

## **Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina (SBMFC e Abem)**

Gustavo Gusso<sup>I</sup>; João José Neves Marins<sup>II</sup>; Marcelo Marcos Piva Demarzo<sup>III</sup>; Mourad Ibrahim Belaciano<sup>II</sup>; Rodrigo Cariri C. de Almeida<sup>II</sup>; Ailton Tetelbom Stein<sup>IV</sup>; Fabiano Gonçalves Guimarães<sup>IV</sup>; Felipe Proenço de Oliveira<sup>V</sup>; Fernanda Plesmann de Carvalho<sup>VI</sup>; Flavio Dias Silva<sup>IV</sup>; Francisco Arsego de Oliveira<sup>VII</sup>; Gustavo Tenório Carlos<sup>VIII</sup>; Jaciara Bezerra Marques<sup>IX</sup>; Leika Aparecida Ishigama Geniole<sup>IV</sup>; Lia Márcia Cruz da Silveira<sup>X</sup>; Maria Eugênia B. Pinto<sup>IV</sup>; Maria Inez Padula Anderson<sup>X</sup>; Nayra Almeida da Silva<sup>IV</sup>; Rodrigo Cechelero Bagatelli<sup>IV</sup>; Sandro R. Rodrigues Batista<sup>IV</sup>; Tânia de Araújo Barboza<sup>IV</sup>; Thiago Dias Sarti<sup>XI</sup>; Vitor Barreto<sup>IV</sup>

## **INTRODUÇÃO**

A graduação em Medicina no Brasil tem mudado progressivamente desde o movimento deflagrado na década de 1990, que teve como marco a Conferência Mundial de Educação Médica de Edimburgo em 1988. Um marco reconhecido na política educacional brasileira é a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que apoiam a transformação dos currículos mínimos ainda inadequados. Estas diretrizes flexibilizam as organizações curriculares, possibilitando a construção de projetos político-pedagógicos mais condizentes com o pensamento contemporâneo.

A política de saúde no Brasil também experimenta um marco em sua história recente com a Constituição de 1988, que instituiu em todo o território nacional um sistema universal de saúde, o SUS. Dentre inúmeras proposições contundentes, a Constituição Federal dispõe que a ordenação da formação de recursos humanos também é competência do SUS. A Atenção Primária à Saúde (APS) é ponto de convergência entre estas duas políticas, na medida em que as DCN apontam para uma integração com o sistema de saúde e com as necessidades de saúde da população, descentralizando o ensino da Medicina dos hospitais para toda a rede de saúde e tendo apostando na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como forma de reorganizar a atenção à saúde no País.

A partir destas disposições legais, as escolas médicas em todo o País vêm empreendendo inúmeros esforços para atender a estas diretrizes. O SUS, por sua vez, também vem desenvolvendo mecanismos de apoio determinantes no processo de mudança, seja por intermédio dos programas do Ministério da Saúde (Promed, Pró-Saúde, PET), seja nas iniciativas dos governos estaduais e municipais.

Neste contexto, a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) vêm se destacando pelo caráter público de suas ações (Quadro 1) e pelo comprometimento com esta agenda de estado. Assim, desde 2005, estas duas entidades vêm empreendendo esforços conjuntos de produção técnica e pedagógica para apoiar as escolas em seu processo de mudança (documentos disponíveis nos portais das entidades na internet: <http://www.sbmfc.org.br> e <http://www.abem-educamed.org.br>).

### **Quadro 1. Exemplos de fóruns de discussão da SBMFC e da Abem**

I Congresso Paulista de Medicina de Família e Comunidade – I Mostra Brasileira de Medicina de Família e Comunidade na Graduação – setembro de 2005

44º Congresso Brasileiro de Educação Médica – II Mostra Brasileira de Medicina de Família e Comunidade na Graduação – I Encontro de Ligas Acadêmicas de MFC e Saúde da Família – setembro de 2006

45º Congresso Brasileiro de Educação Médica – Oficina “Desafios do ensino e da aprendizagem da Atenção Primária à Saúde e da Medicina de Família e Comunidade na graduação e pós-graduação em Medicina” – outubro de 2007 Instalação do Fórum de Atenção Básica da Abem

