ser trabalhado e mudado durante todo o acompanhamento da pessoa. Na abordagem da clínica em saúde da família, a aplicação do genograma permite uma visualização do processo de adoecer, facilitando o plano terapêutico e permitindo à família uma melhor compreensão sobre o desenvolvimento de suas patologias.

Como fazer um genograma

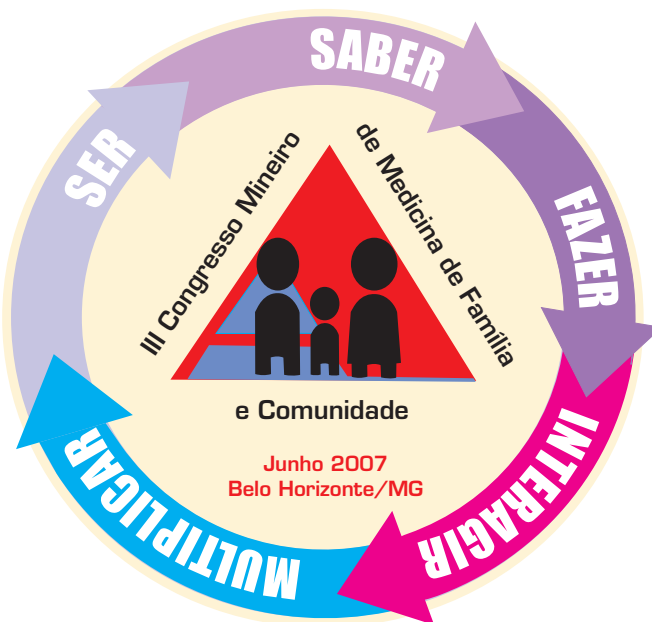
Aqui estão dispostos alguns símbolos gráficos usados para desenhar um genograma. É preciso preencher, ao lado dos símbolos, datas de nascimento, eventos importantes, patologias e o nome dos pacientes.



Para conhecer toda a simbologia para elaboração do Genograma, informe-se na AMMFC.

III CONGRESSO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Associação Mineira de Medicina de Família já está trabalhando para a realização do trabalho em parceria para a realização do III CONGRESSO MINEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, que acontecerá de 6 a 10 de junho de 2007, no Minas Centro, em Belo Horizonte. Muitas novidades estão previstas como inscrições através de website, cursos pré-congressos e uma extensa programação cultural e científica.



E a identidade visual do evento já está definida.

A marca do congresso está pronta e traz a síntese da proposta que é discutir e promover o debate sobre pilares fundamentais da medicina de família e comunidade, representados pelos infinitivos SER, SABER, FAZER, INTERAGIR e MULTIPLICAR.

Fiquem atentos às novidades!

DIRETORIA DA AMMFC

Presidente : Dr Leonardo C. M. Savassi
Vice presidente : Dr Vinícius de Araújo Oliveira
Diretora financeira : Dra Andréa Faria de Magalhães
Secretária geral : Dr Hércules de Pinho

Diretor de informática : Dr Marcelo de Freitas Dias
Diretor de comunicação : Dr Rodrigo Pastor Alves
Diretora cultural : Dra Ruth Borges Dias
Diretora residente : Dra Ana Carolina Oliveira
Suplente : Dr Fábio Morais Castro
Comissão científica : Dra Flávia Chiari e Dr Auler Coelho

Comissão fiscal : Dr Flávio Lúcio Gonçalves Coelho
Comissão de exercício profissional : Dr Fábio Morais Castro e Dr Daniel Dornellas
Jornalista Responsável : Ubirajara Ramalho Neiva
MTb/DRT : MG 08396 JP

CONGRESSO NA ITÁLIA

O Congresso Europeu de Medicina de Família da WONCA (Organização Mundial de Médicos de Família), este ano realizado na Fortezza de Bazzo, em Florença - Itália, nos dias 25 a 30 de Agosto reuniu mais de 4.500 congressistas provenientes de vários países, inclusive Japão, países da África e da América Latina.

A SBMFC participou de uma mesa redonda, juntamente com os representantes do ministério da saúde, Dr. Luis Fernando Rolim e Dr. José Gomes Temporão, discutindo a situação atual da Atenção Primária à Saúde e Medicina de Família e Comunidade no Brasil.

A AMMFC foi representada pelo Dr. Vinicius de Araújo Oliveira, que participou de uma mesa redonda sobre experiências em formação de médicos de Família.

Dezessete médicos de família brasileiros também participaram apresentando trabalhos científicos, sendo que cerca de sete deles eram de Minas Gerais.

