



Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil



Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil

Este estudo foi publicado sob a responsabilidade do Secretário-Geral da OCDE. As opiniões expressas e os argumentos utilizados nesta publicação não refletem necessariamente a posição da Organização nem dos Governos de seus países membros.

Este documento e qualquer mapa aqui incluído foi elaborado sem prejuízo do status ou soberania de qualquer território, da delimitação de limites e fronteiras internacionais e do nome do território, cidade ou área.

Os dados estatísticos para Israel são fornecidos por e sob a responsabilidade das autoridades israelenses. O uso desses dados pela OCDE é feito sem prejuízo das colinas de Golã, Jerusalém Oriental e assentamentos israelenses na Cisjordânia, nos termos do direito internacional.

Nota de rodapé da Turquia

As informações deste documento que mencionam “Chipre” referem-se à parte sul da ilha. Não existe uma única autoridade que represente ao mesmo tempo as populações cipriotas turcas e gregas na ilha. A Turquia reconhece a República Turca de Chipre do Norte (RT CN). Enquanto não houver uma solução duradoura e justa no âmbito das Nações Unidas, a Turquia manterá sua posição no que diz respeito à “questão de Chipre”.

Nota de rodapé de todos os Estados membros da União Europeia, da OCDE e da União Europeia

A República de Chipre é reconhecida por todos os membros das Nações Unidas com exceção da Turquia. As informações constantes deste documento referem-se à área sob controle efetivo do Governo da República de Chipre.

Por favor, cite esta publicação como:

OECD (2021), *Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil*, OECD Publishing, Paris,
<https://doi.org/10.1787/9bf007f4-pt>.

ISBN 978-92-64-58798-4 (impresso)

ISBN 978-92-64-55383-5 (pdf)

Fotografias: Capa: © MoH of Brazil.

As erratas das publicações da OCDE podem ser acessadas online em: www.oecd.org/about/publishing/corrigenda.htm.

© OCDE 2021

O uso do conteúdo do presente trabalho, tanto em formato digital quanto impresso, é regido pelos termos e condições seguintes: <http://www.oecd.org/termsandconditions>.

Apresentação

A atenção primária à saúde no Brasil possui uma abordagem bem-organizada, que é o resultado do compromisso sustentado com o oferecimento de atenção primária à saúde de alta qualidade para toda a população. A Estratégia Saúde da Família, lançada em 1994, tem sido um pilar fundamental dos esforços para reorganizar e fortalecer a atenção primária à saúde no país. Desde sua implementação, parcela crescente da população brasileira pôde se beneficiar do acesso gratuito aos serviços de saúde preventiva e de atenção primária baseados em uma abordagem centrada na comunidade. Extensa literatura de pesquisas acadêmicas forneceu evidências das principais contribuições da Estratégia Saúde da Família para a redução em quase 18 mortes por 1.000 nascimentos na taxa de mortalidade infantil observada entre 1990 e 2019 no Brasil. O programa também tem sido associado à redução da mortalidade e das hospitalizações por doenças crônicas. Estimativas recentes também mostram que a implementação da Estratégia Saúde da Família esteve associada à redução de 45% das taxas padronizadas de internação por 10.000 habitantes entre 2001 e 2016, principalmente por condições sensíveis à atenção primária, como asma, gastroenterite, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. No entanto, à medida que alguns desafios são superados, novos se aproximam. Com o envelhecimento da população brasileira, os fatores de risco populacional aumentam e as ameaças de novas pandemias exigem resiliência e adaptabilidade.

Muitas características do setor de atenção primária à saúde no Brasil merecem ser reconhecidas como exemplos para os países da OCDE, incluindo o uso de equipes multidisciplinares de atenção primária denominadas equipes de saúde da família e o uso extensivo de agentes comunitários de saúde, que são os profissionais da linha de frente da saúde pública. O país também implementou conjunto de reformas importantes para melhorar o acesso à atenção primária à saúde de alta qualidade nas últimas décadas, incluindo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e o Programa Mais Médicos (PMM).

No entanto, o Brasil ainda precisa enfrentar uma série de desafios. De modo mais crítico, apenas 65% da população brasileira é atendida por equipes de saúde da família e muitos pacientes ignoram os cuidados primários de saúde e procuram atendimento direto em especialidades ambulatoriais e hospitais, principalmente para condições que poderiam ser tratadas de modo mais eficiente no nível comunitário. A expansão da atenção primária à saúde também foi marcada por grandes disparidades entre estados e municípios, relacionadas principalmente à escassez de mão de obra e aos desequilíbrios na distribuição de médicos. Também houve aumento no número de pacientes idosos e prevalência crescente de doenças crônicas não transmissíveis – incluindo câncer, diabetes e hipertensão, que exigem prevenção eficaz, detecção precoce e tratamento. Por fim, embora o Brasil tenha longa história de desenvolvimento e investimento em redes, dados, interoperabilidade e habilidades, o avanço em direção ao uso eficaz de tecnologias digitais na atenção primária à saúde tem sido lento e fundamentalmente desigual.

A recente agenda de reforma do setor de atenção primária à saúde no Brasil – o programa Previne Brasil – tem metas ambiciosas para melhorar o acesso, promovendo atenção longitudinal e coordenada. Embora a atenção primária à saúde seja principalmente de responsabilidade dos municípios em um sistema de saúde descentralizado, serão necessárias supervisão e gestão mais fortes do governo federal,

coordenação regional e apoio dos governos estaduais para aprimorar o acesso e a qualidade, reduzindo, assim, as desigualdades. Além disso, como em poucos anos o programa irá celebrar seus 30 anos, o mesmo requer inovações para poder enfrentar os desafios dos próximos 30, com melhor uso da tecnologia digital e das competências, modelos modernos de cuidados integrados, além de medidas de desempenho e incentivos financeiros.

Esta avaliação foi elaborada pelo Secretariado da OCDE para se basear em provas e práticas recomendadas de todos os sistemas de saúde da OCDE para apoiar o Brasil no fortalecimento de seu setor de atenção primária à saúde e garantir que ele seja responsivo às mudanças nas necessidades das pessoas, podendo oferecer ações preventivas, contínuas e atendimento coordenado de modo uniforme em todo o país.

Agradecimentos

Este relatório foi conduzido e elaborado por Caroline Berchet e Frederico Guanais. Os outros autores foram Tiago Cravo Oliveira Hashiguchi, Gabriel Di Paolantonio, Cristian Herrera and Ece Ozcelik. Tom Raitzik Zonenschein e Angel Eugenio Benitez Collan contribuíram com assistência de pesquisa e Tom Raitzik Zonenschein realizou a revisão editorial da tradução para o português. Os autores também desejam agradecer a Mark Pearson e Francesca Colombo, da Diretoria de Emprego, Trabalho e Assuntos Sociais da OCDE, e a Arnold Jens, do Departamento de Economia. Agradecem também a Liv Gudmundson e a Lucy Hulett pela contribuição editorial, a Hannah Whybrow pela assistência administrativa e a Guillaume Haquin pelo apoio na administração de recursos. O primeiro Capítulo do relatório foi editado por Romy de Courtay. A conclusão deste relatório não teria sido possível sem o amplo apoio das autoridades brasileiras.

Este relatório e sua publicação conjunta “Estudos da OCDE sobre Sistemas de Saúde: Brasil 2021” se beneficiaram dos conhecimentos e materiais fornecidos por gestores e técnicos do setor público de saúde, profissionais de saúde, sociedade civil, setor privado, e outros especialistas em saúde, os quais a equipe da OCDE entrevistou durante uma missão de pesquisa virtual em fevereiro e março de 2021 e em teleconferências bilaterais.

Ambos os estudos gostariam de agradecer aos representantes do Ministério da Saúde, incluindo Ana Maria Cavalcante de Lima, Ana Maria Thomáz Maya Martins, Anna Carvalho, Anna Paula Hormes, Ariene Carmo, Camila Secundo, Carolina Palhares, Caroline Martins, Corah Prado, Dalila Tusset, Daniela Palma Araujo, Darcio Guedes, Dressiane Zanardi Pereira, Eduardo Augusto Fernandes Nilson, Eduardo David Gomes, Eduardo Nilson, Erika Almeida, Everton Macedo Silva, Gisele Bortolini, Graziela Tavares, Joao Ameno, João Batista Freitas, Karla Larica Wanderley, Katia Gomes, Ludimila Oliveira dos Santos, Ludimyla Rodrigues, Magali Cristini Casola Kumbier, Magali Kumbier, Márcia Elizabeth Marinho da Silva, Márcia Jovanovic, Maria Gerlivia de Melo Angelim, Marize Brasil, Marize Lima de Sousa Holanda Biazotto, Myrian Cruz, Olivia Lucena de Medeiros, Paloma Abelin Saldanha Marinho, Paula Sandreschi, Rebeca Carmo de Souza Cruz, Renata Gomes Soares, Rizoneide Gomes de Oliveira, Roseilton Santana Santos, Suzane Maria da Costa Araújo, Thais Coutinho de Oliveira, Vania Canuto e Wendel Rodrigo Teixeira Pimentel; representantes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, incluindo Freire Baeta, Paula Mendes, Renata de Moraes Souza, Ricardo Eccard da Silva, Rodrigo Martins de Vargas, Thalita Antony de Souza Lima e Tiago Lanius Rauber; Katia Audi, da Agência Nacional de Saúde Suplementar; Maria Angélica Borges dos Santos, da Fundação Oswaldo Cruz; Itamar Bento Claroe Renata Maciel, do Instituto Nacional do Câncer; Roseli Alves, do Ministério da Educação; Elis Viviane Hoffman, do Ministério da Cidadania; Carlos Vitor Müller, Eduardo Marcusso, Hugo Caruso e Nilton de Moraes, do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Luciana Mendes Santos Servo, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Os estudos também agradecem Aliadne Sousa, Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior, Eliana Maria Ribeiro Dourado, Everton Macêdo, Fernando Passos Cupertino de Barros, Heber Dobis Bernarde, Maria José Oliveira Evangelista, Nereu Henrique Mansano, René José Moreira dos Santos e Rita de Cássia Bertão Cataneli, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Blenda Pereira, Cristiane Martins Pantaleão, Diogo Demarchi, Marcela Alvarenga e Marizelia Leão Moreira, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Priscilla Viégas, do Conselho Nacional de Saúde;

Vinicius Guimarães, do Tribunal de Contas da União; Aline Pinto Guedes, André Tavares, Cristina Shimoda, Davi Iguatu, Fernanda Costa Nunes, Jairo Vinícius Pinto, Katiana Teléfora, Maristela da Costa Sousa e Suelen Letícia Gonçalo, de governos estaduais e municipais. Paula Johns e Luis Gustavo Kiatake forneceram perspectivas por parte da sociedade civil; e Alexandre Novachi, Anna Paula Alves, Laura Cury, Márcio Maciel, Marina Mantovani e Raquel Salgado forneceram perspectivas do setor empresarial. Demais conhecimentos inestimáveis foram obtidos ao longo de entrevistas com especialistas advindos da academia, think tanks e organizações internacionais, incluindo Adriano Massuda, Alexandre Lemgruber, André Médici, Daniel Soranz, Edson Araújo, Erno Harzheim, Fátima Marinho, James Macinko, Jonas Silveira, Márcia Rocha, Mário Dal Poz, Michael Duncan, Miguel Lago, Renato Tasca e Rudi Rocha.

A equipe responsável pelo presente estudo gostaria de agradecer em especial aos representantes de relações internacionais do Ministério da Saúde e, em particular, a Cristina Vieira Machado Alexandre, Marina Moreira Costa Pittella e Rafaela Beatriz Moreira Batista. A delegação brasileira junto às organizações econômicas internacionais em Paris, em especial Andrezza Brandão Barbosa e Gustavo Gerlach da Silva Ziemath providenciaram suporte para estes estudos. Ambos os estudos também se beneficiaram-se de comentários por parte das autoridades brasileiras e especialistas, os quais revisaram versões prévias.

Índice

Apresentação	3
Agradecimentos	5
Siglas e abreviações	11
Sumário executivo	13
1 Atenção Primária à Saúde no Brasil: Avaliação e recomendações	16
1.1. Aprimorando a qualidade e os resultados da atenção primária à saúde no Brasil	23
1.2. Rastreamento de doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil	26
1.3. Enfrentando os desafios da força de trabalho no setor de atenção primária à saúde	32
1.4. Promovendo a transformação digital da atenção primária à saúde no Brasil	36
Referências	39
2 Necessidades de atenção à saúde e organização da atenção primária à saúde no Brasil	42
2.1. Introdução	43
2.2. O contexto socioeconômico da APS no Brasil	43
2.3. Necessidades de atenção à saúde da população brasileira	49
2.4. Organização e estrutura do setor de APS	55
2.5. Conclusão	61
Referências	62
Observações	64
3 Rastreamento na atenção primária à saúde referente às principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil	65
3.1. Introdução	66
3.2. O câncer no Brasil é reconhecido como grande desafio para a saúde pública, mas muito pode ser feito em termos de prevenção na APS	67
3.3. O rastreamento de hipertensão e diabetes pode ser fortalecida ainda mais no nível da APS	84
3.4. Conclusão	96
Referências	96
4 Qualidade e resultados na atenção primária à saúde	103
4.1. Introdução	104
4.2. Reformas recentes na APS no Brasil	104

4.3. O Brasil implementou uma série de iniciativas para apoiar melhorias na qualidade do atendimento	113
4.4. Resultados associados à APS	120
4.5. Garantindo um dividendo de maior qualidade da APS no Brasil	127
4.6. Conclusão	137
Referências	138
Observações	143
5 Desafios da força de trabalho na atenção primária à saúde no Brasil	144
5.1. Introdução	145
5.2. Características da força de trabalho da APS do Brasil	145
5.3. A organização e qualidade da educação médica no Brasil	152
5.4. Melhorar a distribuição e disponibilidade de médicos da APS no Brasil	158
5.5. Aumentar o reconhecimento da especialidade da APS e garantir alta qualidade da educação médica	172
5.6. Conclusão	177
Referências	178
6 A transformação digital da atenção primária à saúde no Brasil	184
6.1. Introdução	185
6.2. Progresso geral na digitalização do sistema de saúde, mas menos na digitalização da APS	185
6.3. As divisões digitais representam barreiras para uma APS digital eficaz	196
6.4. Estrutura de governança adequada para fornecer uma APS digital	202
6.5. Conclusão	208
Referências	208
Observações	212
FIGURAS	
Imagem 2.1. Desigualdades socioeconômicas entre as regiões, 2019	44
Imagem 2.2. Gastos com APS como uma parte dos atuais gastos com saúde, 2019 ou ano mais próximo	49
Imagem 2.3. A expectativa de vida ao nascer no Brasil aumentou nas últimas décadas	50
Imagem 2.4. Parte da população com mais de 65 anos, 2000 e 2019	51
Imagem 2.5. Alterações nas taxas de sobrepeso em adultos entre 2016 e 2006	51
Imagem 2.6. Aumento da glicemia em jejum entre adultos no Brasil e OCDE, 2004 e 2014	52
Imagem 2.7. Parcela de internações hospitalares devido a doenças que poderiam ser tratadas na APS, população com 60 anos ou mais por região, 2019	53
Imagem 2.8. Evolução da taxa de mortalidade por COVID-19 no Brasil e em países selecionados da OCDE entre março de 2020 e 31 de outubro de 2021	54
Imagem 2.9. O número de Equipes de Saúde da Família aumentou quase 40% na última década	57
Imagem 2.10. Médicos por 1.000 habitantes, 2009 e 2019 (ou último ano disponível)	60
Imagem 3.1. Principais causas de mortalidade no Brasil e na OCDE, 2019	66
Imagem 3.2. Total da incidência de câncer no Brasil e países da OCDE, 2020 (estimado)	67
Imagem 3.3. Mortalidade por câncer no Brasil e países da OCDE, 2009 e 2019 (ou último ano disponível)	68
Imagem 3.4. Principais causas de mortalidade por câncer por gênero no Brasil e países da OCDE em 2019 (ou ano mais próximo)	69
Imagem 3.5. Cobertura do rastreamento de câncer de mama no Brasil e países da OCDE, 2013 e 2019	72
Imagem 3.6. Disponibilidade de mamógrafos no Brasil e países da OCDE, 2019 (ou último ano disponível)	73
Imagem 3.7. Rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil e OCDE, 2013 e 2019	74
Imagem 3.8. Mortalidade por câncer de mama no Brasil e países da OCDE, 2008 e 2019	75
Imagem 3.9. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil e países da OCDE, 2008 e 2019	76
Imagem 3.10. Cobertura vacinal do papilomavírus humano no Brasil e em países da OCDE, 2018	77
Imagem 3.11. Aumento da pressão arterial entre adultos no Brasil e países da OCDE, 2005 e 2015	84