IX Congresso Brasileiro de MFC, em Fortaleza (CE) – maio de 2008 – I Fórum de Formação em APS e MFC

Em seu congresso nacional de 2007, a Abem mudou a organização do Congresso Brasileiro de Educação Médica (Cobem), com a instituição de fóruns de aprofundamento em temáticas que concentram grande mobilização e demanda das escolas. Estes fóruns perpassam a programação do congresso inteiro e continuam suas atividades permanentemente. O Fórum de Atenção Básica da Abem vem consolidando a produção de uma Proposta de Contratos de Cogestão de Território de Aprendizagem e um diagnóstico *on-line* para escolas, profissionais e estudantes sobre o ensino da atenção básica ou primária ainda em curso, além de servir como espaço permanente de troca de experiências de ensino em serviços, no âmbito da atenção primária.

A SBMFC criou em 2005 uma Diretoria de Graduação, que vem se encarregando de coordenar e incentivar a discussão da inserção da MFC e da APS na graduação em Medicina por meio de fóruns e documentos trabalhados coletivamente com seus sócios e entidades afins, como a Abem. Desde 2006, apoia as atividades da Associação Nacional de Ligas Acadêmicas de MFC e Saúde da Família (Alasf). Em seu último congresso, em Fortaleza, em 2008, garantiu um espaço permanente de discussão da educação médica, os Fóruns de Formação em MFC e APS, dando grande ênfase à graduação.

A produção destes fóruns – sistematizada em relatórios disponíveis também nas revistas das duas entidades (disponíveis nos portais das entidades na internet: [www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br) e [www.abem-educamed.org.br](http://www.abem-educamed.org.br)) – foi o ponto de partida fundamental para esta produção, assim como ajudou processualmente a pensar a sua necessidade e pertinência.

Para a produção destas Diretrizes, os proponentes partiram do exame desses documentos (Quadro 2), de publicações de pesquisadores nacionais das áreas de Saúde Coletiva e de Educação Médica, além de resoluções internacionais para o ensino na Atenção Primária à Saúde e da Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica com foco privilegiado na APS.

A partir do exame desses documentos, da produção dos fóruns e das discussões nos congressos da Abem e da SBMFC, identificamos a necessidade de apontar Diretrizes Operacionais para o Ensino em Atenção Primária à Saúde para os cursos de Medicina. Pensamos, com isso, olhar ainda mais atentamente para as escolas e oferecer caminhos para a consolidação das DCN no cotidiano dos processos de ensino-aprendizagem.

## Quadro 2. Documentos de referência

A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades – Documento SBMFC

Papel da rede de Atenção Básica em Saúde na formação médica – Diretrizes – Documento Abem

Perfil del medico de familia – Definición Iberoamericana

Agenda educativa do European Academy of Teachers in General Practice (Euract)

Produção do Seminário Internacional – Os desafios do ensino da Atenção Básica – Graduação em Medicina – Organizado pelo Ministério da Saúde em julho de 2007

Diretrizes da Society of Teachers of Family Medicine, publicadas em janeiro de 2009

La formación médica en el pregrado – I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar – Documento de trabalho

### METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES

Realização de uma oficina de três dias (24 a 26 de julho de 2009) com professores e preceptores com atuação na APS e MFC, com a construção de um documento preliminar que deve seguir em consulta pública nos sítios das duas entidades e novamente discutido no próximo Cobem e no Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade (CBMFC), garantindo participação ampla, coletiva e democrática de professores, preceptores, estudantes, gestores e pessoas da comunidade.

#### Dinâmica da oficina

1º dia – troca de experiências e eleição de eixos para a discussão em grupos;

2º dia – discussão sobre os documentos de referência (Quadro 2) e debate sobre conceitos-chave para a oficina. Construção de Diretrizes Operacionais sobre os objetos de ensino-aprendizagem, as metodologias sugeridas, os momentos e o espaço formativos, e os principais atores envolvidos;

3º dia – síntese do documento.

