

Crise global da atenção primária à saúde

Global crisis in primary health care

Crisis global de la atención primaria

Thiago Dias Sarti¹ , Ana Paula Santana Coelho Almeida¹ , Leonardo Ferreira Fontenelle¹ 

¹Universidade Federal do Espírito Santo – Vitória (ES), Brasil.

Resumo

Enquanto no Norte Global se discute uma crise na Atenção Primária à Saúde, a maioria dos países nunca chegou a constituir sistemas de saúde baseados propriamente numa atenção primária robusta. Nesse cenário, o Brasil apresenta uma tendência mais favorável, com conquistas importantes para a atenção primária e a medicina de família e comunidade nos últimos dez anos. Restam desafios a serem superados para que o Sistema Único de Saúde alcance níveis satisfatórios de acesso a seus serviços, com profissionais adequadamente formados e valorizados pela população.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Sistemas de saúde; Medicina de família e comunidade; Saúde global.

Abstract

While the Global North is discussing a crisis in primary health care, the majority of countries have never managed to establish health systems based on robust primary care. Brazil presents a more favorable trend, with important achievements for primary care and family practice over the last ten years. There are still challenges to be overcome so that the Unified Health System achieves satisfactory levels of access to its services, with professionals who are properly trained and valued by the public.

Keywords: Primary health care; Health systems; Family practice; Global health.

Resumen

Mientras que en el Norte Global se habla de una crisis de la atención primaria, la mayoría de los países nunca han creado realmente sistemas sanitarios basados en una atención primaria robusta. Brasil, muestra una tendencia más favorable, con importantes logros para la atención primaria y la medicina familiar y comunitaria en los últimos diez años. Aún quedan retos por superar para que el Sistema Único de Salud alcance niveles satisfactorios de acceso a sus servicios, con profesionales debidamente formados y valorados por la población.

Palabras-clave: Atención primaria de salud; Sistemas de salud; Medicina familiar y comunitaria; Salud global.

Como citar: Sarti TD, Almeida APSC, Fontenelle LF. Crise global da atenção primária à saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade 2024;19(46):4070. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)4070](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)4070)

Autor correspondente:

Thiago Dias Sarti
E-mail: tdsarti@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 12/12/2023.

Aprovado em: 13/12/2023.



Seja na saúde pública ou suplementar, atores diversos concordam que os sistemas de saúde, sejam universais ou não, devem ser organizados a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), idealmente com ênfase na Medicina de Família e Comunidade (MFC).¹⁻⁴ Dito isso, surge a pergunta: se é assim, por que a APS e a MFC passam por uma crise global?

Talvez o caso mais emblemático seja o do Reino Unido, cuja APS serviu de inspiração para tantos outros países.^{5,6} O número de MFCs está cada vez mais deficiente, gerando sobrecarga nos profissionais, o que, por sua vez, dificulta a retenção de MFCs, alerta, por exemplo, o MFC Steve Taylor em seu perfil pessoal nas redes sociais. O problema é composto ainda por uma redução do rendimento dos médicos; políticas migratórias que restringem cada vez mais a incorporação de profissionais; e até uma campanha difamatória por alguns meios de comunicação.⁶⁻⁸

Por sua vez, o Canadá ainda tem um percentual significativo de cidadãos sem vínculo com um MFC e enfrenta dificuldades expressivas em formar e reter esse especialista em seu sistema de saúde.⁹ Nos Estados Unidos, que precisariam ampliar consideravelmente a APS e a MFC, o número de MFCs se afastando do trabalho foi o dobro do número de MFCs ingressando no mesmo período em 2022.¹⁰

Sem dúvida, a pandemia ampliou muito as dificuldades. Um levantamento realizado em 10 países de alta renda¹¹ encontrou um significativo aumento da demanda de trabalho, especialmente trabalho administrativo, menor tempo dedicado a atender um paciente, maior insatisfação e desgaste profissional, gerando maior desejo de se afastar em definitivo da prática clínica. Além disso, o trabalho do MFC tornou-se mais estressante neste contexto devido a uma disfunção no sistema de saúde como um todo, prejudicando a coordenação e a resolutividade do cuidado. Por vezes, essa disfunção vem acompanhada de um conjunto de políticas conservadoras de austeridade que reduzem substancialmente o financiamento dos sistemas de saúde.¹¹⁻¹⁴