Imagem 3.12. Internação hospitalar por hipertensão no Brasil e em países da OCDE, 2019 (ou último disponível)	85
Imagem 3.13. Aumento da glicemia em jejum entre adultos no Brasil e OCDE, 2004 e 2014	86
Imagem 3.14. Internação hospitalar por diabetes de adultos no Brasil e OCDE, 2019 (ou ano mais próximo)	86
Imagem 3.15. Mortalidade por diabetes no Brasil e países da OCDE, 2007 e 2019	87
Imagem 3.16. Itinerário terapêutico <i>NHS RightCare: Diabetes</i> (Inglaterra), tabela de resumo	93
Imagem 4.1. O número de pessoas cadastradas em uma eSF aumentou desde 2018	110
Imagem 4.2. Taxas de vacinação para difteria, toxóide tetânico e coqueluche (DTP3), crianças com cerca de 1 ano de idade, 2000 e 2018 (ou último ano disponível)	120
Imagem 4.3. Cobertura de triagem de câncer de mama no Brasil e em países da OCDE, 2013 e 2019 (ou último ano disponível)	121
Imagem 4.4. Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e admissão hospitalar com hipertensão em adultos, 2009 e 2019 (ou último ano disponível)	122
Imagem 4.5. Parcela de internações de residentes por condições sensíveis à APS, população com 60 anos ou mais por região, 2019	123
Imagem 4.6. Parcela de pacientes com diabetes com nível de hemoglobina controlado, 2020 (Q3)	124
Imagem 4.7. Historicamente, a APS tem oferecido um baixo fornecimento de procedimentos	125
Imagem 4.8. Os usuários do SUS relatam consistentemente menos experiências de pacientes com APS do que usuários privados, 2013	126
Imagem 4.9. Programa Nacional de Indicadores de Qualidade na Atenção à Saúde Comunitária	131
Imagem 4.10. Exemplo de uma inspeção CQC em uma cirurgia de Clínica Geral	134
Imagem 5.1. Médicos por 1.000 habitantes, 2009 e 2019 (ou último ano disponível)	146
Imagem 5.2. Densidade da medicina familiar e comunitária no Brasil por estados, 2018	147
Imagem 5.3. Distribuição de especialistas de família e comunidade por regiões, 2018	147
Imagem 5.4. Enfermeiros por 1.000 habitantes, 2009 e 2019 (ou último ano disponível)	148
Imagem 5.5. Proporção de enfermeiras para médicos, 2009 e 2019 (ou último ano disponível)	149
Imagem 5.6. Número de agentes comunitários de saúde por regiões	150
Imagem 5.7. Escolas médicas e cargos por regiões, 2020	153
Imagem 5.8. Distribuição das escolas médicas públicas e privadas no Brasil, 2018	154
Imagem 6.1. Desigualdades muito grandes no uso de sistemas RES em unidades de APS	191
Imagem 6.2. Mais brasileiros estão buscando informações sobre saúde online	197
Imagem 6.3. Existem diferenças digitais importantes no acesso à Internet em casa	198
Imagem 6.4. Os telefones celulares são o único meio de acesso à Internet para grupos mais vulneráveis	200

TABELAS

Tabela 1.1. Indicadores-chave de desempenho do Brasil e na OCDE, 2019 (ou ano mais próximo)	18
Tabela 2.1. Objetivos do PNS 2020-23 na área de APS	45
Tabela 2.2. Equipes de APS no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES, 2020	57
Tabela 2.3. Distribuição de especialidades médicas selecionadas por região, 2018	60
Tabela 3.1. Idade alvo e periodicidade do rastreamento do câncer do colo do útero em países da OCDE, 2019	70
Tabela 3.2. Idade alvo dos programas de rastreamento de câncer de mama, 2018/19	71
Tabela 3.3. Tendências de sobrevivência do câncer de mama, colo do útero, cólon e pulmão no Brasil e na OCDE	76
Tabela 3.4. Recomendações selecionadas para rastreamento de pressão alta	91
Tabela 3.5. Recomendações selecionadas para rastreamento de diabetes tipo 2	91
Tabela 4.1. Incentivos para ações estratégicas no Brasil, 2020	109
Tabela 4.2. Exemplos de políticas introduzidas no Brasil para manter a continuidade do atendimento para todos os pacientes durante a pandemia	112
Tabela 4.3. Metas e pesos atribuídos para cada indicador de desempenho, 2020	117
Tabela 4.4. Pontuação média geral da APS (valor de 0 a 10) dependendo das características individuais	126
Tabela 4.5. Exemplos de indicadores recolhidos em Portugal	129
Tabela 4.6. Resultados de desempenho a nível nacional para indicadores selecionados, 2017-19	131
Tabela 4.7. Novas formas de pagamento para APS em toda a OCDE	135
Tabela 5.1. O programa <i>Médicos pelo Brasil tem maior foco na qualidade</i>	164

Acompanhe as publicações da OCDE por:



http://twitter.com/OECD_Pubs



<http://www.facebook.com/OECDPublications>



<http://www.linkedin.com/groups/OECD-Publications-4645871>



<http://www.youtube.com/oecdlibrary>



<http://www.oecd.org/oecdirect/>

Siglas e abreviações

ACS	Agente comunitário de saúde
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
ALC	América Latina e Caribe
ALM	Avaliação de Licenciamento Médico
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
APS	Atenção primária à saúde
CAD	Dólar canadense
CaSAPS	Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CG	Clínico Geral
CGTIC	Comitê de Governança de Tecnologia da Informação e Comunicação
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CME	Educação Médica Continuada
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CQA	Comissão de Qualidade de Atendimento
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
DGMP	DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento
DNT	Doença não transmissível
DPC	Diretriz de prática clínica
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
ESD 28	Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FBG	Glicemia de jejum
GESAC	Governo Eletrônico – Serviço de Atendimento ao Cidadão
HAS	Hipertensão arterial sistólica
HPV	Papilomavírus humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Comissão Federal de Comunicações
IMC	Índice de massa corporal
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas

MCTIC	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações
MFC	Medicina de família e comunidade
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NHS	National Health Service
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
P4P	Pagamento por desempenho
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAPS	Planificação da Atenção Primária à Saúde
PaRIS	Pesquisas de Indicadores Relatados por Pacientes
PCAT	Ferramenta de avaliação da atenção primária à saúde
PEP	Prontuário eletrônico do paciente
PLAB	Conselho de Avaliação Profissional e Linguística
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
QICH	Programa Nacional de Indicadores de Qualidade no Serviço de Saúde da Comunidade
R\$	Real
RAS	Redes de atenção à saúde
RCS	Escola Clínica Rural
RNDS	Rede Nacional de Dados em Saúde
RNP	Rede Nacional de Ensino e Pesquisa
RUTE	Rede Universitária de Telemedicina
SAEM	Sistema de Avaliação das Escolas Municipais
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo de Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama
SMART	Sistema de Monitoramento e Avaliação de Resultados do Programa Telessaúde
SOBRAMFA	Sociedade Brasileira de Medicina de Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCBD	Tomografia computadorizada de baixa dose
TIC	Tecnologias da informação e comunicação
UBS	Unidades básicas de saúde
US\$	Dólar Norte-Americano

Sumário executivo

A introdução do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 foi uma grande conquista para o Brasil, aumentando o acesso aos serviços de saúde e reduzindo as desigualdades em saúde. A implantação da Estratégia de Saúde da Família, iniciada em 1994 e voltada para a reorganização e fortalecimento da atenção primária à saúde, tem sido componente fundamental para esse sucesso. Desde a sua implantação, a população brasileira pôde se beneficiar do acesso gratuito aos serviços preventivos e de atenção básica prestados por equipes de saúde da família (eSFs) multidisciplinares. Nas últimas duas décadas, as reformas buscaram reequilibrar a prestação de serviços para se distanciar de um sistema de saúde que era historicamente muito centrado em hospitais. Notoriamente, elas têm se concentrado no desenvolvimento de modelos modernos de atenção, introduzindo gama de iniciativas e ferramentas de qualidade para monitorar as atividades e a qualidade do atendimento. A expansão da Estratégia Saúde da Família contribuiu para melhorias mensuráveis em termos de taxas de mortalidade infantil, saúde materna, vacinação e hospitalização evitável por doenças crônicas. A expectativa de vida ao nascer aumentou 5,7 anos, de 70,2 anos em 2000 para 75,9 anos em 2019. A taxa de mortalidade infantil diminuiu em 60%, de 30,3 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2000 para 12,4 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2019. A implementação da Estratégia Saúde da Família esteve associada à redução de 45% das taxas de internação por 10.000 habitantes entre 2001 e 2016, principalmente por condições sensíveis à atenção primária como asma, gastroenterite, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. O Brasil também prioriza os gastos com atenção primária à saúde. Em 2019, foram destinados cerca de 16% de recursos financeiros à atenção primária à saúde, semelhante aos países da OCDE.

Apesar desse progresso, os principais indicadores sugerem que a atenção primária à saúde no Brasil não está funcionando com tanta eficiência. O país enfrenta um duplo desafio com um sistema de atenção primária à saúde com desigualdades ainda marcantes no acesso e na qualidade da atenção, e com grave escassez de força de trabalho. A carga crescente de doenças crônicas não transmissíveis associada à expansão da exposição a fatores de risco e ao rápido envelhecimento da população agravará os desafios existentes. Nesse contexto, o presente Estudo identifica a margem para o Brasil construir um sistema de atenção primária à saúde mais forte e fortalecer as políticas e práticas existentes para aprimorar o acesso e a qualidade do atendimento. Ele oferece análise aprofundada de quatro áreas prioritárias: rastreamento e prevenção para as principais doenças crônicas não transmissíveis, qualidade da prestação de atenção primária à saúde, escassez de mão de obra e transformação digital da atenção primária à saúde no Brasil.

No Brasil, alguns tipos de câncer, hipertensão e diabetes possuem **estratégias de rastreamento e prevenção**; no entanto, há mais a ser feito para melhorar a profundidade e a abrangência dessas estratégias. O rastreio do câncer de mama e do colo de útero é oportunístico e não ocorre dentro de um programa baseado na população concebido e gerido a nível federal. Isso contribui para uma cobertura baixa e desigual de exames preventivos. Embora o rastreamento do câncer de mama entre o grupo-alvo de mulheres entre 50 e 69 anos de idade tenha aumentado de 15,2% para 24,2% entre 2014 e 2019, ele está abaixo de todos os países da OCDE e bem abaixo da média de 58% em 2019. Ao mesmo tempo, a mortalidade por câncer de mama e de colo do útero permanece alta e tem aumentado nas últimas décadas, sinalizando deficiências em termos de prevenção, detecção precoce e tratamento em estágios iniciais. Entre 2008 e 2019, a mortalidade por câncer de mama aumentou de 19,2 para 20,8 mortes por

100.000 mulheres no Brasil, em comparação com uma redução nos países da OCDE. O Brasil deve, portanto, implementar estratégia nacional forte para a prevenção e rastreamento do câncer, principalmente mudando para programas de base populacional, com abordagem personalizada para convidar as populações-alvo. O aprimoramento dos sistemas de dados e a alfabetização em saúde são estratégias complementares que não devem ser subestimadas para estimular a maior prevenção e rastreamento do câncer. Quanto ao rastreamento de hipertensão e diabetes, o Brasil deve desenvolver ainda mais os itinerários terapêuticos com perspectiva centrada nas pessoas, integrando todos os profissionais de saúde em diferentes setores. As equipes de saúde da família precisarão ter as ferramentas, as capacidades e os incentivos adequados para assumir essas responsabilidades.

Também há deficiências evidentes quanto ao acesso à **atenção primária à saúde de alta qualidade**. De modo crítico, apenas 65% da população é atendida pelas eSFs e muitos pacientes ignoram os cuidados primários de saúde e procuram atendimento direto em especialidades ambulatoriais e hospitalares. Isso fornece forte argumento para fortalecer os meios de controle no Brasil através de sistema de registro sistemático nas eSFs, o qual controlará e orientará o paciente para o atendimento especializado. Ao mesmo tempo, o governo federal precisará desempenhar papel mais prescritivo para fortalecer a integralidade da atenção primária à saúde de modo uniforme em todo o país. Para incorporar gama maior de atividades e intervenções eficazes nas ESFs, será fundamental garantir que todos os municípios sejam capazes de realizar ações e serviços de forma adequada. A introdução de incentivos econômicos, juntamente com programa educacional apropriado em prevenção, detecção e tratamento, são as principais abordagens a serem consideradas. Além disso, há várias oportunidades para ampliar ainda mais estratégias de qualidade para a atenção primária à saúde. É necessário dar atenção especial à transparência e à coleta de dados de desempenho mais abundantes. Um sistema de avaliação robusto que se aplicaria de modo uniforme em todo o país poderia ajudar a padronizar a qualidade da atenção primária à saúde e a identificar áreas que podem exigir maior suporte financeiro e organizacional. Por exemplo, a nova Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde poderia atuar como uma inspetoria da atenção primária à saúde para fornecer verificação independente e externa de que os padrões estão sendo cumpridos, identificar boas práticas e dar suporte a centros mais deficientes para melhorar seus padrões.

Quando se trata de **desafios para a força de trabalho**, o setor de atenção primária do Brasil enfrenta aguda escassez e desequilíbrio na distribuição de médicos de atenção primária com um gradiente Norte-Sul, onde as regiões Norte e Nordeste apresentam densidade menor de médicos. Além disso, pouca atenção foi dedicada à criação de sólida credibilidade da especialidade de atenção primária à saúde e à promoção da qualidade da força de trabalho. Em 2018, apenas 5.486 médicos tinham formação na especialidade em medicina de família e comunidade, o que representa 1,4% do total de especialistas no Brasil. No futuro, o Brasil precisará implementar planejamento coerente da força de trabalho, o que atualmente não é realizado, com base na avaliação objetiva das necessidades presentes e futuras para gerir os recursos humanos de saúde. Paralelamente,, o Brasil poderia examinar as experiências dos países da OCDE para treinar mais médicos rurais e fornecer incentivos financeiros salariais e não salariais vinculados à obrigação de prestar serviços específicos em retorno. O Brasil deve tomar medidas para expandir o papel dos enfermeiros e dos agentes comunitários de saúde e explorar o potencial da delegação de tarefas. Do ponto de vista mais crítico, talvez haja oportunidades para tornar obrigatório o treinamento em especialidade de atenção primária à saúde a todos os médicos que desejam exercer a atenção primária à saúde e para implementar requisitos mais rígidos em torno da educação médica continuada.

O caráter descentralizado do governo brasileiro cria desafios para a digitalização da atenção primária à saúde. O Brasil deu passos largos em direção à **transformação digital** da atenção primária à saúde, com base em mais de uma década de políticas para digitalizar a atenção à saúde e fazer melhor uso dos dados de saúde, com investimentos importantes em redes, dados, interoperabilidade e habilidades. No entanto, o progresso em direção ao uso eficaz da atenção primária à saúde digital tem sido lento e

fundamentalmente inconstante, com desigualdades significativas no uso de tecnologias e de ferramentas digitais entre os trabalhadores da saúde e os cidadãos. Em 2019, cerca de 78% das unidades de APS tinham sistemas de prontuário eletrônico do paciente (PEP). A adoção de sistemas de PEP foi maior nas regiões Sul e Sudeste (em 90% e 83% das instalações nessas regiões, respectivamente) em comparação com as regiões Nordeste e Norte (77% e 74%, respectivamente). Outras barreiras importantes incluem as capacidades humanas e técnicas nos municípios, com possíveis deseconomias de escala resultantes da definição de responsabilidades pela saúde digital no nível municipal. Enfrentar esses desafios requer a digitalização de todas as unidades e equipes de atenção primária à saúde, ao mesmo tempo que se promove a conectividade inclusiva para todos os cidadãos brasileiros, principalmente os mais vulneráveis. O Brasil também deve considerar o estabelecimento de estrutura de governança com mandatos claros e bem financiados nos níveis certos de governo.

Em todas essas áreas, há espaço para fortalecer a supervisão do governo federal, além da coordenação regional e do apoio dos governos estaduais. Mecanismos de coordenação melhores e mais sólidos entre níveis de governo têm o potencial de diminuir as desigualdades regionais e preparar o sistema de saúde contra choques sistêmicos, como o observado na pandemia de COVID-19. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem grandes aspirações desde sua introdução pela Constituição Federal de 1988, fruto da mobilização de toda a sociedade. A atenção primária à saúde tem sido a pedra fundamental da ampliação da cobertura de saúde desde o início do SUS. A continuação do fortalecimento e da modernização da atenção primária à saúde ainda é a alavanca essencial para que o sistema de saúde brasileiro perceba seu potencial de alcançar efetivamente a cobertura universal de serviços de alta qualidade para todos os brasileiros.

1 **Atenção Primária à Saúde no Brasil: Avaliação e recomendações**

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil possui enfoque bem organizado, resultado de compromisso contínuo em fornecer a APS de alta qualidade para toda a população e associado a um conjunto abrangente de políticas destinadas a modernizar e a fortalecer a APS. No entanto, diversos desafios fundamentais persistem, incluindo a crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, grandes disparidades entre regiões no acesso e qualidade da APS, e utilização baixa e desigual das tecnologias digitais. Este capítulo apresenta um resumo das avaliações e recomendações sobre o sistema de APS brasileiro e como aprimorá-lo. São considerados quatro tópicos de forma detalhada: rastreamento e prevenção das principais doenças crônicas não transmissíveis, melhorias de qualidade nos serviços de APS, combate à escassez de mão de obra e promoção da transformação digital da APS no Brasil.