#### Conceitos adotados

Diante da heterogeneidade de conceitos que dispõem sobre o tema da educação médica e da Atenção Primária à Saúde, optou-se por discutir e obter consenso, entre os proponentes e participantes da oficina, sobre os conceitos a adotar. Assim, para efeito destas diretrizes, adotaram-se os seguintes conceitos:

**Atenção Primária à Saúde ou Atenção Primária ou Atenção Básica** – entendido como primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde nacionais, regionais e locais, e estratégia política e princípios para (re)organização dos serviços e sistemas de saúde. Para isto, necessita de práticas profissionais específicas e construídas de modo complexo, integral e sistêmico de pensar e

entender o processo saúde e adoecimento. Admite-se que no Brasil se adota para esse conceito o nome de “Atenção Básica” em algumas situações, com a mesma conotação, e que sua expressão atual na política de saúde é a Estratégia de Saúde da Família, segundo a Política Nacional de Atenção Básica de 2006 (PNAB). Para essas Diretrizes, o consenso foi a adoção do nome “Atenção Primária à Saúde” (APS), de conotação internacional e geral, seguindo o conceito acima explicitado e em consonância com a PNAB (2006).

**Medicina de Família e Comunidade** – especialidade médica internacionalmente valorizada e reconhecida, com foco privilegiado em APS e com papel fundamental na consolidação do ensino médico na atenção primária, tanto na graduação, como na pós-graduação. Segue os mesmos princípios da APS, com acesso ilimitado às pessoas de qualquer idade e suas condições de saúde e doença, contextualizadas em suas famílias e comunidades, segundo um território com especificidades epidemiológicas conhecidas, incluindo incidência e prevalência singulares para o cuidado clínico e preventivo. Presta e coordena os cuidados médicos de forma contínua, longitudinal e integral, e de forma integrada com os outros profissionais de saúde da APS, devendo ter formação específica, com alto domínio e autonomia na prática e manejo dessas situações e princípios.

**Saúde Coletiva** – área do conhecimento genuinamente brasileira, referenciada também em fundamentos epistemológicos da APS e MFC, surgida no movimento de redemocratização no Brasil no seio do movimento da reforma sanitária. Herdeira da antiga Saúde Pública, alberga as grandes áreas da epidemiologia, ciências sociais e da gestão. Reconhece-se a heterogeneidade de pensamento e posições na área, identificando-se nesse documento os que se dedicam a pensar a importância das práticas de saúde, assim como a gestão ou a economia do sistema.

**Diretrizes e Competências Educacionais** – também há grande variedade de conceitos sobre como organizar e apresentar objetivos educacionais. Optou-se por seguir o movimento instalado no Brasil de garantir e respeitar a autonomia das escolas e oferecer diretrizes para o ensino de Medicina, na Atenção Primária à Saúde. Estas diretrizes devem estar orientadas pelo conceito de competências educacionais que sintetizem conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidos pelos médicos em formação. Estas diretrizes compõem, junto com outras, as competências para a formação do profissional médico.

## **RESULTADOS PRELIMINARES**

Os resultados apresentados estão organizados como Contribuições da Atenção Primária para a Graduação em Medicina, Objetos de Aprendizado, Metodologias e Estratégias Didáticas sugeridas, Momentos e Espaços Formativos, e os principais atores envolvidos (docentes e preceptores). Na construção destas diretrizes foram utilizados documentos de referência (Quadro 2), como, por exemplo, o da Euract (2005) para o especialista em Medicina de Família e Comunidade, sobretudo na definição dos objetos formativos.

Em algumas situações, não houve consenso entre os participantes desta oficina e acredita-se que esse fato, nesse momento, pode contribuir para a ampliação do debate acadêmico e profícuo, até o fechamento do documento final, previsto para ocorrer no início de 2010.