JASP REÚNE ACADÊMICOS

A primeira Jornada Acadêmica de Saúde Pública, ocorrida entre os dias 20 a 23 de novembro na Faculdade de Medicina da UFMG, contou com a presença de acadêmicos de vários cursos da Universidade e de outras Faculdades, interessados na discussão acadêmica da especialidade, além de médicos e outros profissionais da rede. Os participantes classificaram o evento como histórico, pois pela primeira vez se realizou uma jornada acadêmica multiprofissional abordando a Atenção Primária à Saúde. O interesse dos alunos pelo tema fez com que os mesmos construíssem a partir daí uma programação de excelente qualidade. A AMMFC auxiliou os acadêmicos na organização das palestras, construção dos temas, orientação aos alunos e nas mesas de discussão. O presidente da AMMFC, Leonardo C. M. Savassi declarou que iniciativas como essa devem servir de exemplo para a formação do acadêmico com foco no trabalho em equipe.

AVANÇOS EM 2006

O ano de 2006 foi marcado por muito trabalho na AMMFC e também por muitos avanços em diversas áreas. Confira abaixo algumas marcas importantes da AMMFC no ano que se encerra.

Área Científica

- Criação do GESF;
- Realização do Curso de Saúde Pública (preparatório para a prova de seleção da SMS de BH);
- Participação em vários eventos científicos como VIII CBMFC, Congresso da WONCA, Seminário estadual do serviço de enfrentamento ao abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes, Simpósio da UNIUBE, JASP, Simpósio integrado de Nefrologia, Encontro Municipal de Saúde Mental de Contagem;
- Organização do III CMMFC, com a formação das comissões e início dos trabalhos.

Área Política

- Reuniões e acordos com SMS de BH, SES de MG, AMMG, CRM, participação no conselho gestor em São Paulo;
- Regulamentação Jurídica da entidade;
- Regularização dos repasses da SBMFC (não eram feitos desde 2004) em Junho/06;
- Regulamentação do Departamento Científico AMMG - em andamento.

SIMPÓSIO INTEGRADO AMMFC E NEFROLOGIA

Na manhã de 24 de novembro, ocorreu o I Simpósio Integrado da AMMFC com a Nefrologia, uma iniciativa dos departamentos científicos de Medicina de Família e de Nefrologia da Associação Médica de Minas Gerais. Para o Presidente da Sociedade Mineira de Nefrologia, José Eduardo Menezes, este foi o embrião de um projeto que envolve a integração dos médicos do PSF com as especialidades.

Foram abordados diversos temas como a doença renal crônica, o papel da Aten-

ção Primária na Hipertensão Arterial, litíase renal e ainda uma mesa redonda sobre referência e contra-referência. A AMMFC esteve representada pelo Dr. Rodrigo Pastor Alves Pereira, pelo Dr. Hércules de Pinho, alguns diretores da entidade e por seu presidente, Leonardo C M Savassi, que destacou: "Para que a Atenção Primária exerça o seu papel de cuidados contínuos é fundamental a discussão entre todas as 54 especialidades." E concluiu: "Precisamos entender a rede de saúde como equipe".

FERRAMENTAS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

O grupo de estudos em saúde da família nasceu das discussões dentro da AMMFC sobre como implementar um novo modo de pensar e fazer a medicina de família em Minas Gerais. Sentia-se uma grande dificuldade por parte de médicos e gestores na utilização das tecnologias propostas para auxiliar a prática da medicina de família. Sentia-se também um distanciamento entre a academia e o fazer médico. Com o pensamento voltado par essas questões, o Dr. Vinicius de Araújo, vice-presidente da AMMFC, sugeriu a criação de um grupo de estudos com a finalidade de preencher essa lacuna na nossa especialidade. Foi proposta a realização de reuniões mensais com a apresentação de trabalhos

voltados à teoria e à prática da medicina de família, com ênfase em experiências bem sucedidas. As reuniões discutiram ferramentas disponíveis para o médico de família como o acolhimento, as visitas domiciliares, os grupos operativos e por ultimo, ainda por acontecer no início de dezembro, a coordenação de cuidados. Os resultados das reuniões foram compilados e divulgados no site da AMMFC, alimentando uma lista de discussões sobre os temas. A proposta é ampliar as discussões, possibilitando que um número maior de médicos possa se envolver e contribuir para o aumento do conhecimento em medicina de família e comunidade.

PROJETO DE COLABORAÇÃO

Nos dias 20 e 21 de outubro, a AMMFC participou de reunião com a reitoria da Universidade de Uberaba (UNIUBE), representada pelo presidente Leonardo C. M. Savassi e pelo sócio Leonardo Pinho Ribeiro. O projeto de colaboração envolveu a consultoria da AMMFC pela sua excelência no tema, para auxiliar na elaboração de curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade a ser realizado na região. Além disso, a AMMFC propôs a parceria entre as duas instituições para a ampliação do Grupo de Estudos em Saúde da Família (GESF) para aquela localidade, utilizando a tecnologia de Educação à Distância, disponível na UNIUBE.



AMMFC e UNIUBE: parceria.