O Brasil tem um sistema de atenção primária à saúde (APS) que funciona relativamente bem e é bem-organizado, resultado do compromisso contínuo de fornecer APS de alta qualidade para toda a população. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), um dos maiores programas de APS de base comunitária do mundo, ampliou com sucesso a cobertura populacional e melhorou os principais desfechos de saúde. Desde o lançamento da estratégia em 1994, a população brasileira tem acesso gratuito aos serviços preventivos e de APS, prestados por equipes multidisciplinares da ESF. A expansão da ESF contribuiu para melhorias mensuráveis nas taxas de mortalidade infantil, saúde materna, adesão à imunização e hospitalização evitável por doenças crônicas. Por exemplo, as taxas de mortalidade infantil diminuíram de 30,3 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2000 para 12,4 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2019. A expectativa de vida ao nascer aumentou 5,7 anos entre 2000 e 2019, de 70,2 anos para 75,9 anos. Além disso, lançado em 2011, o programa Requalifica USB possibilitou um grande investimento público para expandir o abastecimento e o equipamento das unidades de APS. Ainda hoje, o investimento em APS é de alta prioridade para o governo federal: em 2020, foi destinado um orçamento de R\$ 20,9 bilhões (reais) à APS (US\$ 3,8 bilhões), ante R\$ 17,5 bilhões em 2019 (US\$ 3,2 bilhões) (CONASEMS, 2020^[1]). No contexto da pandemia de COVID-19, o governo federal forneceu assistência financeira e organizacional pontual para que as equipes de saúde da família (eSF) tratassem de casos de COVID-19 e de pacientes que não contraíram a COVID-19. Isso incluiu, por exemplo, o desenvolvimento de centros de atendimento especiais para a COVID-19, o desenvolvimento de padrões de segurança e protocolos para o tratamento de pacientes de alto risco.

Apesar do progresso, desafios importantes se apresentam para o Brasil. Apenas 65% da população é coberta pela ESF. Muitos pacientes ignoram a APS, procurando atendimento direto em clínicas ambulatoriais especializadas e hospitais, principalmente para condições que poderiam ser tratadas com mais eficiência no nível comunitário. Em parte, isso é resultado de desafios estruturais que tornam difícil para as eSF de alguns municípios cumprirem as funções de APS. Tradicionalmente, a APS realiza poucos procedimentos e cirurgias de baixa complexidade. Além disso, a expansão da APS foi marcada por grandes disparidades entre regiões e municípios. Os municípios mais vulneráveis e remotos das regiões Norte e Nordeste apresentam, de forma consistente, desfechos de saúde piores e qualidade em atenção à saúde inferior à média nacional. A proporção de internações por condições que poderiam ser tratadas de forma mais eficaz no âmbito da APS varia de 24% na região Sul a 40% na região Norte. Essas diferenças decorrem em parte da escassez de mão de obra e das disparidades na distribuição de médicos em áreas rurais e remotas. Além de o Brasil ter poucos médicos de APS, eles também estão altamente concentrados nas regiões Sul e Sudeste. Por último, mas não menos importante, como em todos os países da OCDE, o Brasil está enfrentando aumento no número de pacientes idosos e uma prevalência crescente de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo câncer, diabetes e hipertensão (Quadro 1.1). Tais questões demandam trabalho de prevenção mais eficaz e uma APS mais robusta para administrar a evolução das necessidades de saúde e garantir uma população saudável e ativa em todo o país.

Quadro 1.1. Características-chave do setor de atenção primária à saúde no Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, instituído em 1990, após a promulgação da nova Constituição Federal brasileira, é descentralizado. O Ministério da Saúde é responsável pela administração central do sistema de saúde e **os 5.570 municípios são responsáveis pela organização, administração e fornecimento de serviços de APS**. Com financiamento da União, os municípios possuem liberdade para contratar membros de eSFs de acordo com as necessidades da população e de suas características geográficas.

O governo federal financia um terço dos custos totais da APS (33%), sendo o restante predominantemente financiado pelos municípios (61%). A participação dos estados é a menor. **O Brasil dedicou cerca de 16,3% do gasto corrente em saúde para a APS**, parcela ligeiramente inferior à média da OCDE (16,6%).

O SUS oferece serviços preventivos e de APS de forma gratuita à população. O setor privado atua de forma suplementar, em que planos de saúde oferecem, principalmente, serviços hospitalares e de cuidados especializados, embora planos de saúde privados tenham começado a oferecer acesso a médicos de família.

Equipes de saúde da família multidisciplinares são responsáveis pelo fornecimento de APS. Cada eSF possui uma área geográfica designada que cobre até 4.000 pessoas localizadas em áreas não sobrepostas. As eSFs são responsáveis pelo registro de cada família em sua área geográfica. Até 2019, havia 43.234 eSFs no Brasil. A eSF inclui médicos, enfermeiros e até 12 agentes comunitários de saúde. Outros funcionários de APS podem fornecer suporte adicional, a depender das necessidades locais.

Espera-se que as eSFs sejam o ponto inicial de contato de pacientes que possuam novas necessidades de saúde, embora ela não funcione como porta de entrada e coordenação do cuidado e muitos brasileiros possuem acesso direto a especialidades ambulatoriais e hospitais. Ademais, apenas 65% dos brasileiros estão atualmente registrados em uma eSF.

Tabela 1.1. Indicadores-chave de desempenho do Brasil e na OCDE, 2019 (ou ano mais próximo)

	Brasil	Média da OCDE
Gasto em APS (% do gasto atual em saúde)	16,3%	16,6%
Médicos (por 1000 hab)	2,3	3,5
Enfermeiros (por 1000 hab)	8	9,1
Expectativa de vida ao nascer (anos)	75,9 anos	81 anos
Mortalidade infantil (mortes por 1.000 nascidos vivos)	12,4	4,2
Tabagismo (fumantes diários, %população com 15+ anos)	9,8%	16,5%
Álcool (litros consumidos per capita, população com 15+ anos de idade)	6,1	8,7
Prevalência de sobrepeso (padronizado em relação à idade, %)	56,5%	58,4%
Pressão arterial elevada (% da população)	23,3%	20,8%
Elevação da glicemia em jejum (% da população)	8,3%	6,7%
Taxa de vacinação para DTP3 (% das crianças)	83%	94,8%
Rastreio de câncer de mama (% das mulheres entre 50 e 59 anos)	24%	58%
Rastreio de câncer do colo do útero (% das mulheres de 20 a 69 anos)	37%	59%
Admissões em hospital por ICC (hipertensão taxas padronizadas por sexo e idade)	167 por 100.000 hab	301 por 100.000 hab
Admissões em hospital por diabetes (taxas padronizadas por sexo e idade)	92 por 100.000 hab	130 por 100.000 hab

Em 2020, havia cerca de 60.000 médicos trabalhando na APS, além de 50.000 enfermeiros e 35.000 dentistas em exercício no Brasil. A densidade de médicos em exercício por 1.000 habitantes em 2019

foi menor quando comparada à média da OCDE, 2,3 em comparação a 3,5. Embora a especialidade de medicina de família e comunidade fora introduzida como especialidade clínica e licenciada, a APS é, em sua maioria, fornecida por médicos que não possuem qualquer especialidade ou por médicos com uma especialidade em clínica médica. Em 2018, apenas 5.486 médicos possuíam treinamento na especialidade de medicina de família e comunidade (1,4% do total de especialistas).

Há clara disparidade na concentração de médicos em diferentes regiões e estados, e também entre capitais estaduais e outras partes de seus respectivos estados. O Sudeste é a região com a maior densidade de médicos por morador (com 2,81 por 1.000 habitantes), contra 1,16 por 1.000 habitantes na região Norte e 1,41 na região Nordeste.

Diante desses desafios significativos, o Brasil introduziu pacote abrangente de políticas para modernizar e fortalecer a APS. Implementado em 2013, o Programa Mais Médicos (PMM) é considerado a maior iniciativa governamental mundial de recrutamento de médicos nacionais e estrangeiros para trabalhar na APS em municípios que enfrentam dificuldades de recrutamento e retenção desses profissionais. Até novembro de 2020, o PMM era responsável pela presença de 16.426 médicos em 3.837 municípios brasileiros. O programa também produziu resultados positivos em termos de investimento em instalações de APS, disponibilidade de médicos e desfechos de saúde (Hone et al., 2020^[2]; Netto et al., 2018^[3]).

As reformas também se concentraram no desenvolvimento de novos modelos de atenção, principalmente por meio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), que funciona com equipes multidisciplinares integradas que prestam amplo leque de serviços à comunidade. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) têm sido desenvolvidas para integrar a atenção à saúde em diferentes setores e melhorar a atenção centrada nos pacientes no país. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) tem sido importante ferramenta para monitorar e aprimorar o desempenho de unidades de APS. Por fim, o programa Previne Brasil, lançado em 2019, estabeleceu metas ambiciosas, como a introdução de novo esquema de financiamento baseado em modelo de capitação ponderada, componente de pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas. O pagamento por capitação ponderada e o sistema de registro de pacientes associados são medidas bem-vindas para que se tenha melhor panorama das necessidades de saúde da população.

O programa Previne Brasil tem o potencial de melhorar o acesso à APS e promover cuidados extensos e coordenados, reduzindo também as desigualdades entre as regiões. Mas, o Brasil ainda tem um caminho a percorrer antes que os frutos dessa reforma sejam realmente sentidos em todo o sistema de APS. Em primeiro lugar, o país deve enfrentar diversos desafios que persistem em todo o setor de APS:

- A ambiciosa agenda de reformas do Brasil deve ser acompanhada por uma liderança de coordenação central mais forte, com foco na melhoria da qualidade da atenção à saúde e no apoio aos municípios mais vulneráveis. Os órgãos do governo federal podem precisar desempenhar papel mais importante a esse respeito, já que os municípios mais carentes possuem infraestruturas mais fracas e capacidades reduzidas para prestar atendimento quando comparados às áreas de melhor desempenho. Ao mesmo tempo, o Brasil precisa apoiar o monitoramento e a melhoria da qualidade dos serviços prestados, por meio de mecanismos adequados para garantir a implantação em todos os níveis municipais; essas melhorias irão requerer colaboração e coordenação intergovernamental.
- O Brasil deve reconhecer explicitamente o papel central da ESF na prevenção, tratamento e gerenciamento de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão. A capacidade de os pacientes acessarem cuidados especializados sem consulta prévia com uma eSF sugere que o potencial da APS para liderar a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e acompanhamento não está sendo cumprido.
- Algumas estratégias-chave de qualidade estão subdesenvolvidas ou ausentes do setor de APS do Brasil, incluindo o estabelecimento de requisitos para credenciamento, educação médica

continuada (EMC) e conformidade com as diretrizes clínicas. Atualmente, os sistemas de financiamento recompensam apenas superficialmente as melhorias na qualidade do atendimento. De modo geral, o Brasil carece de sistema de apoio para garantir melhoria contínua da qualidade da atenção, nos aspectos relacionados às equipes de ou das unidades de saúde.

- Apesar da existência de inúmeras fontes de dados, os sistemas de informação de saúde do Brasil são insuficientes para fornecer quadro completo da eficiência e segurança da APS. A maioria dos indicadores se referem a entradas e processos, como número de eSF, pessoas cadastradas em eSF, agentes comunitários de saúde ou gestantes em atendimento pré-natal. Em relação ao atendimento oncológico, não existe sistema integrado de informação baseado em cadastro que permita avaliar a eficiência dos protocolos atuais de rastreamento e de tratamento do câncer.
- Pouca atenção tem sido dedicada a aumentar a credibilidade e o reconhecimento da especialidade da APS, e à promoção da qualidade da força de trabalho. Dentro da APS, a especialidade de medicina da família e comunidade (MFC) é uma das mais preteridas entre os médicos. Além disso, a distribuição geográfica dos médicos é desigual, com escassez aguda de mão de obra nas áreas rurais e remotas.
- O Brasil fez avanços significativos na construção de uma base para a APS digital, incluindo investimentos essenciais em redes, dados, interoperabilidade e aptidões. No entanto, o progresso na implementação de tecnologias digitais na APS tem sido lento e profundamente desigual em todo o país.

Este capítulo faz avaliação detalhada do sistema de APS do Brasil e propõe conjunto de recomendações para melhorá-lo. Ele considera quatro tópicos: 1) melhorar a qualidade da oferta de APS, 2) aumentar o rastreamento e prevenção das principais doenças crônicas não transmissíveis, 3) solucionar a escassez de mão de obra e 4) avançar na transformação digital da APS no Brasil.

Recomendações de políticas públicas para melhorar a atenção primária à saúde no Brasil

Aprimorar a qualidade da provisão de APS

- Fortalecer o sistema de filtragem de dados com cadastramento sistemático de pacientes nas eSFs, que orientam os pacientes para atendimento especializado conforme a necessidade por meio de sistema de encaminhamento.
- Incentivar a maior abrangência da APS, garantindo que todos os municípios tenham condições de realizar as ações e serviços de atenção à saúde definidos na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde e estimular o cumprimento das diretrizes clínicas. Os incentivos financeiros poderiam ser introduzidos por meio de métodos de contratação existentes ou do programa Previne Brasil.
- Desenvolver programas educacionais em prevenção de doenças e diagnóstico precoce por meio de estruturas formais e requisitos para realizar programas de EMC.
- Coletar conjunto mais rico de indicadores de qualidade em gama mais ampla de atividades preventivas e de gerenciamento de condições crônicas (como consumo de álcool, obesidade, rastreamento de câncer e saúde mental), incluindo experiências de pacientes com APS; implementar sistema de relatório público para permitir que os pacientes monitorem o desempenho de cada eSF.
- Construir sistemas de credenciamento em torno de padrões de atendimento para todas as eSFs a fim de avaliar seu desempenho, identificar áreas que podem exigir melhorias e fornecer suporte para tais aprimoramentos. A nova Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde poderia realizar o credenciamento e fornecer verificação independente de que os padrões estão sendo atendidos, garantindo a melhoria contínua na qualidade de atenção à saúde
- Expandir as redes de atenção à saúde para priorizar a prestação de cuidados integrados para pacientes com necessidades múltiplas. Recursos adicionais, diretrizes sobre como estabelecer e administrar serviços de atendimento comunitário e melhor uso da tecnologia digital são áreas que se beneficiariam de maior orientação e liderança do governo federal.

Aprimorar a cobertura de rastreamento de câncer e promover o tratamento precoce do câncer

- Substituir programas de rastreamento pontuais por programas de rastreamento populacional para câncer de mama e câncer do colo do útero, implementando abordagem mais personalizada (por exemplo, enviando convites de rastreamento personalizados para populações de alto risco).
- Desenvolver estratégias de comunicação e programas de educação mais eficazes para aprimorar a educação em saúde e promover a importância do diagnóstico precoce entre pessoas com diferentes origens socioeconômicas e culturais.
- Desenvolver e expandir os registros nacionais de câncer de mama e colo do útero a fim de identificar e convidar pessoas com alto risco de câncer; monitorar e avaliar a eficiência dos programas de rastreamento e tratamento de câncer.
- Facilitar análise mais profunda do tratamento da diabetes e hipertensão por meio de infraestrutura de dados mais robusta, permitindo conjunto mais abrangente de medidas de qualidade e retornando dados às eSF para melhorar a qualidade do atendimento.

- Promover o desenvolvimento de métodos de gestão de doenças com perspectiva centrada nas pessoas, integrando todos os prestadores de atenção à saúde em diferentes setores; garantir que as eSF tenham as habilidades e a capacidade de rastreamento e controle da hipertensão e do diabetes por meio da expansão do papel de outros profissionais de saúde, incluindo enfermeiros e farmacêuticos.
- Coletar e divulgar informações sobre o rastreamento do câncer em pacientes individuais para melhorar a eficiência dos programas e protocolos de rastreamento de câncer existentes.

Abordar a escassez de mão de obra e reduzir o desequilíbrio na distribuição da força de trabalho de atenção primária

- Definir política de gestão da força de trabalho clara para administrar os recursos humanos para a saúde, com base em uma avaliação objetiva das necessidades presentes e futuras.
- Aumentar o número de médicos treinados em áreas rurais para encorajar o recrutamento e retenção de médicos em áreas carentes; fornecer incentivos financeiros tanto relacionados como não relacionados a salários vinculados a uma obrigação de serviço.
- Abordar as lacunas da força de trabalho, alterando a abrangência da prática para enfermeiros e agentes comunitários de saúde para que esses ajudem a atender às necessidades de atenção à saúde em áreas mais remotas; estabelecer estrutura de governança que apoie melhor os municípios com capacidades insuficientes.
- Apoiar a criação de departamentos acadêmicos de MFC em todas as escolas médicas brasileiras para desenvolver pesquisas em APS, transmitindo o valor da especialidade e promovendo-a entre os alunos.
- Melhorar a atratividade da profissão de APS, padronizando os arranjos contratuais para os trabalhadores da atenção primária. Garantir escala salarial mais consistente em todo o país por meio de supervisão e regulamentação mais rígidas por parte do governo federal, principalmente usando a nova Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS)
- Introduzir teste nacional ao final do período universitário para ajudar a padronizar o currículo médico no Brasil, complementando os credenciamentos atuais.
- Tornar o treinamento especializado em MFC obrigatório para todos os médicos que desejam exercer a APS; estabelecer requisitos formais para EMC e recertificação para garantir uma força de trabalho de alta qualidade. A EMC deve ser direcionada aos principais desafios, como a prevenção de fatores de risco para a saúde e a gestão de condições crônicas.