### **1 – “Por quê?” – Contribuições da Atenção Primária à Saúde para a graduação em Medicina**

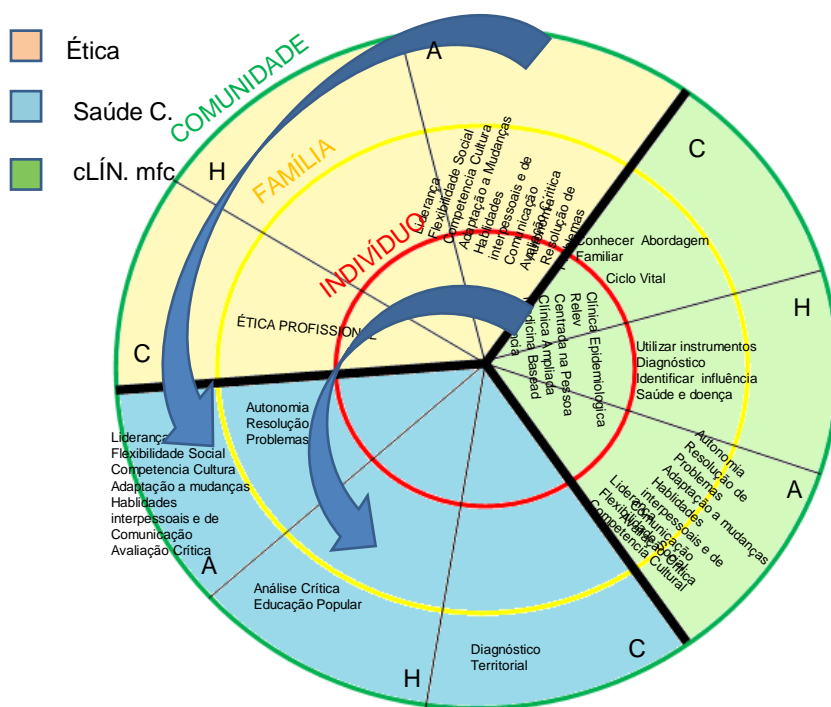
- Favorece o estudante a lidar com diferentes aspectos da vida e seus ciclos, em sua complexidade clínica e cultural, contextualizando os indivíduos em seu território vivo;
- Possibilita ao estudante atuar em relação ao indivíduo e ao coletivo de maneira integral, longitudinal e contextualizada com a realidade local e de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde;
- Constitui cenário de integração de práticas das diferentes áreas, campos e núcleos de conhecimento (ciências básicas, especialidades médicas e saúde coletiva);
- Contribui para que o estudante tenha uma compreensão da rede intersetorial de atenção e cuidados em saúde;

- Contribui para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada, possibilitando a interdisciplinaridade;
- Favorece o aumento da resolubilidade clínica ao lidar com condições e problemas complexos e singulares de saúde de forma contínua e longitudinal;
- Contribui para a conceituação de saúde e adoecimento, respeitando o saber do outro e da comunidade local;
- Contribui para a concepção de conhecimento dinâmico e em construção, que articule outros conhecimentos e realidades;
- Favorece o desenvolvimento de competência cultural e dialógica na comunicação em saúde.

## 2 – “O quê?” – Objetos de ensino-aprendizagem

As experiências compartilhadas nesta oficina, e na experiência da Abem e SBMFC, demonstram que há diferentes formas de organizar o saber em APS. Para efeitos didáticos, optou-se pela forma apresentada na Figura 1. Durante a oficina, observou-se que há diversidade entre os cursos de Medicina quanto à abordagem cronológica de inserção dos objetos de EA no ensino da APS. Alguns partem da abordagem individual para progressivamente construir abordagens coletivas (familiares e comunitárias), e vice-versa. Na opinião dos participantes da oficina, esta ordem cronológica não interfere no desenvolvimento da competência final em APS, desde que as três abordagens constituam eixos estruturantes da formação médica e sejam suficientemente desenvolvidas ao longo dos seis anos do curso.

**Figura 1.** Complexidade do saber em APS.



Ao final do sexto ano, o estudante de Medicina deve ter competência nas três dimensões seguintes, de forma integrada.