No entanto, neste editorial, fala-se em crise global da APS e da MFC, e até o momento foram citados apenas os países mais ricos do Norte Global. Fato é que este debate chama a atenção por ocorrer nos países que servem como referência para a APS de países como o Brasil. Mas também é fato que as regiões mais vulneráveis, como o continente africano e boa parte da América Latina e Ásia, nunca viveram exatamente um ápice de seus sistemas de saúde e de sua APS e MFC. São regiões onde se observa sistematicamente um subfinanciamento das ações e serviços de saúde, uma precariedade dos serviços prestados à população e uma forte fragmentação do sistema de saúde. Na África, por exemplo, ainda predomina uma APS orientada à comunidade realizada por trabalhadores comunitários de saúde, frequentemente sem formação adequada e sem vínculo empregatício formal, com número muito reduzido de médicos, incluindo médicos especializados, e enfermeiros.^{15,16} É possível, portanto, dizer que tais regiões sempre vivenciaram uma APS em crise e, em certas situações, inexistente.

Um dos alertas que deve ser feito no enfrentamento dessa crise é a adoção de medidas simplificadas e baratas que prejudicam a abrangência de serviços ofertada pela APS.^{9,10,1-14} É comum no debate sobre a dificuldade de provisão de força de trabalho médica especializada na APS recorrer-se a alternativas substitutivas, incorporando-se outras categorias profissionais aos serviços. A presença destes profissionais per se não é um problema. Na verdade, a APS impacta mais na saúde da população ao contar com uma diversidade maior de profissionais que vão responder de maneira qualificada a distintas necessidades da população. O problema surge quando essa substituição é feita no sentido de precarizar ainda mais a APS, incorporando profissionais sem a qualificação desejada a custos reduzidos. Em locais muito vulneráveis, essas alternativas podem ser a única saída de curto e médio prazo. Contudo, é crucial estar

atento a movimentos governamentais que enfraquecem a provisão de serviços de saúde, muitas vezes camuflados por iniciativas de cobertura universal fragilizadas e focalizadas.

E quanto ao Brasil? O país tem tomado medidas interessantes nos últimos anos para enfrentar muitos dos desafios apresentados pelos países de alta renda que contribuíram para a construção da história do SUS. Conforme a Demografia Médica de 2023,¹⁷ a taxa atual de médicos em nível nacional é de 2,6/1000 habitantes, um aumento significativo em comparação a 1,63/1000 em 2010 e 0,94/1000 em 1980. No entanto, mesmo com esse crescimento relevante da força de trabalho médica nas últimas décadas, a distribuição ainda é muito desigual territorialmente e entre as especialidades médicas com maior demanda no SUS.

Quanto à MFC, ainda segundo a Demografia Médica de 2023,¹⁷ temos atualmente pouco mais de 11 mil especialistas em MFC no país, representando cerca de 2,3% da força de trabalho médica. Esse número é muito baixo, especialmente considerando-se que a MFC idealmente comporia uma APS de qualidade que ordenaria um SUS que hoje conta com pouco mais de 52 mil equipes de saúde da família e uma cobertura populacional de APS potencial de mais de 92%.¹⁸ No entanto, os dados de crescimento da especialidade em uma década são impressionantes: em 2012, o Brasil tinha 3.253 MFCs registrados, o que representa um crescimento de 246%, ficando atrás apenas da Medicina Legal [cujos números absolutos são muito inferiores à MFC].¹⁷