Avançar na transformação digital da APS

- Definir metas ambiciosas e claras de confiabilidade e velocidade das conexões como parte das colaborações existentes e futuras entre o Ministério da Saúde, outros ministérios e a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) para aumentar a conectividade à Internet em Unidades APS.
- Expandir os pagamentos financeiros inclusos no projeto piloto Conecte SUS no Alagoas a todo o território brasileiro; condicionar o recebimento de apoio financeiro à participação de autoridades municipais e estaduais em oficinas de capacitação; desenvolver treinamento voltado especificamente para executivos seniores.
- Definir metas quantitativas ambiciosas e claras para a adoção e uso de sistemas RES (como o e-SUS AB). Essas metas devem incluir o uso eficaz da prescrição eletrônica de medicamentos e a troca de dados clínicos e administrativos entre as unidades.

- Fortalecer o papel dos telecentros como provedores de treinamento, especialmente em áreas rurais e remotas, e garantir financiamento e assistência técnica apropriados em todos os níveis de governo; desenvolver acesso móvel para alcançar os grupos vulneráveis com maior probabilidade de precisar de APS.
- Considerar agregar serviços compartilhados e responsabilidades relacionadas à digitalização da APS em níveis menos descentralizados; estabelecer sistemas de compra dinâmicos em nível federal, com agências adequadamente financiadas em nível estadual ou regional, fornecendo aos municípios recursos humanos especializados, serviços de aquisição e de gestão para APS digital.

1.1. Aprimorando a qualidade e os resultados da atenção primária à saúde no Brasil

1.1.1. O Brasil introduziu série de iniciativas para melhorar a qualidade do atendimento

O Brasil implementou conjunto de reformas importantes nas últimas décadas para melhorar o acesso à APS de alta qualidade e para desenvolver novos modelos de APS, principalmente por meio de centros de apoio à saúde da família. Esses centros dão às eSFs maior flexibilidade na gestão de sua prática de acordo com as necessidades de saúde da população, garantindo atendimento mais coordenado e integrado. A introdução das redes de atenção à saúde (Redes de Atenção à Saúde [RAS]) também é uma abordagem inovadora para a prestação de cuidados centrados no paciente. O objetivo geral é integrar a organização, o planejamento e a prestação de serviços de atenção à saúde (desde APS, saúde mental, saúde pública e atendimento de emergência, até atendimento especializado e atendimento hospitalar) em nível regional. As RAS são pactuadas por municípios e estados por meio de comissões interinstitucionais (Comissões Intergestores) de acordo com as necessidades de saúde da população e das capacidades locais.

Uma série de iniciativas de qualidade também foram introduzidas desde a implementação da Estratégia de Saúde da Família em 1994, incluindo o programa Requalifica UBS para expandir a disponibilidade e equipamentos das unidades de APS, o PMAQ e o PMM para recrutar e reter profissionais de APS. Dentre as novas ferramentas de monitoramento das atividades e da qualidade do atendimento, o Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde (SISAB) reúne número expressivo de indicadores que sustentam a APS, mas foca principalmente em indicadores de insumos e processos como o número de ESF, a quantidade de pessoas cadastradas em ESF, número de agentes comunitários de saúde e número de gestantes atendidas no pré-natal.

Também existem algumas diretrizes clínicas. O Ministério da Saúde emitiu vários Cadernos de Atenção Básica em Atenção Primária para ajudar as ESF a melhorar a prestação de APS de alta qualidade (Ministério de Saúde, 2021^[4]). Os cadernos abordam doenças ou fatores de risco específicos, como atendimento ao tabagista, hipertensão arterial ou saúde mental. Embora tais diretrizes sejam úteis, os cadernos da APS ainda são definidos de maneira muito restrita e não atendem às expectativas dos pacientes quanto a atenção à saúde integrada. Além disso, faltam informações sobre seu uso eficaz. A implementação é de responsabilidade dos municípios, mas não há mecanismo em nível federal para monitorar o cumprimento, nem incentivos sistemáticos para aplicação das diretrizes. Dada a observação inadequada de acompanhamento do controle do diabetes e da pressão arterial para pessoas com hipertensão, a conformidade com as diretrizes de prática clínica é indiscutivelmente insatisfatória (Leite Simão et al., 2017^[5]; da Silva Rêgo and Radovanovic, 2018^[6]). Em geral, o Brasil carece de suporte de todo o sistema para garantir a melhoria contínua na qualidade da atenção à saúde nas equipes ou unidades de saúde.

O Brasil também empreendeu recentemente esforços significativos para reformar seu modelo de financiamento federal. O novo modelo de financiamento da APS, *Previne Brasil*, entrou em vigor em 2020, introduzindo componente de capitação ponderada, programa de pagamento por desempenho e alguns incentivos para ações estratégicas e áreas prioritárias. A nova fórmula de capitação, que aloca recursos com base em necessidades, está bem alinhada com as políticas dos países membros da OCDE nessa área (por exemplo, no Chile, Israel, Portugal, Nova Zelândia, Reino Unido e Países Baixos). O valor de capitação única será aplicável à população cadastrada nas eSFs e ajustada por fatores socioeconômicos, demográficos e geográficos, incentivando as eSFs a cadastrarem os 50 milhões de pessoas ainda não cadastradas. Esse é um passo bem-vindo para melhor identificar as pessoas vinculadas a cada eSF e estimular um cuidado longitudinal e coordenado mais adequado. É importante ressaltar que o componente de capitação ponderada garantirá que os municípios com maiores necessidades populacionais devido às populações mais velhas e situações socioeconômicas menos favoráveis recebam os recursos necessários para atender a todos. Isso limitará o risco de aumentar as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de APS.

1.1.2. Apesar do progresso, algumas preocupações sobre a qualidade persistem e a atenção primária luta para cumprir suas funções essenciais

A prevenção e o tratamento no nível da APS ainda podem melhorar. Os números internacionais mostram que o rastreamento do câncer de mama e do colo do útero pode progredir e as taxas de imunização podem ser maiores (Tabela 1.1.). Em 2018, 84% das crianças brasileiras com cerca de um ano de idade foram vacinadas contra o sarampo, abaixo da média da OCDE (95%). Ao mesmo tempo, procedimentos e cirurgias simples precisam ser amplamente disponibilizados nos ambientes de APS. Isso é tanto uma questão de lutar por melhor segurança e qualidade no atendimento, como uma necessidade econômica de se evitar o uso desnecessário de serviços hospitalares caros. Os dados disponíveis mostram que apenas 60% das ESF realizam procedimentos de baixa complexidade ou pequenas cirurgias - muito pouco, se o Brasil quiser expandir e fortalecer o papel da APS.

Cuidados preventivos e gerenciamento inadequados de doenças crônicas também foram destacados por pesquisas anteriores. Vários indicadores preocupantes sugerem uma necessidade urgente de melhor prevenção, especialmente em um momento em que o peso das doenças tem se transferido para as doenças crônicas. De acordo com a última Pesquisa Nacional de Saúde, 21% de todos os brasileiros com diagnóstico de diabetes não receberam atendimento médico nos 12 meses anteriores à pesquisa. Apenas 22% dos usuários do SUS indicaram ter recebido algumas recomendações sobre estilos de vida saudáveis de seu médico de família, e menos de 40% dos usuários públicos fizeram consulta preventiva nos últimos dois anos (Guanais et al., 2019^[7]). Diferenças significativas na qualidade da atenção à saúde também existem entre as regiões, com uma gradação norte-sul onde a região Norte apresenta taxas de hospitalização mais altas por condições crônicas. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 mostra que pacientes diabéticos apresentam maiores taxas de internação por doenças crônicas no Nordeste do que no Sudeste, levantando algumas preocupações sobre a eficácia da APS local nas regiões Norte e Nordeste.

1.1.3. Renovar os esforços para fortalecer as funções-chave da APS, especialmente por meio de controle mais forte e de atendimento mais abrangente

Apesar do claro investimento na APS, muitos pacientes usam unidades públicas especializadas ou departamentos de emergência para receber serviços de atenção à saúde. Esse é um forte argumento para o fortalecimento do sistema de filtragem no Brasil, tanto pela aplicação de registro sistemático nas eSFs como pelo estabelecimento de sistema de encaminhamento para melhor controlar e orientar os pacientes para o atendimento especializado. Essa abordagem é adotada internacionalmente, incluindo no Chile, Portugal, Itália e Noruega, onde fortes sistemas de controle são vistos como uma forma de garantir

que os pacientes recebam os melhores cuidados possíveis para suas condições, alcançando maior adequação e coordenação do atendimento. O Brasil pode considerar tal reforma no futuro para expandir o papel e a expansão das eSFs. Isso ajudaria a construir cadastros precisos de pacientes, reconhecendo o papel central de coordenação das eSFs. A implementação do novo programa Previne Brasil é um passo na direção de aumentar o cadastramento de pacientes nas eSFs.

Além disso, a abrangência dos serviços de APS precisa se expandir para garantir que as eSF sejam capazes de desempenhar funções essenciais, incluindo atenção contínua e abrangente com foco na prevenção, tratamento, acompanhamento de diagnóstico e gerenciamento de condições crônicas. Uma grande variedade de atividades e intervenções deve ser sistematicamente integrada nas eSFs. Essa abordagem mais abrangente deve ser sustentada pela concretização de ações definidas na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (denominada CaSAPS), garantindo que todos os municípios sejam capazes de realizar tais ações e serviços de maneira adequada. Os incentivos para que os prestadores de atenção primária realizem essas ações podem ser introduzidos por meio de esquemas de contratação existentes com o município ou das estruturas de incentivos delineadas nas ações estratégicas do programa Previne Brasil. O Ministério da Saúde também poderia usar o programa de pagamento por desempenho do Previne Brasil para monitorar e encorajar o cumprimento mais sistemático das diretrizes clínicas, a fim de incorporar uma prevenção mais eficaz na prática da ESF. Ao mesmo tempo, os programas educacionais que abrangem a prevenção, rastreamento, tratamento e gerenciamento de doenças são instrumentos fundamentais para incentivar os profissionais de atenção primária a implementar plenamente essas tarefas. Diversos órgãos, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a Associação Médica Brasileira e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família, organizam treinamentos, conferências e aprendizagem online. No entanto, estrutura mais formal para a EMC que esclareça as expectativas e ajude as ESFs a atingir os objetivos, é necessária para fornecer cuidado mais abrangente, de acordo com as melhores evidências disponíveis.

1.1.4. Existem várias oportunidades para estender estratégias de qualidade visando à APS

Um sistema de credenciamento robusto, caso fosse aplicado de maneira uniforme e consistente ao setor de atenção primária em todo o país, poderia ser uma ferramenta para melhorar a qualidade e o desempenho da atenção primária no Brasil. Outros sistemas de saúde federalizados na OCDE (por exemplo, na Austrália, Canadá e Estados Unidos) estabeleceram sistemas de credenciamento de APS. A construção de sistema de credenciamento para todas as eSFs no Brasil possibilitaria avaliar seu desempenho, identificar áreas de melhoria e fornecer subsídios para tal aprimoramento. Como o Brasil não possui uma Inspeção Nacional de Saúde para fornecer credenciamento e verificação independente do cumprimento dos padrões estabelecidos, a nova Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde poderia assumir essa função. Ela poderia, por exemplo, realizar o monitoramento e a melhoria da qualidade, revisar a prática e o desempenho atuais e estabelecer padrões de desempenho e relatórios. Também poderia desenvolver ferramentas como estruturas de avaliação, enviar equipes para visitar e apoiar municípios com necessidades especiais e redistribuir os recursos quando necessário. A agência poderia então ser responsável por garantir a melhoria contínua na qualidade da atenção à saúde em nível local, o que atualmente não está - ou está muito timidamente - em vigor.

Talvez mais crucialmente, maior transparência e conjunto mais rico de dados de desempenho são necessários para impulsionar a melhoria da qualidade. O Brasil já coleta ampla gama de insumos e indicadores de processo. Como parte do novo programa de pagamento por desempenho Previne Brasil, o país também monitora vários indicadores sobre acesso à APS, fatores de risco e qualidade que abrangem saúde materna, imunização infantil, rastreamento de câncer de mama e controle de hipertensão e diabetes. Embora essa seja iniciativa importante para o monitoramento da qualidade, cinco dos indicadores de qualidade são indicadores de processo e dois indicadores são medidas de resultados

intermediários. Isso é insuficiente. Um conjunto mais rico de indicadores de qualidade em uma ampla gama de atividades preventivas e de gerenciamento de condições crônicas, como consumo de álcool, obesidade, rastreamento de câncer, saúde mental e experiências dos pacientes com APS, deve ser uma prioridade e será fundamental para garantir que as reformas não afetem adversamente a qualidade e os resultados do atendimento. A este respeito, Portugal e Israel oferecem modelos de indicadores abrangentes e viáveis que apoiam a melhoria da qualidade na atenção primária.

O Brasil também poderia aderir à iniciativa das Pesquisas de Indicadores Relatados por Pacientes (em inglês, Patient-Reported Indicators Surveys, ou PaRIS) da OCDE para entender como os desfechos e as experiências de atendimento no país se comparam aos dos países da OCDE. Por meio da pesquisa PaRIS, os países trabalham juntos no desenvolvimento, padronização e implementação de nova geração de indicadores que medem os desfechos e as experiências de atenção à saúde mais importantes para as pessoas. Nesse sentido, o inquérito internacional de pessoas com condições crônicas que está sendo preparado dentro da iniciativa PaRIS será a primeira desse tipo a avaliar os pacientes atendidos na APS em vários países.

1.1.5. Os cuidados integrados precisam de melhor apoio e liderança em nível nacional

Dados os desafios trazidos pelas mudanças demográficas e epidemiológicas, o Brasil precisa urgentemente mudar o foco dos serviços de atenção à saúde para lidar com episódios mais longos de necessidades no setor. Embora o país esteja no caminho certo com o desenvolvimento das redes de atenção à saúde (RAS), esse modelo de atenção integrada ainda é implementado de forma desigual em todo o país. O desafio não deve ser subestimado: as interações entre os diferentes prestadores de atenção à saúde sobre os casos dos pacientes e as transições de um serviço para outro precisam ser oportunas, seguras e contínuas para os pacientes e suas famílias. A APS desempenha papel fundamental para atingir esse objetivo.

A falta de guia e liderança nacional resultou na difusão baixa e desigual de RAS em todo o país. O governo federal deveria considerar desempenhar papel mais importante na direção do desenvolvimento mais consistente de RAS, fornecendo recursos adicionais, programas de treinamento e diretrizes sobre o desenvolvimento e a administração de serviços de atendimento comunitário, e melhor uso de tecnologia de informação e comunicação (TIC). Trocar boas experiências e aprender com as regiões ou instalações de melhor desempenho é outra forma de incentivar o desenvolvimento mais amplo e ambicioso dessas redes.

Melhor compartilhamento de informações e vinculação de dados entre os níveis de atendimento, bem como mecanismos mais inteligentes de pagamento pelo provedor, serão essenciais para garantir uma implementação bem-sucedida da RAS. Existem bons exemplos de mecanismos de pagamento - como pagamentos adicionais, pagamentos em pacote e pagamentos baseados na população - em alguns países da OCDE que incentivam provedores de diferentes setores da saúde a trabalharem juntos de forma eficaz. Embora possa ser muito cedo para instituir tais mecanismos no momento, o Brasil certamente poderia considerar a introdução de pagamentos adicionais ou pagamentos em pacote em um futuro próximo.

1.2. Rastreamento de doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil

No Brasil, assim como nos países da OCDE, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como câncer e doenças cardiovasculares, são grandes preocupações de saúde pública. A mortalidade por câncer é a segunda causa de morte no Brasil. As principais causas de mortalidade por câncer são o câncer de mama, pulmão, colorretal e câncer do colo do útero entre as mulheres, e câncer de pulmão, próstata e colorretal entre os homens. De acordo com as tendências dos países da OCDE, as taxas de

mortalidade por câncer no Brasil são mais altas entre os homens do que entre as mulheres, o que pode ser explicado, pelo menos em parte, por uma maior prevalência de fatores de risco entre os homens. Muitos cânceres associados a altas taxas de mortalidade no Brasil - como câncer de próstata, mama, colorretal e pulmão - apresentam fatores de risco comuns, incluindo obesidade, estilo de vida precário e sedentarismo.

Embora a incidência de câncer no Brasil esteja abaixo da média da OCDE, a mortalidade por câncer não diminuiu nos últimos anos. Entre 2009 e 2019, a mortalidade por câncer no Brasil oscilou entre 161 e 162 mortes por 100 mil pessoas, enquanto a média da OCDE diminuiu de 211 para 196 no mesmo período. A redução da mortalidade por câncer nos países da OCDE está relacionada ao diagnóstico precoce, o que constitui forte argumento para a construção de métodos de rastreamento mais eficazes no Brasil.