Na abordagem individual deve:

- Conhecer e utilizar a abordagem clínica centrada na pessoa, integral, complexa, interdisciplinar, longitudinal e resolutiva, utilizando as evidências científicas como ferramenta e suporte, porém

singularizando o processo;

- Gerir o primeiro contato com os pacientes, lidando com problemas não selecionados;
- Desenvolver e aplicar a consulta do médico de família e comunidade para promover uma eficaz relação médico-paciente, com respeito pela autonomia deste;
- Relacionar os processos específicos de decisão com a prevalência e a incidência das doenças na comunidade;
- Reunir e interpretar seletivamente a informação recolhida na anamnese, no exame objetivo e nos exames complementares, e aplicá-la a um plano de ação adequado, em colaboração com o paciente;
- Gerir as situações que se apresentem precocemente e de forma indiferenciada;
- Gerir simultaneamente múltiplas queixas e patologias, tanto problemas de saúde agudos como crônicos do indivíduo;
- Promover a saúde e o bem-estar, aplicando adequadamente as estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença;
- Conciliar as necessidades de cada paciente e as necessidades de saúde da comunidade em que ele vive, de acordo com os recursos disponíveis;
- Realizar a semiologia da pessoa no contexto da APS;
- Lidar com a incerteza e com os instrumentos de decisão clínica e terapêutica no contexto da APS.

Na abordagem familiar deve:

- Conhecer e lidar com as distintas fases do ciclo vital da família;
  - Conhecer e lidar com a estrutura e dinâmica familiar, utilizando os instrumentos do diagnóstico familiar, como o genograma e o ecomapa, na abordagem familiar
  - Identificar a influência das relações intrafamiliares no processo saúde-adoecimento.
- [Não consensual: até que nível de intervenção da abordagem familiar deve ser desenvolvido na formação do médico geral?]

Na abordagem comunitária deve:

- Conhecer e lidar com instrumentos de diagnóstico epidemiológico e sociodemográfico e correlacioná-los com sua prática clínica;
- Analisar criticamente a organização da sociedade, os modos de produção presentes nela e os determinantes do processo saúde-adoecimento, e desenvolver competências para intervir no processo saúde-doença;
- Desenvolver competências culturais contextualizadas;
- Compreender o que é “território vivo”;
- Participar de atividades de educação popular em saúde, compreendendo a existência de diferentes concepções pedagógicas e valorizando o saber popular;
- Intervir nas necessidades de saúde do território, acessando os diversos setores relacionados;
- Desenvolver noções de vigilância em saúde.

### **3 – “Quando?” – Momentos formativos**

A troca de experiências entre os participantes da oficina confirmou a visão geral de que a distribuição atual das atividades na APS durante a graduação é diversificada nas instituições de ensino. Na maioria das escolas, o ensino se dá no início do curso com atividades de diagnóstico e estudos sobre os determinantes sociais do processo saúde-adoecimento e depois no internato. Há uma sensação de hiato na atuação em APS que compromete os princípios desta e diminui suas potencialidades em contribuir para o perfil de profissional desejado.

Assim, impõe-se destacar para o ensino em APS as seguintes diretrizes quanto aos tempos de inserção nas diversas grades curriculares de Medicina:

- Deve ser uma inserção desde o início do curso e com continuidade ao longo de todo o curso, num modelo em espiral crescente de complexidade e de preferência com atividades na APS em

todos os períodos (semestre ou anos) do curso;

- Deve incluir, desde o primeiro ano, as atividades que envolvem as abordagens do indivíduo, família e comunidade, de forma integrada;
- Deve introduzir módulos, disciplinas ou unidades educacionais de Medicina de Família e Comunidade e de estágio centrado na clínica de Medicina de Família e Comunidade nos ciclos e anos intermediários (3º e 4º anos e períodos correspondentes);
- As competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) adquiridas ao longo dos anos na APS, incluindo os estágios práticos, devem ser sedimentadas durante o internato (5º e 6º anos), em estágios de treinamento clínico em serviços de APS, sob supervisão.