De certa forma, o vetor de desenvolvimento da APS no país parece ser agora mais favorável do que o observado nos países de alta renda. Isso é resultado de uma série de iniciativas, políticas e investimentos no fortalecimento da APS. Sem ser exaustivo, houve uma forte expansão da oferta de vagas de residência médica em MFC com financiamento do governo federal, incluindo vagas ofertadas por municípios;^{19,20} os programas de provimento, especialmente o Mais Médicos, colocaram na pauta política a expansão e qualificação da APS e MFC;²¹ municípios passaram a custear complementações de bolsa para os residentes de MFC, aproximando os valores recebidos aos dos médicos efetivos ou inseridos nos programas de provimento;²² aumentou o número de cursos e outras iniciativas educativas voltadas à APS e MFC;²³ a titulação em MFC (via residência médica ou prova de título) passou a ser diferencial na carreira médica para entrada em concursos ou oportunidade de empregos e bolsas; cresceu o espaço da MFC e da APS nas graduações médicas após a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais;²⁴ MFCs passaram a ocupar espaços de gestão, ensino e assistência com maior qualificação e atratividade; e a saúde suplementar viu aumentar o número e a escala de experiências de APS com a inserção da MFC.⁴ Enfim, nos últimos anos, criou-se um ambiente para a APS e a MFC que, dentre outros efeitos, tornou a área mais interessante e propício para a atração de um maior número de egressos das graduações médicas e para a procura de profissionais já alocados na APS pela titulação via SBMFC e AMB.

Evidentemente, há desafios nesse processo. Como já dito, o número de MFCs formados e em formação não é suficiente para atender à demanda. A saída aventada pela gestão federal de massificar o título de MFC ligado à participação do médico em programas de provimento²¹ irá rapidamente alterar esse panorama, caso se concretize, mas sem garantia de que a qualidade da APS vai aumentar na mesma proporção. O foco atual dos municípios nos programas de provimento beneficia a população no sentido de garantir provisão médica, mas coloca o desafio de se debater a carreira profissional do MFC recém-formado. As poucas evidências que ainda dispomos sugerem que a formação em nível de RM em MFC no país é heterogênea, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos.²² Os rendimentos dos MFCs no sistema público, embora não sejam os únicos determinantes da fixação profissional no SUS,²⁵ trazem o debate de como conter a migração dos MFCs egressos das residências médicas para a saúde

suplementar. E a qualidade da APS atestada, por exemplo, pela aplicação do PCATool na última Pesquisa Nacional de Saúde, merece maior consideração, pois não alcança os padrões mínimos esperados para uma APS adequadamente orientada por seus atributos essenciais e derivados.²⁶

Ou seja, o Brasil, dentro do que estamos chamando de crise global da APS e da MFC, pode vir a se destacar como uma exceção, trabalhando no sentido de alcançar níveis satisfatórios de acesso a serviços e profissionais adequadamente formados e valorizados pela população. Para isso, as políticas e o vetor de desenvolvimento da APS citados precisam não apenas ser mantidos, mas aprofundados. A massificação do acesso ao médico na APS é estratégia correta em nível nacional. E deve ser acompanhada por maior ênfase na qualidade do cuidado prestado, o que exigirá formação em MFC de qualidade, preferencialmente via residência médica, e evidentemente na formação de todos os profissionais inseridos na APS.

CONFLITO DE INTERESSES

TDS e LFF integram o corpo editorial da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, uma publicação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES:

Conceituação: TDS, APSCA, LFF. Redação preliminar: TDS, APSCA, LFF. Revisão: TDS.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever. Geneva: WHO; 2008. <https://iris.who.int/handle/10665/43949>
2. World Health Organization. Declaration of Astana. Geneva: WHO; 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>
3. Mendonça, CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! Ciênc Saúde Coletiva 2009;14:1493-7. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800022>
4. Costa LB, TMRL, Andrade ABJ, Praxedes BS, Mota TC, Santos AP. Atenção primária e saúde suplementar no Brasil: revisão integrativa. Cad ESP 2022;16(1):95-106. <https://doi.org/10.54620/cadesp.v16i1.584>
5. Norman AH. Estratégias que viabilizam o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Reino Unido. Rev Bras Med Fam Comunidade 2019;14(41):1945. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1945](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1945)
6. Razai MS, Majeed A. General Practice in England: the current crisis, opportunities, and challenges. J Ambul Care Manage 2022;45(2):135-39. <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000410>
7. Spooner S, van Marwijk H, Mcdermott I. GP crisis: how did things go so wrong, and what needs to change? [Internet] Conversation; 2023 [acessado em 17 dez. 2023]. Disponível em: <https://theconversation.com/gp-crisis-how-did-things-go-so-wrong-and-what-needs-to-change-208197>
8. Wilkinson E. The media's anti-GP agenda [Internet]. Pulse; 2021 [acessado em 17 dez. 2023]. Disponível em: <https://www.pulsetoday.co.uk/analysis/cover-feature/the-medias-anti-gp-agenda/>
9. Shahaed H, Glazier RH, Anderson M, Barbazza E, Bos VLLC, Saunes IS, et al. Primary care for all: lessons for Canada from peer countries with high primary care attachment. CMAJ 2023;195(47):E1628-36. <https://doi.org/10.1503/cmaj.221824>
10. Huffstetler A, Greiner A, Siddiqi A et al. Health is primary: charting a path to equity and sustainability [Internet]. Washington DC: Primary Care Collaborative; American Academy of Family Physicians (AAFP) Robert Graham Center; 2023 [acessado em 17 dez. 2023]. Disponível em: https://thepcc.org/sites/default/files/resources/pcc-evidence-report-2023.pdf?utm_source=bitly&utm_medium=link&utm_campaign=2023_evidence
11. Gunja MZ, Gumas ED, Williams II RD, Doty MM, Shah A, Fields K. Stressed out and burned out: the global primary care crisis. Findings from the 2022 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians. Commonwealth Fund; 2022. <https://doi.org/10.26099/j2ag-mx88>
12. Lawson E. The Global Primary Care Crisis. Br J Gen Pract. 2023;73(726):3. <https://doi.org/10.3399/bjgp23X731469>
13. Russo G, Perelman J, Zapata T, Šantrić-Miličević M. The layered crisis of the primary care medical workforce in the European region: what evidence do we need to identify causes and solutions? Hum Resour Health 2023;21(1):55. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00842-4>