A quinta causa de mortalidade no Brasil é a diabetes, responsável por 5% de todas as mortes, em comparação com 3% nos países da OCDE. A mortalidade por diabetes no Brasil atingiu 50 mortes por 100.000 pessoas em 2019 - maior do que a média da OCDE de 22 mortes por 100.000 pessoas, e apenas menor do que no México e na Costa Rica. Os níveis de glicemia em jejum aumentaram significativamente na última década, sugerindo que o ônus da diabetes será significativo no futuro próximo. A hipertensão, que contribui para o desenvolvimento de problemas cardiovasculares mais graves, é um importante fator de risco para problemas de saúde no Brasil, senão o principal. Em 2015, a prevalência média de pressão arterial elevada no Brasil foi de 23,3% - superior à média da OCDE de 20,8% e da América Latina e Caribe de 21,5%. Enquanto o Brasil reduziu essa prevalência em 5,3% entre 2005 e 2015, os países da OCDE diminuíram em média 16,4% no mesmo período.

1.2.1. Aprimorando o rastreamento e a prevenção do câncer no Brasil

Embora o Brasil tenha desenvolvido seu sistema de tratamento ao câncer de forma incremental, a cobertura da população continua baixa

Para enfrentar o ônus do câncer, o Brasil desenvolveu seu sistema de tratamento do câncer de forma incremental nas últimas décadas. Lançou a primeira Política Nacional de Atenção Oncológica em 2005 e definiu seu Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022, demonstrando seu compromisso com a redução do ônus das doenças associada ao câncer. O país introduziu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, em 2013, para atualizar a política nacional de câncer e melhorar o acesso aos cuidados oncológicos. O Brasil também tem buscado implementar melhorias de qualidade em seu sistema de tratamento do câncer e em 2013 criou o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), que integra os Sistemas de Informação do Controle de Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e os Sistemas de Informação do Controle de Câncer de Mama (SISMAMA). As diretrizes clínicas para o rastreamento precoce do câncer de mama foram atualizadas em 2015, e as diretrizes nacionais para o rastreamento do câncer do colo do útero em 2016. Mais importante, o Brasil introduziu o instrumento PAINEL-Oncologia, que auxilia no monitoramento da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que estabelece tempo máximo de espera de 60 dias para o início do tratamento para pacientes com neoplasia maligna comprovada. Embora o PAINEL-Oncologia seja fundamental para garantir o acesso a cuidados oncológicos de qualidade no Brasil, os dados apresentados referem-se exclusivamente aos usuários que possuem o Cartão Nacional de Saúde (DATASUS, 2021^[9]). O Brasil também desenvolveu 17 cadastros de câncer de base populacional, que fornecem informações cruciais sobre incidência, tendências e sobrevivência (INCA, 2013^[9]).

No entanto, o rastreamento do câncer no Brasil é oportunístico, administrado por cada eSF a partir de uma recomendação feita por um provedor de atenção à saúde durante consulta médica de rotina, ou por meio de autorreferência individual. O Brasil precisa intensificar seus esforços para aumentar a cobertura de rastreamento do câncer de mama, principalmente para melhorar o diagnóstico precoce e reduzir a

mortalidade. Ao contrário de muitos países da OCDE, o rastreamento do câncer não ocorre dentro de programa de base populacional elaborado e administrado pelo governo federal para atingir a maior parte da população em risco. Como resultado, embora a cobertura de rastreamento do câncer de mama no Brasil tenha aumentado de 15,2% em 2014 para 24,2% em 2019 entre o grupo-alvo de mulheres de 50 a 69 anos, permanece muito baixa em comparação com a média da OCDE de 58%. Entre 2008 e 2019, a mortalidade por câncer de mama aumentou 8,3% no Brasil, enquanto diminuiu 10% em média nos países da OCDE. O câncer de mama é o que mais atinge as mulheres brasileiras, com 20,8 mortes por 100.000 mulheres, o que representa 16,4% de todas as mortes por câncer entre mulheres. Além disso, a sobrevivência ao câncer de mama caiu em mais de dois anos no Brasil entre os períodos de 2005-09 e 2010-14, ao passo que aumentou em um ano na região da OCDE. A falta de disponibilidade de mamógrafos e sua distribuição desigual pelo país são os principais problemas que contribuem para o diagnóstico tardio do câncer de mama no Brasil (Da Costa Vieira, Formenton and Bertolini, 2017^[10]). Em 2020, o Brasil tinha 13 mamógrafos por milhão de pessoas, quase metade da média da OCDE, de 24.

Na mesma linha, o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil aumentou substancialmente (de 20,5% em 2014 para 37% em 2019), mas permanece bem abaixo da cobertura média da OCDE (57%) e abaixo de todos os países da OCDE, exceto Costa Rica e Hungria. Evidências preocupantes apontam para grandes desigualdades sociais: o acesso ao rastreamento do câncer do colo do útero é particularmente baixo entre as mulheres que vivem nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e aquelas com histórico socioeconômico baixo (incluindo mulheres mais carentes, menos escolarizadas, não brancas e mais jovens) (Costa et al., 2018^[11]). A mortalidade por câncer do colo do útero em 2019, por sua vez, foi substancialmente maior no Brasil do que a média da OCDE (7,4 mortes vs. 3,9 mortes por 100.000 mulheres), e a sobrevivência ao câncer do colo do útero no Brasil diminuiu 11,3% entre 2000-04 e 2010-14.

Essas tendências preocupantes sugerem grande espaço para melhorias no Brasil, inclusive por meio de uma estratégia nacional de prevenção e rastreamento do câncer.

Mudança em direção a programas de rastreio de base populacional usando abordagem mais sistemática e personalizada

Na área de prevenção do câncer do colo do útero, o Programa Nacional de Imunizações instituiu, em 2014 a campanha de vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) para meninas de 9 a 13 anos, depois a expandiu em 2017 para meninos de 11 a 14 anos. Seguindo a mesma tendência dos países da OCDE, a vacina é oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em unidades de APS e no contexto de campanhas de vacinação nas escolas. O rastreamento do câncer do colo do útero é realizado por meio do exame citopatológico (Papanicolau), oferecido às mulheres de 25 a 64 anos e repetido a cada três anos. Embora a periodicidade de três anos esteja alinhada com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil poderia aprender com os países da OCDE e partir para um programa de rastreamento de base populacional ao introduzir o teste primário de HPV-DNA. Essa abordagem é adotada internacionalmente (por exemplo, na Itália e na Finlândia) e recomendada por diretrizes internacionais, incluindo as diretrizes europeias e as diretrizes da American Cancer Society 2020. Sua implementação exigiria a utilização de testes de HPV confiáveis e validados, em laboratórios qualificados, credenciados por órgãos autorizados (como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA]) e atendendo aos padrões internacionais. O treinamento dos profissionais de saúde é crucial, junto com as estratégias de comunicação para as mulheres nas populações-alvo. Essa estratégia nacional deve incluir mecanismos de garantia da qualidade para monitorar o desempenho do rastreamento do câncer do colo do útero, que as diretrizes europeias definem como alcançando: (1) cobertura de convite de pelo menos 95% das mulheres alvo; (2) cobertura de exame de pelo menos 70% (85% seria desejável); e (3) taxa de participação de pelo menos 70% (85% seria desejável) (von Karsa et al., 2015^[12]).

Na área de câncer de mama, o Ministério da Saúde do Brasil recomenda a mamografia a cada dois anos para mulheres de 50 a 69 anos de idade como estratégia de rastreamento na APS. O Brasil poderia ir além desta recomendação e desenvolver programa de rastreio do câncer de mama de base populacional, conforme implementado em vários países da OCDE (por exemplo, Austrália, França ou Portugal). Na prática, isso exigiria a implementação de estrutura eficaz de novas chamadas, criação de um registro de rastreamento e garantia de qualidade robusta em todos os níveis. Hoje, a janela de oportunidade é grande com a implementação da estratégia Previne Brasil, que irá melhorar o cadastro dos pacientes nas eSFs. O Brasil poderia aproveitar o sistema de cadastro de pacientes para desenvolver programas de rastreamento organizados que permitam identificar a população-alvo elegível em cada município. O estabelecimento de programa organizado de rastreio do câncer de mama exigirá a capacitação das equipes de atenção primária, incluindo o fornecimento de diretrizes e protocolos aos profissionais de saúde sobre os sinais e sintomas do câncer para aprimorar a precisão do diagnóstico, dando-lhes tempo suficiente para avaliar os pacientes e treinar os profissionais em como diagnosticar câncer e desenvolver mecanismos de encaminhamento confiáveis. Ao mesmo tempo, a distribuição de mamógrafos em todo o país precisará ser revisada para alcançar suprimento equilibrado que corresponda às necessidades da população.

Os programas baseados na população podem andar de mãos dadas com convites personalizados. Nesse sentido, o Brasil poderia adotar uma abordagem mais sistemática e personalizada para convidar as populações-alvo. Um número crescente de países da OCDE envia carta-convite pessoal para o rastreamento do câncer, sistematicamente emitida por meio de cadastro, para cada indivíduo do grupo-alvo. O Brasil não tem essa iniciativa nacional e os convites são emitidos apenas em certos níveis locais, dependendo da iniciativa de cada município ou eSF. Em contraste, a Dinamarca, a Alemanha e a Itália enviam cartas-convite com data marcada para a mamografia. Com base nas evidências disponíveis, as intervenções mais eficazes para aumentar a participação em programas de rastreio organizados incluem lembretes por correio e telefone, a assinatura do médico de atenção primária na carta convite e o fornecimento de consulta agendada em vez de consulta aberta (Camilloni et al., 2013^[13]). Uma análise de custo-benefício precisaria ser realizada para determinar as intervenções apropriadas no contexto brasileiro.

O Brasil deve desenvolver monitoramento mais sistemático para o controle do câncer, utilizando-se da saúde digital para melhorar a conscientização pública e a educação em saúde

Embora o Brasil tenha ampliado sua infraestrutura de informações sobre câncer (notadamente com SISCAN, PAINEL-Oncologia e o Registros de Câncer de Base Populacional), os principais desafios são a baixa cobertura, a baixa interconexão e a falta de feedback. O Brasil precisa de um sistema de informações mais abrangente, baseado em registros e capaz de acompanhar cada paciente individualmente para garantir gestão eficiente dos programas de rastreio e atendimento oncológico. Esse sistema é fundamental para identificar as populações-alvo e enviar convites e lembretes personalizados para o rastreamento de câncer. Ao mesmo tempo, a eficácia dos protocolos de rastreio existentes no Brasil - como grupos-alvo, frequência de rastreio, métodos e grupos populacionais cruzados - precisa ser avaliada de forma mais sistemática. Isso envolve o desenvolvimento de sistemas integrados de informação para melhorar a qualidade dos programas de rastreio, principalmente por meio de referências de desempenho e feedback aos provedores de saúde. Em realidade, a avaliação e o feedback do provedor aumentam a cobertura para o rastreamento do câncer do colo do útero, de mama e colorretal (Sabatino et al., 2012^[14]).

O Brasil também deve desenvolver outras estratégias de saúde digital para melhorar a conscientização pública sobre a prevenção do câncer, o rastreio do câncer e a educação em saúde. O Ministério da Saúde vem implementando algumas ações desde 2002, como a Campanha Outubro Rosa, com o objetivo de promover a prevenção e estilos de vida saudáveis e superar o medo ou estigma associado ao câncer. No

nível local, os municípios promovem o rastreamento por meio de campanhas usando a mídia local e redes sociais. Algumas boas iniciativas também são implementadas em níveis municipais por meio da implantação de unidades para alcançar comunidades muito remotas e vulneráveis e expandir o acesso a rastreamentos, diagnósticos e tratamento.

Embora todas essas estratégias sejam valiosas e devam ser mantidas, o Brasil também poderia desenvolver estratégias de comunicação e programas de educação mais eficazes para melhorar a conscientização em saúde. As partes interessadas locais, como provedores de atenção à saúde e representantes da sociedade civil, também devem ser consultadas para identificar barreiras específicas ao rastreamento e abordar necessidades específicas, particularmente entre as populações desfavorecidas (ou seja, em áreas remotas, pobres e menos educadas). Como o compartilhamento sistemático de informações relacionadas ao câncer é limitado - especialmente para cânceres que não estão sujeitos a programas de rastreamento - o Brasil também poderia desenvolver estratégias de compartilhamento de informações para ajudar os pacientes a buscarem atendimento, incluindo serviços de diagnóstico de câncer. O Brasil poderia aprender com a Dinamarca, Inglaterra e Estônia, que desenvolveram sites ou plataformas de e-saúde que compartilham informações baseadas em evidências sobre o câncer, para promover a educação em saúde e ajudar os pacientes a buscarem cuidados de saúde adequados e oportunos, incluindo rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer.

1.2.2. Aprimorar o rastreamento para hipertensão e diabetes

Diante do aumento da prevalência de diabetes e hipertensão, doenças complexas e caras, o Brasil deve fortalecer a prevenção, o rastreamento precoce e o tratamento. O país deve priorizar a mudança para programas de gerenciamento de doenças, capacitação das APS e melhoria da infraestrutura de dados que suportam o diabetes e a hipertensão.

Os cuidados com diabetes e hipertensão estão mostrando alguns sinais de melhora

No Brasil, como em muitos países da OCDE, diabetes e hipertensão são as principais causas de morbidade, associadas a comorbidades e despesas significativas. A mortalidade total de pacientes com diabetes e hipertensão vem caindo no Brasil: A mortalidade por diabetes diminuiu 9,8% entre 2007 e 2019, e a prevalência de hipertensão diminuiu 5,3% entre 2005 e 2015. Baixas taxas de internações evitáveis por diabetes e hipertensão no Brasil também sugerem uma gestão relativamente boa dessas condições na APS: em 2019, a taxa de internações hospitalares por diabetes era de 92 pacientes por 100.000 pessoas (abaixo da média da OCDE de 130) e 48 pacientes por 100.000 pessoas por hipertensão (menos da metade da média da OCDE).

Todos esses são sinais bem-vindos de melhora na prevenção e no tratamento do diabetes e da hipertensão. No entanto, as evidências disponíveis indicam que a taxa de mortalidade por diabetes aumentará 144% até 2040, tornando-se a terceira principal causa de morte (Duncan et al., 2020^[15]). A hipertensão também se tornou o principal fator de risco para mortes em 2017 (Nascimento et al., 2020^[16]). Dadas essas tendências, são necessários mais esforços para fortalecer a prevenção da diabetes e da hipertensão no contexto da APS. No Brasil, os exames básicos de saúde e o rastreamento de risco para doenças crônicas dependem das eSFs e são realizados predominantemente por meio de exames pontuais durante as consultas de saúde. O Ministério da Saúde publicou diversas diretrizes relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis. O rastreamento da hipertensão é recomendado para adultos sem o conhecimento de que são hipertensos. Sugere-se realizar o rastreamento a cada dois anos de pessoas com pressão arterial abaixo de 120/80 mmHg (milímetros de mercúrio) e rastreamento anual se a pressão arterial sistólica estiver entre 120 e 139 mmHg ou pressão arterial diastólica entre 80 e 90 mmHg. Para diabetes, a diretriz recomenda o rastreamento em adultos assintomáticos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, porém não se aplica a outros critérios de rastreamento, como obesidade, histórico familiar

ou faixa etária. Cadernos de atenção básica para o gerenciamento da hipertensão e protocolo recente para diabetes também fornecem orientação aos profissionais da APS.

O Brasil tem buscado melhorar a qualidade do atendimento a diabetes e a hipertensão, notadamente por meio do sistema de pagamento por desempenho PMAQ, lançado em 2011. Como parte do PMAQ, a avaliação das eSFs incluiu tópicos como rastreamento precoce de hipertensão, exames laboratoriais para diabetes e prescrição adicional para usuários em cuidados continuados (por exemplo, para hipertensão e diabetes), sem a necessidade de consulta médica. No entanto, o componente de pagamento por desempenho do novo programa Previnde Brasil inclui apenas dois indicadores relacionados à hipertensão e diabetes, que cobrem apenas o acompanhamento de pacientes que já possuem as doenças e não abordam a prevenção na APS. Portanto, será fundamental, no futuro, monitorar como o novo programa influencia as atividades de rastreio de hipertensão e diabetes na APS.

O Brasil poderia aprender com os países da OCDE, como Austrália, Estônia, Coreia e Inglaterra, que instigaram programas de rastreamento populacional visando a populações de alto risco. Na Austrália, por exemplo, os médicos da APS podem fornecer uma única avaliação de saúde para pessoas de 45 a 49 anos que apresentam pelo menos um fator de risco (hábito de estilo de vida ou histórico familiar) para o desenvolvimento de uma doença crônica, como diabetes tipo 2 ou doença cardíaca. O Escritório Regional da OMS para a Europa também recomenda direcionar o rastreamento na APS para pacientes em risco de desenvolver diabetes ou hipertensão. Se o Brasil quiser caminhar nessa direção, será importante garantir que os programas sejam direcionados a grupos populacionais de alto risco, com base na epidemiologia nacional do país, nas características do sistema de saúde e na análise de custo-benefício.

As itinerários terapêuticos de doenças e o aumento da capacidade na atenção primária são essenciais para melhor rastreio e gerenciamento

As itinerários terapêuticos de doenças crônicas são essenciais para fornecer cuidados coordenados e contínuos para pacientes crônicos. Amplamente usados em alguns países da OCDE para melhorar a integração e coordenação dos cuidados, eles estão associados a reduções de custos e melhor qualidade dos cuidados. No Brasil, o desenvolvimento de duas diretrizes clínicas com vias explícitas de cuidado para orientar os profissionais de saúde na APS são as únicas tentativas de promover a coordenação da atenção à saúde. No entanto, essas diretrizes não integram outros prestadores de cuidados ou partes interessadas (por exemplo, especialistas ou grupos de apoio ao paciente) e não são produzidas em um formato acessível ao paciente.