#### **4 – “Como?” – Diretrizes metodológicas e estratégias didáticas**

Como diretrizes metodológicas e didáticas são propostas:

- Metodologias dialógicas e ativas de ensino-aprendizagem como referência das práticas nas Unidades de Saúde, integrando prática e teoria, problematizando a realidade e possibilitando uma reflexão sobre a prática profissional, trabalhando em pequenos grupos de forma espiral (progressiva) e com diversidade de cenários e atividades;
- Favorecer ambiente multi e interdisciplinar, e atuação conjunta com estudantes e profissionais de outras áreas;
- Inserção significativa (objetivos claros de ensino e cronograma de trabalho, evitando estágios de observação apenas); estratégias que impliquem o aluno na corresponsabilização do cuidado/contribuição para o serviço em que ocorre a prática, construindo projetos terapêuticos com a equipe de saúde dentro de cada unidade;
- Inserido no contexto do desenvolvimento das habilidades clínicas, com foco no seguimento de pessoas e famílias desde o início da graduação;
- Integrado com outras disciplinas no curso de Medicina, possibilitando espaços de troca, tanto ao longo do curso como num semestre específico;
- Promover a construção e a utilização de condutas baseadas em evidências científicas, estimulando e aproximando o aluno da investigação e da produção científica, ao mesmo tempo não se esquecendo de singularizar o processo de produção do cuidado;
- O que fazer na comunidade deve ser pactuado com a equipe, com a gestão do sistema e com a comunidade. O preceptor deve ter agenda compatível com as atividades de ensino e assistência;
- Utilizar estratégias de ensino a distância e telessaúde;
- Buscar integração com pesquisa e extensão;
- Utilizar também métodos avaliativos formativos, além dos somativos, contextualizados e adequados ao desenvolvimento de competência em APS.

#### **5 – “Onde?” – Espaços formativos**

Embora o espaço formativo seja um dos definidores do objeto desta oficina, os participantes resolveram detalhar e qualificar o que se entende como cenários ou equipamentos de APS adequados como espaço formativo para a graduação em Medicina, conforme as seguintes diretrizes:

- Unidades e equipamentos de saúde próprios de APS, incluindo o sistema suplementar, desde que possibilitem o desenvolvimento das competências definidas acima, dentro da lógica definida *neste momento* pela PNAB (2006) e com estrutura mínima para receber atividades de ensino. Essa estrutura mínima deve ser pactuada entre ensino-serviço-gestão e comunidade;
- Preferencialmente Unidades de Saúde da Família ou similares, integradas à rede municipal, como estímulo para que a universidade ou instituições de ensino participem e contribuam no desenvolvimento dessa rede;
- Preferencialmente concentrar as atividades em determinado território ou distrito, a fim de permitir melhor acompanhamento e contextualização do desenvolvimento das atividades, integrando os diversos níveis do sistema de saúde (rede);
- Preferencialmente Unidades de Saúde que tenham Programas de Residência em MFC;
- Utilizar equipamentos comunitários como espaço de formação.

## 6 – “Quem?” – Docentes e preceptores

Esta foi, sem dúvida, a questão mais discutida. Tentou-se aqui encontrar um consenso sobre a participação do especialista em Medicina de Família e Comunidade, considerando as evidências, os benefícios e o acúmulo internacional sobre a participação deste especialista no ensino da APS na graduação em Medicina, respeitando as necessidades e a autonomia de cada escola na organização de seu corpo docente. Sendo assim, propõe-se que:

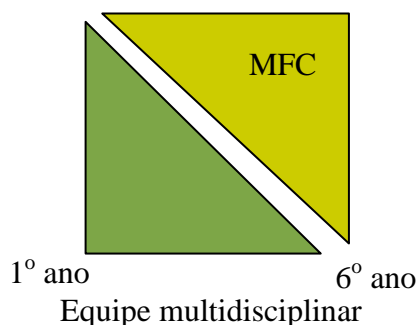
– É fundamental a participação do médico especialista em MFC (com residência médica ou título de especialista em MFC) no quadro de docentes. Recomenda-se ter uma representatividade da MFC entre os docentes universitários, para se adequar ao modelo pedagógico, às necessidades de saúde da população e à Política Nacional de Saúde vigente. Devem-se criar vagas docentes e espaços na estrutura universitária que garantam a presença do médico especialista em MFC e dos demais profissionais da APS;