14. Sinnott C, Dorban-Hall B, Dixon-Woods M. Tackling the crisis in general practice. *BMJ* 2023;381:p966. <https://doi.org/10.1136/bmj.p966>
15. Mash R, Howe A, Olayemi O, Makwero M, Ray S, Zerihun M, et al. Reflections on family medicine and primary healthcare in sub-Saharan Africa. *BMJ Global Health* 2018;3:e000662. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000662>
16. Bello K, De Lepeleire J, Kabinda MJ, Bosongo S, Dossou J-P, Waweru E, et al. The expanding movement of primary care physicians operating at the first line of healthcare delivery systems in sub-Saharan Africa: A scoping review. *PLoS ONE* 2001;16(10):e0258955. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258955>
17. Scheffer M, coord. *Demografia Médica no Brasil 2023*. São Paulo, SP: FMUSP, AMB; 2023.
18. eGestor. *Cobertura da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
19. Sarti TD, Fontenelle LF, Gusso GDF. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2018;13(40):1-5. [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1744](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1744)
20. Fontenelle LF, Permuy LB, Sesquim DL, Vetis MS. Oferta e ocupação de vagas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil, 2020. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2023;18(45):3637. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3637](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3637)
21. Cury GC, Fonseca AF. A retomada do Programa Mais Médicos em 2023. *Trab Educ Saúde* 2023;21:e02415229. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2415>
22. Leite APT, Correia IB, Chueiri PS, Sarti TD, Jantsch AG, Waquil AP, et al. Residência em Medicina de Família e Comunidade para a formação de recursos humanos: o que pensam gestores municipais? *Ciênc Saúde Coletiva* 2021;26(6):2119-30. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.47052020>
23. Lemos AF, Campos FE, Brito PQ, Nascimento EN, Oliveira VA. O desafio da oferta de cursos de especialização em atenção básica da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde aos profissionais dos programas de provimento. *Rev Bras Educ Med* 2019;43(1):136-46. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20180087>
24. Oliveira FP, Santos LMP, Shimizu HE. Programa Mais Médicos e Diretrizes Curriculares Nacionais: avanços e fortalecimento do sistema de saúde. *Trab Educ Saúde* 2019;17(1):e0018415. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00184>
25. Pfarrwaller E, Voirol L, Piumatti G, Karemera M, Sommer J, Gerbase MW, et al. Students' intentions to practice primary care are associated with their motives to become doctors: a longitudinal study. *BMC Med Educ* 2022;22(30). <https://doi.org/10.1186/s12909-021-03091-y>
26. Pinto LF, Quesada LA, D'Avila OP, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. Primary Care Assesment Tool: diferenças regionais a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Ciênc Saúde Coletiva* 2021;26(9):3965-79. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.10112021>