O Brasil deve promover métodos de gestão de doenças com uma perspectiva centrada nas pessoas para estabelecer claramente as responsabilidades dos profissionais de saúde em diferentes estágios da doença, definir expectativas de qualidade para doenças crônicas, como diabetes e doenças cardiovasculares, e padronizar a qualidade do atendimento em todo o Brasil. Conforme visto nos países da OCDE, as abordagens de gestão coordenada permitem que as equipes de APS e os pacientes individuais tomem as ações apropriadas para controlar o diabetes e a hipertensão. O Brasil também deve garantir que os itinerários terapêuticos integrem todos os provedores de saúde em diferentes setores.

Os profissionais da APS devem ter as ferramentas e capacidades para assumir essas responsabilidades e tarefas. Há espaço no Brasil para desenvolver capacidade de rastreio e tratamento de hipertensão e diabetes por meio da transferência de tarefas ou da expansão da função de outros profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, nutricionistas e farmacêuticos. Os enfermeiros podem ter a capacidade e o treinamento para conduzir uma avaliação inicial do paciente, incluindo testes de açúcar no sangue em todas as práticas médicas e colaborar com os médicos e outros membros da equipe nas atividades de acompanhamento. O benefício do atendimento liderado por enfermeiros já foi demonstrado (Maier, Aiken and Busse, 2017^[17]; Martínez-González et al., 2015^[18]).

Por último, mas não menos importante, os itinerários terapêuticos integrados dos pacientes requerem sistemas de financiamento adequados para incentivar vários profissionais de saúde a trabalharem juntos. O Brasil poderia considerar experimentar o uso de pagamentos em pacote para condições crônicas. Conforme implementado em vários países da OCDE (ou seja, Países Baixos, Austrália e Canadá), o pagamento em pacote consiste em um pagamento por paciente com doença crônica para cobrir o custo de todos os serviços de atenção à saúde oferecidos por todos os provedores durante um período de tempo específico. Esse sistema tem o potencial de incentivar a coordenação de cuidados entre os prestadores e garantir gama mais ampla de cuidados. Embora o Brasil já tenha tomado medidas para melhorar o financiamento da APS por meio de capitação ponderada, esse modelo de pagamento provavelmente não estimulará a coordenação e integração de cuidados para diabetes e hipertensão.

Aprimorar a infraestrutura de dados que sustenta os cuidados com diabéticos e hipertensos deve ser prioridade

O Brasil desenvolveu o Hiperdia (Hipertensão e Diabetes), sistema específico de cadastro e monitoramento de hipertensos e diabéticos, administrado pelo Ministério da Saúde em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Por meio do Hiperdia (Hipertensão e Diabetes), os municípios integrantes do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão e Diabetes Mellitus enviam informações sobre o cadastro e monitoramento de portadores dessas doenças. Notavelmente, todas essas informações são processadas e disponibilizadas pelo DATASUS, infraestrutura de dados de saúde e sistema de informações do Ministério da Saúde. Porém, o Hiperdia não coleta informações sobre rastreamento, nem é capaz de captar a trajetória de atendimento de cada paciente (encaminhamentos, tempos de espera, consultas com especialistas, exames laboratoriais e medicamentos). Também é difícil para as eSFs revisar e agir com base nessas informações, pois não recebem feedback regular e os pacientes não têm acesso aos seus dados pessoais de saúde. Existem também alguns problemas para vincular essas informações a outras bases de dados, como registros de internações e óbitos.

Melhorar a infraestrutura de dados por meio da vinculação de diferentes fontes deve, portanto, ser uma prioridade no Brasil para ajudar os pacientes e profissionais de saúde a identificar deficiências e aprimorar as estratégias de prevenção. Os sistemas de informação em saúde devem ser expandidos para fornecer mais e melhores informações às equipes de APS e aos pacientes, melhorando assim as decisões de manejo clínico na atenção primária e capacitando os pacientes a assumir papel de liderança em suas próprias ações de prevenção e controle. Os dados devem ser sistematicamente transmitidos aos profissionais e usados para identificar riscos ou deficiências. O Brasil poderia aprender com os países da OCDE no desenvolvimento de um forte sistema de informações de saúde dentro de uma estrutura de governança de dados que protege a privacidade das informações de saúde dos pacientes, conforme estabelecido na OCDE (2019^[19]). Um sistema de informação mais forte também seria crucial para agilizar os esforços para identificar e convidar as populações-alvo para o rastreamento de hipertensão e diabetes.

1.3. Enfrentando os desafios da força de trabalho no setor de atenção primária à saúde

O Brasil está lutando contra a escassez e a distribuição desigual de médicos entre as regiões. A proporção de médicos em atividade em 2019 era menor no Brasil (2,3 por 1.000 habitantes) do que a média da OCDE (3,5 por 1.000 habitantes). A distribuição dos médicos seguiu uma gradação norte-sul, onde as regiões Norte e Nordeste apresentam menor densidade de médicos. Ao mesmo tempo, a MFC é desvalorizada como especialidade no Brasil. Em 2018, apenas 5.486 médicos (1,4% de todos os especialistas no Brasil) tinham formação especializada em MFC. Embora os residentes das regiões Norte e Nordeste tenham as maiores necessidades de atenção à saúde, menos de 20% de todos os

especialistas da MFC atuam nessas regiões. O Brasil, portanto, precisa enfrentar dois desafios principais: 1) garantir maior número e distribuição de médicos de atenção primária; e 2) garantir força de trabalho de alta qualidade.

1.3.1. Garantindo maior número e distribuição de médicos da APS em todo o país

O PMM tem sido bem-sucedido no fortalecimento da prestação de serviços de APS em comunidades carentes

Estabelecido em 2013, o PMM é uma intervenção em larga escala do sistema de saúde com o objetivo de fortalecer a prestação de serviços de APS em comunidades carentes. O PMM foi projetado pelo Ministério da Saúde como uma intervenção do lado da oferta com três objetivos: 1) transferência de recursos aos municípios para fortalecer a infraestrutura da APS; 2) melhorar o acesso e a qualidade do treinamento nas escolas de medicina; e 3) recrutamento de médicos brasileiros e estrangeiros para municípios que lutam para recrutar e reter médicos. Com base nas evidências disponíveis, o programa foi bem-sucedido. Há bons avanços no investimento e na renovação da infraestrutura da APS, ampliação do número de novas vagas de graduação em medicina na APS e recrutamento de mais de 16.000 médicos do Brasil e do exterior para atuar exclusivamente nas ESF. Em seu quinto ano de implantação, o PMM estava associado ao aumento de 12,2% no número de médicos da APS, com efeitos mais pronunciados em municípios com menor disponibilidade de médicos no início do programa. (Hone et al., 2020^[2]). A evidência também sugere principalmente que o PMM levou a um melhor acesso e qualidade do atendimento, conforme medido por reduções nas hospitalizações evitáveis por algumas condições crônicas (Fontes, Conceição and Jacinto, 2018^[20]).

Embora esses resultados sejam notáveis, a implementação do PMM teve suas desvantagens. Em primeiro lugar, há evidências de que o PMM levou à substituição de médicos brasileiros que já trabalhavam nas comunidades. Em segundo lugar, apenas três quartos dos municípios prioritários têm pelo menos um médico PMM, o que significa que os métodos de focalização na comunidade foram insuficientes para recrutar médicos para todos os municípios prioritários. Terceiro, os médicos PMM não precisaram passar por recertificação ou revalidação para exercer a medicina no Brasil. Também é justo observar que, apesar desses resultados positivos, as vagas não preenchidas na APS ainda são a norma no Brasil, com disparidades geográficas persistentes no acesso à formação médica. As regiões Norte e Nordeste oferecem os menores níveis de vagas per capita de graduação em medicina do país.

O novo Programa Médicos pelo Brasil, iniciado em 2020 pelo governo federal para substituir o PMM, continuará a aumentar a oferta de serviços médicos em municípios remotos ou de alta vulnerabilidade, bem como promover a formação de médicos com especialização em MFC. Para evitar a repetição de erros, a experiência do PMM pode subsidiar o projeto e a implementação do Programa Médicos pelo Brasil. O governo federal deve se concentrar em métodos de direcionamento à comunidade para maximizar o recrutamento de médicos para todos os municípios prioritários. Deve também garantir que o novo programa não leve à substituição dos médicos brasileiros. A introdução de processo de revalidação obrigatória para todas as licenças médicas e o estabelecimento de programa de especialização de dois anos na MFC como parte do Programa Médicos pelo Brasil são certamente passos positivos para o fortalecimento da APS.

Soluções complementares para recrutar e reter a força de trabalho poderiam tornar o Programa Médicos pelo Brasil mais eficaz

Embora o Brasil já tenha muitas soluções complementares para recrutar e reter a força de trabalho da APS, ele poderia aprender com a experiência internacional em políticas de força de trabalho em saúde:

- Em primeiro lugar, como parte do novo Programa Médicos pelo Brasil, há espaço para treinar mais médicos rurais a fim de aumentar o número e melhorar a retenção a longo prazo. Extensas evidências internacionais mostram que o estabelecimento da educação médica em locais rurais leva a aumentos no número de graduados em medicina que trabalharão em tais áreas no longo prazo (McGirr, Barnard and Cheek, 2019^[21]). Aprendendo com as experiências de países da OCDE, como Austrália, Canadá, Inglaterra e Noruega, o Brasil poderia estabelecer programas de educação médica em localidades rurais. Ao mesmo tempo, poderia incentivar os estudantes de medicina a ganhar experiência nessas regiões, incluindo, por exemplo, uma rotação rural obrigatória em qualquer estágio médico.
- Em segundo lugar, o Brasil poderia oferecer incentivos financeiros e não financeiros para médicos, condicionados à prática por algum tempo em comunidades carentes. Como parte do *Programa Médicos pelo Brasil*, médicos em áreas carentes receberão incentivos financeiros que variam de R\$ 3 mil a R\$ 6 mil, dependendo da localização. Conforme implementado no Chile, Alemanha e Canadá, esses incentivos podem estar condicionados à obrigação de retorno de serviço de dois a quatro anos. O governo federal também precisará garantir que os diversos tipos de incentivos financeiros sejam recebidos diretamente pelos médicos, e não distribuídos a critério dos municípios. No Chile, o programa que combina incentivos financeiros e não financeiros com uma obrigação de retorno de serviço de três a seis anos tem sido bem-sucedido, com o número de candidatos excedendo o número de vagas disponíveis, altos índices de satisfação dos candidatos e altos índices de retenção entre os médicos contratados (Pena et al., 2010^[22]).
- A última opção para corrigir o desequilíbrio geográfico dos médicos seria restringir a escolha do local de prática dos médicos da APS. A esse respeito, o Brasil poderia aprender com a Turquia, Alemanha, Noruega ou algumas províncias canadenses (por exemplo, New Brunswick e Quebec), que restringem a escolha do local para médicos recém-qualificados. Tal abordagem regulatória requer planejamento cuidadoso e coerente da força de trabalho, o que está longe de ser o caso hoje. No Brasil, ao contrário de muitos países da OCDE, há falta de conhecimento das necessidades presentes e futuras de médicos e outros profissionais de atenção à saúde (Oliveira et al., 2017^[23]). O planejamento da força de trabalho em atenção à saúde não se baseia na avaliação objetiva das características dos profissionais, dos processos de trabalho, das características do sistema de saúde em vigor e das necessidades de saúde da população.

Impulsionar a força de trabalho local, mudar a abrangência da prática e fazer maior uso da tecnologia são alavancas essenciais para lidar com a escassez de mão de obra de saúde

Em muitos países de renda baixa, média e alta, a transferência de tarefas é alavanca fundamental para preencher a lacuna na oferta de APS decorrente da falta de médicos em APS (Afobali et al., 2019^[24]). Embora extensas evidências internacionais apoiem a transferência de funções tradicionalmente desempenhadas por médicos para enfermeiros e outros profissionais de saúde aliados, o Brasil ainda não experimentou mudar a abrangência da prática e a transferência de tarefas entre profissionais de saúde, como enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Conforme implementado internacionalmente (por exemplo, na Austrália e na França), o Brasil deve capitalizar sua grande rede de treinamento de enfermagem existente para expandir e reconhecer o papel dos enfermeiros de prática avançada, que poderiam ajudar a gerenciar a atenção a pacientes com doenças agudas leves e distúrbios crônicos, complementando, assim, os médicos praticantes de APS. Alternativamente, enfermeiros de prática avançada podem ser deslocados para áreas remotas e carentes para melhorar o acesso a profissionais de saúde qualificados. Tal política exigiria uma análise completa dos currículos de enfermagem atuais para investir ainda mais nas competências essenciais, incluindo prática em equipe, coordenação de cuidados entre e através dos setores de saúde, liderança clínica e profissional e gestão de qualidade e segurança (Cassiani et al., 2018^[25]). Na mesma linha, os agentes comunitários de saúde - que já desempenham papel crucial na provisão de APS no Brasil - poderiam desempenhar papel ainda maior,

notadamente obtendo o histórico médico do paciente, realizando exames físicos básicos, solicitando exames e fornecendo aconselhamento sobre cuidados preventivos. Isso certamente exigiria investimentos em treinamento, bem como melhor comunicação entre os agentes comunitários de saúde e outros funcionários da ESF.

O uso melhorado de alternativas às consultas presenciais pode ser outra via para lidar com a escassez de médicos de APS e os desequilíbrios geográficos no Brasil. Embora a telessaúde já seja usada há bastante tempo, seu desenvolvimento e uso são desiguais. Por exemplo, pouco menos de 3,5 milhões de serviços de telessaúde em todos os níveis de atenção foram registrados no Brasil entre 2016 e 2019. Destes, 50% ocorreram no Sudeste, 36% no Sul e apenas 1% no Norte, a região mais carente em termos de déficit de mão de obra. A falta de financiamento, treinamento e equipamento para as eSFs são fatores que impedem o uso dos serviços de telessaúde para oferecer serviços de atenção à saúde seguros, rápidos e integrados no Brasil. Ampliar a telemedicina no Brasil sem agravar as divisões sociais existentes exigirá novos investimentos e financiamento para garantir o uso eficaz e igualitário das tecnologias digitais na APS. O Brasil também precisará estabelecer estrutura de governança que apoie melhor os municípios com recursos insuficientes.

1.3.2. Garantindo uma força de trabalho de alta qualidade por meio da educação médica

Além da necessidade de abordar a distribuição geográfica desigual dos médicos de atenção primária, o Brasil deve se concentrar em três grandes áreas: 1) aumentar a credibilidade e o reconhecimento do setor de atenção primária; 2) tornar a MFC requisito obrigatório para poder praticar a atenção primária; e 3) introduzir medidas de qualidade para a educação médica.

Aumentar a credibilidade e o reconhecimento da especialidade da atenção primária é um grande desafio no Brasil

Embora a Estratégia de Saúde da Família tenha priorizado o acesso à APS, o país não investiu o suficiente para aumentar a credibilidade e o reconhecimento da MFC. Vários indicadores preocupantes sugerem que a especialidade MFC está subvalorizada e é a última opção escolhida pelos médicos: em 2018, apenas 1,5% dos recém-formados escolheram a MFC dentre as 55 especialidades disponíveis. O baixo grau de incorporação acadêmica e o baixo financiamento nesta área de pesquisa são fatores que impedem o reconhecimento da especialidade (Wenceslau, Sarti and Trindade, 2020^[26]; Fontenelle et al., 2020^[27]). E, no entanto, tais fatores são fundamentais para promover a MFC e incentivar os alunos a escolherem essa especialidade como sua carreira futura, principalmente por provar que a APS não é uma profissão que não exija muitas qualificações. Se o Brasil deseja preencher a lacuna na força de trabalho da APS, ele precisa criar departamentos acadêmicos de MFC em todas as escolas médicas, promover a colaboração interdisciplinar com outros especialistas e estimular o respeito mútuo.

Ao mesmo tempo, tornar o treinamento da especialidade em MFC obrigatório para todos os médicos que desejam exercer a APS seria fundamental para promover a excelência no Brasil e prestar atenção primária mais eficaz e centrada no paciente. Os benefícios da APS especializada já foram demonstrados em outros lugares (OCDE, 2020^[28]), principalmente para atender a maior parte das necessidades dos pacientes e fornecer foco mais forte na prevenção e gestão precoce das condições de saúde. Os requisitos pós-treinamento para a prática da APS estão atualmente implementados em 22 países da OCDE; não há dúvida de que tal profissionalização traria benefícios para o Brasil.

Por último, mas não menos importante, a padronização dos arranjos contratuais para os trabalhadores da atenção primária é a chave para melhorar a atratividade da APS como profissão. Uma vez que cada município define o nível de salários, bônus e outros mecanismos de pagamento, esses arranjos são amplamente heterogêneos entre os municípios. Uma supervisão e regulamentação mais fortes por parte do governo federal são necessárias para garantir escalas de salários consistentes em todo o país, e pode ser importante garantir que os municípios menores ofereçam contratos semelhantes aos dos municípios

maiores. A nova Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde poderia desempenhar papel nesse sentido. Exemplos-chave de aprendizagem estão disponíveis internacionalmente. Na Turquia, por exemplo, a implementação do Programa de Transformação da Saúde fez com que os médicos de família fossem pagos de acordo com os termos e condições nacionais, com salários mais generosos e melhores condições de trabalho.