– O ensino de Medicina na APS deve ser sempre realizado pelo médico especialista em MFC na abordagem individual e predominantemente na abordagem familiar, em especial nos anos intermediários do curso e no internato. Caso não exista este especialista, a universidade deve pactuar com os gestores universitários e do sistema de saúde a especialização deste profissional médico. Deve-se desenvolver um programa de educação permanente para a docência e para os médicos dos serviços (preceptores) pela IES, devendo seguir uma construção conjunta desses dois atores;

– Deve haver a presença do professor na equipe de saúde, para acompanhar, supervisionar e avaliar o processo de ensino-aprendizagem, e não apenas na pactuação;

– Deve-se desenvolver uma relação ótima entre o número de preceptores e o de estudantes, como a definida pelo PET-Saúde, pensando na qualidade da preceptoria.

Por fim, chegou-se a propor uma representação gráfica que sugere a referência docente para o estudante ao longo do curso:



## OBSERVAÇÕES FINAIS

Este é um documento preliminar, que visa desencadear as discussões sobre estas diretrizes. Trata-se, sobretudo, de um documento construído com a intenção de apoiar as escolas médicas de forma objetiva e prática na elaboração de seus projetos pedagógicos. Por isso, propõe-se como um documento a partir do contexto atual e das dificuldades encontradas neste momento da educação médica brasileira. Das diretrizes apontadas cabe sublinhar que, desde o momento inicial de diagnóstico, algumas questões se destacaram no debate e posteriormente na síntese das propostas.

As reformas curriculares em curso e mesmo os cursos mais novos que já surgiram no ambiente de reforma da graduação ainda estão distantes dos objetivos apontados pelas DCN. O núcleo do

saber e do agir médico encontra-se no aprendizado da clínica, mais especificamente do raciocínio clínico e semiológico. Neste ponto as reformas ainda tangenciam os enfrentamentos mais nodais e necessários. Quanto às potencialidades da APS para o ensino da Medicina na graduação e a todas as iniciativas de fomento governamental, estas ainda persistem subaproveitadas e em posições marginais na formação do pensamento clínico.

Por isso, destaca-se a imperiosidade de que o ensino em atenção primária esteja presente ao longo de todo o curso, de preferência com inserções significativas (de aprendizado real e a partir do trabalho), e que, sobretudo, faça parte do núcleo de ensino da semiologia e da prática clínica do futuro médico.

A experiência acumulada pelos especialistas em Medicina de Família e Comunidade em todo o mundo e os resultados que podemos acompanhar a partir da inserção destes nos corpos docentes das instituições de ensino chegam, em algumas situações, a fazer parte de indicadores de avaliação de qualidade de sistemas e serviços de saúde e, em nossa opinião, precisam ser considerados no processo brasileiro.

A qualificação dos serviços que acompanha o amadurecimento da política nacional de Atenção Básica, em especial com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, é outro fator determinante para a efetivação dessa nova maneira de pensar, agir, ensinar e aprender em saúde, e jamais deve ser negligenciada.

Encerramos este documento preliminar apontando a necessidade atual de outros processos institucionais e da política de Estado da saúde. É necessária, portanto, uma agenda que discuta estratégias de ampliação e renovação do quadro de docentes das instituições de ensino superior, assim como a qualificação dos serviços de APS, expressos em contratos claros de compartilhamento de objetos de gestão e ensino.

Rio de Janeiro, julho de 2009

---

<sup>I</sup> Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>II</sup> Associação Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>III</sup> Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil; Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil.

<sup>IV</sup> Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>V</sup> Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

<sup>VI</sup> Programa Saúde da Família Santa Marcelina, São Paulo, Brasil.

<sup>VII</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>VIII</sup> Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

<sup>IX</sup> Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

<sup>X</sup> Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>XI</sup> Centro Universitário de Vila Velha, Vila Velha, Espírito Santo, Brasil.