Medidas de qualidade para a educação médica devem ser introduzidas sem demora

Embora o Ministério da Saúde do Brasil (em parceria com o Ministério da Educação) regule a educação médica em todo o país, poderia fazer mais para padronizar o currículo médico. O programa acadêmico inadequado e a lacuna na qualidade da educação médica entre as escolas são áreas de preocupação. Para alcançar uma maior padronização do currículo médico e do ensino, o Brasil poderia introduzir teste nacional ao final do curso universitário. O exame nacional de licenciamento complementar e o credenciamento realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) ou pelo Conselho Federal de Medicina. O exame nacional tem sido cada vez mais usado nos países da OCDE. O Reino Unido está introduzindo Avaliação de Licenciamento Médico em todo o país, que é supervisionada e regulamentada pelo *General Medical Council* e testará os principais conhecimentos, habilidades e comportamentos necessários para a prática da medicina. O Brasil poderia aprender com o exemplo do Reino Unido.

Ao mesmo tempo, o Brasil poderia dar mais um passo para promover a qualidade da força de trabalho por meio de requisitos mais rígidos para EMC. Ao contrário de muitos países da OCDE, a EMC é voluntária no Brasil. Isso não é apenas insuficiente para garantir alto padrão de competências para os médicos da APS, mas também não garante sua aptidão para exercer a profissão ao longo da carreira. É preciso fazer mais para ajudar os médicos a manterem suas competências e adquirirem novas habilidades. Enquanto vários órgãos como o CONASS, o CONASEM, a Associação Médica Brasileira ou a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade organizam treinamentos para manter e atualizar competências, é impossível saber se - e quantos - médicos da APS realizaram EMC. É necessária uma abordagem regulatória mais forte, por exemplo, por meio de uma estrutura formal de EMC que esclareça as expectativas colocadas sobre os médicos da APS e os ajude a atender a essas expectativas. O Brasil pode aprender com o Reino Unido e Países Baixos, onde a EMC para médicos de APS é obrigatória e vinculada à recertificação: Os médicos de APS precisam demonstrar que participam regularmente das atividades de EMC e são submetidos à avaliação pelos pares de suas habilidades profissionais. No nível federal, a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde poderia definir tais requisitos e monitorar a conformidade dos provedores de EMC. Os municípios também poderiam usar o arranjo de contratação para pressionar ativamente os médicos de APS a cumprirem os requisitos da EMC e estimular a melhoria da qualidade. Os requisitos de EMC devem ser direcionados aos principais desafios do sistema de atenção à saúde, como a prevenção de fatores de risco para a saúde (por exemplo, obesidade) e gerenciamento de condições crônicas (incluindo diabetes).

1.4. Promovendo a transformação digital da atenção primária à saúde no Brasil

1.4.1. O Brasil está no caminho certo para realizar a transformação digital da APS

O Brasil estabeleceu base sólida para a APS digital, desenvolvendo estratégias em vários níveis de governo e fazendo investimentos importantes em redes, dados, interoperabilidade e habilidades. Como resultado do uso de ferramentas e dados digitais pelo país para aumentar a eficiência, transparência e capacidade de resposta de suas instituições públicas às demandas dos cidadãos e das empresas, o Brasil obteve pontuação acima da média da OCDE no Índice de Governo Digital de 2019 (OCDE, 2020^[29]).

A Estratégia Nacional de Saúde Digital 2020-2028 (ESD28) se baseia em mais de uma década de políticas para digitalizar a atenção à saúde e fazer melhor uso dos dados de saúde (Ministério da Saúde, 2020^[30]), que datam desde a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde de 2004 (PNIIS). As ações dentro do ESD28 se concentram em três eixos: 1) aproveitar os programas e iniciativas existentes para digitalizar a atenção à saúde no Brasil, incluindo a Rede Nacional de Dados de Saúde (RNDS) e os programas Conecte SUS e Informatização de Unidades Básicas de Saúde (Informatiza APS); 2) desenvolver as condições necessárias (i.e. organizacional, legal, regulatória) para estimular a colaboração eficaz em saúde digital; e 3) estabelecer fórum conceitual, normativo, educacional e tecnológico (espaço de colaboração) para operacionalizar a colaboração.

Um componente do programa Previne Brasil, Informatiza APS, fornece financiamento federal para ESFs que coletam e enviam dados de sistemas de registro eletrônico de saúde (RES) (Harzheim et al., 2020^[31]). O programa também apoia o treinamento em TIC e análise de dados para empregados de secretarias municipais de saúde. Em 2020, o Conecte SUS realizou projeto piloto no estado de Alagoas, que forneceu financiamento adicional para digitalização para unidades de APS que não tinham conseguido digitalizar, desembolsando mais de R\$ 5,5 milhões (US\$ 1,07 milhão) para 97 municípios (Ministério da Saúde, 2020^[32]).

O Conecte SUS também busca ampliar o uso dos sistemas de informação em saúde na APS por meio de sua estratégia e-SUS APS (também conhecido como e-SUS AB), que busca melhor gerenciar a saúde e o cuidado individual, otimizar a coleta de dados e melhorar as informações em saúde (Ministério da Saúde, 2020^[33]). O departamento de informática do SUS (DATASUS) tem disponibilizado diversos aplicativos aos cidadãos, trabalhadores da linha de frente e gestores. Enquanto isso, os municípios estão oferecendo cada vez mais serviços digitais aos seus residentes, com 25% das prefeituras permitindo que os pacientes agendem consultas e consultem médico online. As startups da telemedicina estão florescendo, incluindo a Brasil Telemedicina, a qual produz cerca de 60.000 relatórios por mês e tem clientes em mais de 700 cidades brasileiras, e a Telelaudo, que forneceu mais de 4,7 milhões de relatórios de telerradiologia para mais de 450 hospitais.

Como em outros lugares, a pandemia de COVID-19 deu mais ímpeto à transformação digital da saúde no Brasil. Em 15 de abril de 2020, o governo federal autorizou o uso da telemedicina durante a pandemia de COVID-19 (Lei nº 13.989/2020) para garantir a continuidade do atendimento e proteger os profissionais de atenção à saúde. Para facilitar o acesso das unidades de APS às tecnologias digitais, o Ministério da Saúde também instituiu incentivo excepcional a ser pago aos municípios e estados para cada equipe de saúde ainda não digitalizada, orçando mais de US\$ 83,8 milhões (R\$ 432 milhões) para 2020. A Rede Universitária Brasileira de Telemedicina (RUTE) também criou grupo de interesse especial no COVID-19.

1.4.2. Uma APS digital eficaz depende da abordagem de três conjuntos de desafios

Não há dúvida de que o Brasil possui uma base sólida para construir uma APS digital eficaz, equitativa e eficiente. Alcançar uma transformação digital bem-sucedida da APS agora depende do enfrentamento de três conjuntos de desafios interconectados: 1) digitalização de todas as unidades e equipes de APS; 2) promoção de conectividade inclusiva para todos os cidadãos brasileiros, especialmente os mais vulneráveis; e 3) estabelecimento de estrutura de governança com mandatos claros e bem financiados nos níveis certos de governo.

Foco nas bases fundamentais para aumentar a digitalização da APS

Embora existam bolsões de excelência, o progresso em direção ao uso eficaz de tecnologias digitais na APS tem sido lento e bastante desigual. Atualmente, 3.600 unidades de APS em todo o país não têm computadores e 7.200 não possuem acesso à Internet. Apenas 17% das unidades de APS têm velocidade de Internet acima de 10 megabytes por segundo (Mbps), limitando o uso simultâneo de sistemas RES e consultas de vídeo de alta qualidade, sem mencionar o monitoramento remoto do paciente. Além disso,

cerca de 18.000 unidades de atenção à saúde (18% de todas as unidades) não dispõem de sistema de RES, com grandes diferenças regionais na adoção: em 2019, uma em cada quatro unidades de APS ainda mantinha registros clínicos e dados do paciente apenas em papel (CGI.br, 2020^[34]). Somente 40% dos gestores de atenção primária consideram seus equipamentos de TIC novos e atualizados, e apenas 32% acreditam que sua conexão com a Internet atende às suas necessidades. Cerca de um terço dos enfermeiros e médicos relataram ter concluído cursos de capacitação em informática em saúde. O COVID-19 provavelmente acelerou a digitalização, mas seu verdadeiro impacto ainda não está claro.

Uma verdadeira transformação digital da APS no Brasil não acontecerá sem o estabelecimento de dois alicerces. Em primeiro lugar, o país deve garantir abastecimento de energia confiável e conectividade rápida para todas as unidades de APS, enfrentando uma das principais barreiras à digitalização relatadas pelos municípios durante o recente projeto piloto no Alagoas. Embora os programas anteriores (por exemplo, Brasil Conectado) tenham sido fundamentais na expansão da conectividade de banda larga, é crucial que essas iniciativas estabeleçam metas ambiciosas e claras para a confiabilidade e velocidade das conexões nas unidades de APS. Também é importante melhorar a cooperação entre entidades governamentais e entre os diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal) na implementação de iniciativas de conectividade de banda larga com base nas boas práticas nos países da OCDE ou outros.

Em segundo lugar, os pagamentos financeiros incluídos no projeto piloto Conecte SUS no Alagoas devem ser consolidados e expandidos para todo o território brasileiro. Para garantir que os recursos sejam usados para os fins a que se destinam, o recebimento do apoio financeiro deve estar vinculado à participação de autoridades municipais e estaduais em oficinas de capacitação especialmente voltadas para executivos seniores. O financiamento deve estar vinculado a metas explícitas para a adoção e uso de sistemas RES (como o e-SUS AB), incluindo a prescrição eletrônica eficaz de medicamentos e a troca de dados clínicos e administrativos entre as unidades. À medida que as unidades de APS se tornarem digitais, será vital salvaguardar a dependência operacional dos sistemas digitais, reforçando a segurança cibernética adequada.

Garantir a aceitação digital e o uso eficaz entre os mais vulneráveis e excluídos digitalmente

Mesmo se o Brasil quebrasse todas as barreiras à conectividade e digitalização das unidades de APS, ainda persistiriam desigualdades significativas no uso de tecnologias e ferramentas digitais entre seus cidadãos. Quase 47 milhões de brasileiros não usavam a Internet em 2019 (mais de 20% da população). As divisões digitais estão claramente associadas às desigualdades sociais, com os brasileiros mais velhos, moradores de áreas rurais, de renda mais baixa e com menor nível de escolaridade, menos propensos a acessarem a Internet e mais propensos a usarem apenas telefones celulares. Como resultado, existe sério risco de que uma transformação digital da APS venha a agravar as divisões sociais existentes.

Uma APS digital eficaz que alcance todos os brasileiros só é possível se todos os cidadãos não apenas estiverem conectados, mas também levados em consideração na concepção de serviços de APS digitais. O Brasil deve se concentrar na eliminação das desigualdades digitais como o alicerce de uma APS digital eficaz, fortalecendo o papel dos telecentros como provedores de treinamento, especialmente em áreas rurais e remotas, e garantindo financiamento e assistência técnica apropriados em todos os níveis de governo. Dada a importância dos telefones celulares como meio de acesso à Internet, deve-se priorizar uma abordagem multicanal com foco no acesso móvel entre grupos vulneráveis. Embora o conteúdo, serviços e aplicativos digitais da APS devam atender às necessidades dos profissionais de saúde e dos pacientes, eles devem ter como alvo específico os cidadãos com baixa aceitação digital, com esforços contínuos para expandir o acesso dos pacientes às suas informações pessoais de saúde.

Mudança de estratégias digitais de APS para implementação e monitoramento

O governo descentralizado do Brasil cria desafios para digitalizar a APS. O único distrito federal do país, 26 estados, mais de 5.000 municípios (cerca de 44% dos quais têm menos de 10.000 habitantes) e 438 regiões de saúde têm dados demográficos, indicadores socioeconômicos e estruturas de governança altamente heterogêneos. Com apenas cerca de 800 habitantes, o município de Serra da Saudade tem as mesmas responsabilidades na gestão da digitalização da APS que o município de São Paulo, com mais de 12 milhões de habitantes. A descentralização traz muitos benefícios, mas também está criando barreiras para a transformação digital da APS no Brasil para cumprir as metas estabelecidas na ESD28.

Uma grande barreira para a APS digital no Brasil é a capacidade humana e técnica dos municípios. Definir responsabilidades pela digitalização da APS no nível municipal em todo o Brasil provavelmente está levando a perder oportunidades de gerar economias de escala e criando desafios para os pequenos municípios. O Brasil poderia buscar nos exemplos da Nova Zelândia, Inglaterra e Portugal um novo modelo de serviços compartilhados e responsabilidades relacionadas à digitalização da APS em níveis menos descentralizados. Com base nas instituições existentes (por exemplo, a Coordenação-Geral de Tecnologia da Informação e Comunicações) e experiências, o Brasil poderia explorar a criação de sistemas de compra dinâmicos no nível federal, com agências adequadamente financiadas nos âmbitos estadual ou regional, fornecendo aos municípios recursos humanos especializados, serviços de aquisição e gestão de APS digital.

O Brasil tem investido significativamente em conectividade (por exemplo, através do Governo Eletrônico - Serviço de Atendimento ao Cidadão) e software (por exemplo, e-SUS AB), bem como forneceu aos municípios suporte para hardware e treinamento (por exemplo, Informatiza APS). No entanto, a missão ambiciosa definida na ESD28 provavelmente exigirá investimentos maiores e mais inteligentes, vinculando o apoio financeiro ao uso eficaz e equitativo. Levando em consideração a magnitude dos investimentos feitos em países mais avançados digitalmente, o Brasil poderia revisar seus esforços atuais e considerar o fornecimento de mais recursos para gestão de mudanças, capacitação, monitoramento e avaliação. O apoio financeiro pode ser vinculado a marcos específicos na adoção e uso de funcionalidades digitais de APS, começando com as principais funcionalidades, como ePrescribing, gerenciamento de referências, agendamento de consultas e acesso do paciente ao RES.

Referências

- Afobali, O. et al. (2019), "Task-shifting must recognise the professional role of nurses", *The Lancet Global Health*, Vol. 7/10, [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30358-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30358-4). [24]
- Camilloni, L. et al. (2013), *Methods to increase participation in organised screening programs: A systematic review*, BioMed Central, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-464>. [13]
- Cassiani, S. et al. (2018), "Competencies for training advanced practice nurses in primary health care", *Acta Paul Enferm*, Vol. 31/6, <http://dx.doi.org/10.1590/1982->. [25]
- CGI.br (2020), *ICT in Health 2019*, Comitê Gestor da Internet no Brasil, São Paulo. [34]
- CONASEMS (2020), *Painel de Apoio - Previne Brasil – Resultado 2020*, <https://www.conasems.org.br/painel/previne-brasil-resultado-2020/>. [1]
- Costa, R. et al. (2018), "Trend analysis of the quality indicators for the Brazilian cervical cancer screening programme by region and state from 2006 to 2013", *BMC Cancer*, Vol. 18/1, pp. 1-9, <http://dx.doi.org/10.1186/s12885-018-4047-9>. [11]

- Da Costa Vieira, R., A. Formenton and S. Bertolini (2017), *Breast cancer screening in Brazil. Barriers related to the health system*, Associação Médica Brasileira, <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.05.466>. [10]
- da Silva Rêgo, A. and C. Radovanovic (2018), “Adherence of hypertension patients in the Brazil’s Family Health Strategy”, *Rev Bras Enferm*, Vol. 71/3. [6]
- DATASUS (2021), *Painel-Oncologia - Notas Técnicas*, DATASUS, Brasil, http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def (accessed on 2 March 2021). [8]
- Duncan, B. et al. (2020), “The burden of diabetes and hyperglycemia in Brazil: A global burden of disease study 2017”, *Population Health Metrics*, Vol. 18/S1, p. 9, <http://dx.doi.org/10.1186/s12963-020-00209-0>. [15]
- Fontenelle, L. et al. (2020), “Postgraduate education among family and community physicians in Brazil: the Trajetórias MFC project”, *Fam Med Com Health*, Vol. 8, <http://dx.doi.org/doi:10.1136/fmch-2020-000321>. [27]
- Fontes, L., O. Conceição and P. Jacinto (2018), “Evaluating the impact of physicians’ provision on primary healthcare: Evidence from Brazil’s More Doctors Program”, *Health Economics*, Vol. 27/8, pp. 1284-1299, <http://dx.doi.org/10.1002/hec.3775>. [20]
- Guanais, F. et al. (2019), *From the patient’s perspective: experiences with primary health care in Latin America and the Caribbean*, Inter-American Development Bank, Washington. [7]
- Harzheim, E. et al. (2020), “New funding for a new Brazilian primary health care”, *Ciencia e Saude Coletiva*, Vol. 25/4, pp. 1361-1374, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>. [31]
- Hone, T. et al. (2020), “Impact of the Programa Mais médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities”, *BMC Health Services Research*, Vol. 20/1, p. 873, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05716-2>. [2]
- INCA (2013), *Cancer in Brazil: Data from the Population-Based Registries*, National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, <http://www.inca.gov.br> (accessed on 2 March 2021). [9]
- Leite Simão, C. et al. (2017), “Quality of Care of Patients with Diabetes in Primary Health Services in Southeast Brazil”, *Journal of Environmental and Public Health*, <http://dx.doi.org/10.1155/2017/1709807>. [5]
- Maier, C., L. Aiken and R. Busse (2017), “Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation”, *OECD Health Working Papers*, No. 98, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en>. [17]
- Martínez-González, N. et al. (2015), “The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: A systematic review”, *Human Resources for Health*, Vol. 13/1, p. 55, <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-015-0049-8>. [18]
- McGirr, J., A. Barnard and C. Cheek (2019), “The Australian Rural Clinical School (RCS) program supports rural medical workforce: evidence from a cross-sectional study of 12 RCSs”, *Rural and Remote Health*, Vol. 19/1, <http://dx.doi.org/10.22605/RRH4971>. [21]

- Ministério da Saúde (2020), *Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028*, [30]
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf (accessed on 4 March 2021).
- Ministério da Saúde (2020), *Plano Nacional de Saúde 2020-2023*. [33]
- Ministério da Saúde (2020), *Relatório Final do Projeto Piloto Conecte SUS : análise dos avanços obtidos entre outubro/2019 e junho/2020*, Ministério da Saúde, Brasília. [32]
- Ministério de Saúde (2021), *Cadernos de Atenção Básica*, [4]
<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index/MQ==/Mg==>.
- Nascimento, B. et al. (2020), "Trends in prevalence, mortality, and morbidity associated with high systolic blood pressure in Brazil from 1990 to 2017: Estimates from the "global Burden of Disease 2017" (GBD 2017) study", *Population Health Metrics*, Vol. 18/S1, p. 17, [16]
<http://dx.doi.org/10.1186/s12963-020-00218-z>.
- Netto, J. et al. (2018), *Contributions of the Mais Médicos (More Doctors) physician recruitment program for health care in Brazil: An integrative review*, Pan American Health Organization, [3]
<http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2018.2>.
- OCDE (2020), "Digital Government Index: 2019 results", *OECD Public Governance Policy Papers*, No. 3, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4de9f5bb-en>. [29]
- OCDE (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Publishing, Paris, [28]
<https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.
- OCDE (2019), *Recommendation of the Council on Health Data Governance*, [19]
 OECD/LEGAL/0433, <http://legalinstruments.oecd.org> (accessed on 7 March 2021).
- Oliveira, A. et al. (2017), "Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil's Unified Health System (SUS)", *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 22/4, [23]
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>.
- Pena, S. et al. (2010), "The Chilean Rural Practitioner Programme: a multidimensional strategy to attract and retain doctors in rural areas", *Bull World Health Organ*, Vol. 88, [22]
<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.09.072769>.
- Sabatino, S. et al. (2012), *Effectiveness of interventions to increase screening for breast, cervical, and colorectal cancers: Nine updated systematic reviews for the guide to community preventive services*, Elsevier, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2012.04.009>. [14]
- von Karsa, L. et al. (2015), "Executive summary", in Anttila, A. et al. (eds.), *European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening*, Office for Official Publications of the European Union, Luxembourg, <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/a41a4c40-0626-4556-af5b-2619dd1d5ddc/language-en/format-PDF/source-search> (accessed on 17 February 2021). [12]
- Wenceslau, L., T. Sarti and T. Trindade (2020), "Reflections and proposals for the establishment of Family", *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 25/4. [26]

2 Necessidades de atenção à saúde e organização da atenção primária à saúde no Brasil

A expansão da APS no Brasil tem sido notável, contribuindo para melhorias significativas em muitas medidas de saúde da população nas últimas décadas. A priorização do SUS na APS permitiu a oferta de serviços gratuitos à população brasileira, facilitando o contato com o sistema de saúde no nível comunitário por meio do desenvolvimento de modernas equipes multidisciplinares de saúde da família. Contudo, os ganhos não foram iguais em todo o país, com as regiões Norte e Nordeste se saindo pior do que as regiões Sul e Sudeste em termos de melhorias e desfechos em saúde. Também houve aumento no número de pacientes idosos e prevalência crescente de fatores de risco para a saúde e doenças crônicas não transmissíveis. Enfrentar esses desafios exige uma APS mais eficaz, reativa às necessidades em constante mudança das pessoas, capaz de oferecer cuidados preventivos, contínuos e coordenados.

2.1. Introdução

O Brasil é um país de renda média-alta, com uma população de 211 milhões de habitantes. O país está dividido em 26 estados e um Distrito Federal, com 5.570 municípios. Os estados são ainda organizados em cinco regiões geopolíticas: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. A saúde é direito universal de toda a população e de responsabilidade do Estado desde a aprovação da nova Constituição brasileira em 1988, a qual instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. A gestão e o financiamento do SUS são compartilhados entre o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde. No sistema de atenção à saúde descentralizado, os municípios têm liberdade para organizar as equipes de saúde da família da APS de acordo com as necessidades da população e características geográficas.

O Brasil fez dos investimentos em APS uma prioridade para abordar as disparidades no acesso aos cuidados e melhorar os desfechos de saúde. A Estratégia de Saúde da Família, um dos maiores programas de APS de base comunitária em todo o mundo, lançada em 1994, teve sucesso em aumentar a cobertura populacional e aprimorar indicadores de saúde. A expansão da Estratégia de Saúde da Família contribuiu para melhorias mensuráveis em termos de taxas de mortalidade infantil, saúde materna, vacinação e hospitalização evitável. No entanto, a APS no Brasil enfrenta uma série de desafios decorrentes de seu vasto território e geografia complexa, os quais têm dificultado o atendimento das necessidades da população que vive em comunidades vulneráveis e remotas. A expansão da APS tem sido marcada por grandes disparidades entre os estados e municípios, relacionadas principalmente à escassez de mão de obra e desequilíbrios na distribuição de médicos. Também há aumento no número de pacientes idosos e prevalência crescente de doenças crônicas não transmissíveis, que exigem prevenção eficaz e uma APS mais forte para gerenciar melhor o fardo das condições crônicas.

Este capítulo descreve o sistema de APS no Brasil. Começa analisando o contexto socioeconômico em que o sistema opera, bem como descrevendo a governança do setor de APS. Em seguida, o capítulo examina as necessidades de atenção à saúde da população brasileira e, por fim, apresenta a organização do setor de APS.

2.2. O contexto socioeconômico da APS no Brasil

O Estado brasileiro está dividido em 26 estados e o Distrito Federal, com 5.570 municípios. Os estados e o Distrito Federal também estão agrupados em cinco regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, as quais são utilizadas principalmente para fins estatísticos e para definir a distribuição dos recursos federais. Os municípios recebem o status de entes federados, no mesmo nível dos estados. Embora haja grande heterogeneidade na área geográfica e na população, bem como nos indicadores sociais e econômicos, entre as jurisdições subnacionais, todos os municípios brasileiros gozam do mesmo status jurídico (OCDE/UCLG, 2019^[1]). Em 2015, 17 municípios tinham mais de 1 milhão de habitantes (22% da população), ao mesmo tempo em que cerca de 44% dos municípios possuíam menos de 10 mil habitantes. O Brasil também possui 438 regiões de saúde, que são compostas por municípios e são muito heterogêneas em sua demografia, indicadores socioeconômicos e estruturas de governança (Ministério da Saúde, 2020^[2]).

No passado recente, o crescimento econômico e os programas sociais de transferência de renda foram as principais forças para a geração de significativa desigualdade e redução da pobreza no Brasil. No entanto, as desigualdades de renda têm aumentado de novo nos últimos anos e há grandes disparidades regionais em prosperidade e crescimento em todo o país, com as regiões Norte e Nordeste se saindo piores do que as regiões Sul e Sudeste. Grandes desigualdades em várias dimensões afetam o status da saúde.

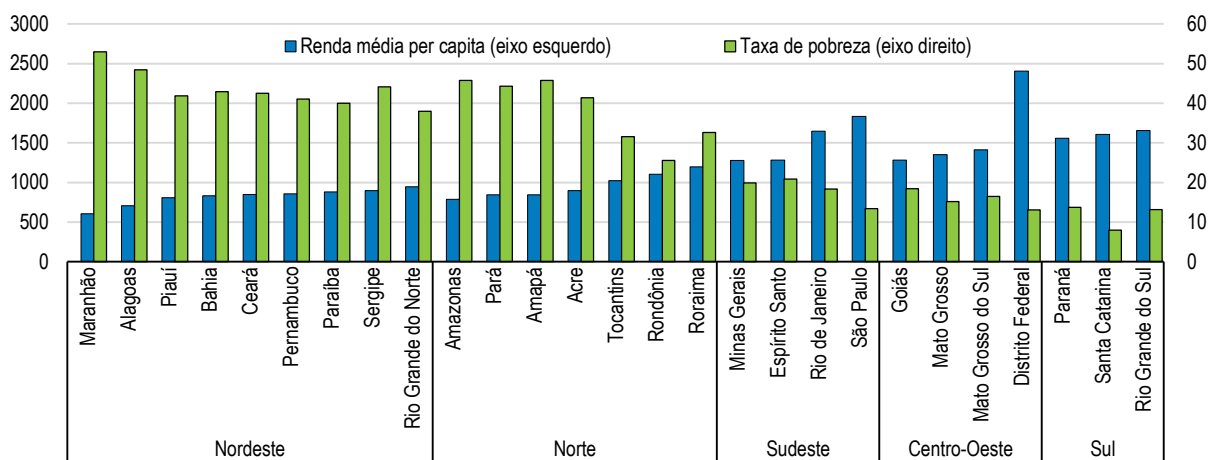
2.2.1. Apesar do progresso, as desigualdades socioeconômicas continuam sendo um problema significativo no Brasil

O Brasil teve forte crescimento econômico combinado com notável progresso social nas últimas duas décadas. Em 2010, o PIB do Brasil cresceu 7,5%, em comparação com cerca de 3% nos países da OCDE. Atualmente, os benefícios sociais chegam a mais de 15% do PIB e são caracterizados por uma focalização precária, se forem incluídas as pensões. Como resultado, as taxas de pobreza foram reduzidas de 41% da população em 2001 para 19% em 2019.¹ Programas públicos contribuíram para a redução das taxas de pobreza (OCDE, 2020^[3]). Estudos recentes mostram que o programa Bolsa Família sozinho reduziu as taxas de pobreza em 15% (Ferreira de Souza, Osorio and Paiva e Sergei Soares, 2019^[4]).

Esses avanços também geraram redução na desigualdade de renda. De 2001 a 2011, o GINI da desigualdade de renda no Brasil caiu continuamente de cerca de 58 para 52. No entanto, o indicador voltou a subir nos últimos anos, para em torno de 53, e continua sendo um problema significativo no Brasil. Atualmente, os 10% mais ricos da população possuem uma renda que supera em quatro vezes os rendimentos dos 40% mais pobres (OCDE, 2020^[3]).

As desigualdades regionais são outro desafio crucial no Brasil. A distribuição de renda nas regiões brasileiras é altamente desigual. A renda média no estado do Maranhão, no Nordeste, é inferior à metade da média nacional. O oposto é verdade em relação à pobreza. As taxas de pobreza nas regiões Norte e Nordeste são de três a quatro vezes maiores do que nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul (Imagem 2.1). Grandes disparidades regionais também existem no que diz respeito à informalidade e analfabetismo no mercado de trabalho, que são três a quatro vezes mais comuns nos estados da região Nordeste do que na relativamente rica região Sudeste (OCDE, 2020^[3]). Como o contexto social e econômico influencia fortemente os resultados de saúde, as disparidades econômicas entre as regiões estão refletidas no status de saúde e seus resultados.

Imagem 2.1. Desigualdades socioeconômicas entre as regiões, 2019



Fonte: IBGE (2019^[5]), Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população.

2.2.2. A gestão do Sistema Único de Saúde do Brasil é descentralizada

Os princípios e a estrutura do sistema de atenção à saúde brasileiro foram concebidos em 1988, após a aprovação da nova Constituição brasileira que estabeleceu a saúde como direito universal para toda a população. A saúde tornou-se responsabilidade do Estado com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS está estruturado em torno de três prioridades (Massuda et al., 2020^[6]):

- O direito universal à atenção à saúde integral em todos os níveis de complexidade (primário, secundário e terciário).
- Descentralização com responsabilidades atribuídas aos três níveis de governo: federal, estadual e municipal
- Participação social na formulação e acompanhamento da implementação das políticas de saúde por meio dos conselhos de saúde federais, estaduais e municipais.

A gestão do SUS é dividida em três diferentes níveis de governança: Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde. No âmbito federal, o Ministério da Saúde define os objetivos gerais do SUS e define o desenvolvimento de políticas, o planejamento do financiamento, a auditoria e o controle das políticas e serviços de saúde relacionados ao SUS. É responsável pela coordenação geral das prioridades e ações nacionais definidas no Plano Plurianual 2020-23 e no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020-23. Os objetivos relacionados à saúde no Plano Plurianual 2020-23 são a expansão da cobertura e resolutividade da APS, melhorando a prevenção e fortalecendo a integração entre os serviços de atenção à saúde. O PNS 2020-23 elabora os objetivos da política de saúde do SUS, com a definição de sete programas (Ministério da Saúde, 2020^[7]):

- Assistência farmacêutica no SUS
- Serviços especializados de atenção à saúde
- APS
- Desenvolvimento científico, tecnológico e produtivo em saúde
- Gestão e organização do SUS
- Proteção, promoção e recuperação da saúde indígena
- Vigilância de saúde

Na área da APS, o PNS 2020-23 está estruturado em torno de três prioridades. Em primeiro lugar, a expansão do acesso à APS e sua infraestrutura. Em segundo lugar, a melhoria na digitalização das unidades de APS, com melhor integração de dados e uso de prontuários médicos eletrônicos nas regiões Norte e Nordeste. Em terceiro lugar, o aumento da promoção e prevenção em saúde nos níveis de APS para abordar os fatores de risco para a saúde (por exemplo, nutrição e tabagismo) e encorajar a realização de exames de rastreio (por exemplo, citopatologia e mamografia). O PNS 2020-23 define 20 objetivos na área da APS, com metas específicas a atingir até 2023, como, por exemplo, o número de Equipes de Saúde da Família (tanto para a população geral como para a população de encarcerados), cobertura odontológica, consultas de pré-natal de gestantes, cobertura de exames de citopatologia e mamografia e qualidade de saúde mental (Tabela 2.1).

Tabela 2.1. Objetivos do PNS 2020-23 na área de APS

	Metas	Indicadores	Nível de Referência	Meta para 2023
1	Aumentar para 72% a cobertura populacional da APS	Cobertura populacional da APS	63,5%	72,7%
2	Aumentar para 185 o número de Equipes de “Consultório na Rua”	Número de Equipes de “Consultório na Rua”	154	185
3	Aumentar para 2000 o número de Unidades de Saúde da Família com jornada de trabalho ampliada, financiadas pelo Programa Saúde na Hora	Número de Unidades de Saúde da Família em regime de jornada de trabalho ampliada, financiadas pelo Programa Saúde na Hora	264	2000
4	Aumentar para 155 o número de equipes de referência de APS focadas em adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas	Número de equipes de referência de APS focadas em adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas	119	155
5	Aumentar para 677 o número de equipes de saúde nas prisões	Número de equipes de saúde nas prisões	357	677

	Metas	Indicadores	Nível de Referência	Meta para 2023
6	Aumentar a taxa de ocupação de mais de 85% das vagas oferecidas por meio de programas de provimento médico federais (projeto Mais Médicos + programa Médicos pelo Brasil)	Taxa de ocupação das vagas oferecidas por meio de programas de provimento médicos federais	82%	>85%
7	Aumentar para 80% a proporção de mulheres grávidas com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas durante as primeiras 20 semanas de gravidez	Porcentagem de mulheres grávidas com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas durante as primeiras 20 semanas de gravidez	40%	80%
8	Aumentar para 49% a cobertura populacional dos Centros de Especialidades Odontológicas	Percentual da população atendida por Centros de Especialidades Odontológicas	45%	49%
9	Alcançar 689 Centros de Especialidades Odontológicas que aderiram à Rede de Atenção às Pessoas com Deficiências	Número de Centros de Especialidades Odontológicas que aderiram à Rede de Atenção às Pessoas com Deficiências	579	689
10	Aumentar para 46% a cobertura da população no que se refere a Equipes de Saúde Odontológica	Percentual da população atendida por Equipes de Saúde Odontológica	42%	46%
11	Aumentar para 3.118 o número de municípios com serviços de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária	Número de municípios com serviços de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária	2468	3118
12	Aumentar para 60% a proporção de gestantes com consultas pré-natal na APS que realizaram consultas odontológicas individuais com Equipes de Saúde Odontológica	Proporção de gestantes com consultas odontológicas realizadas	25%	60%
13	Implementar 39 Unidades de Saúde da Família Fluvial	Número de Unidades de Saúde da Família Fluvial implementadas	19	39
14	Implementar atendimento psicossocial extra-hospitalar com foco em situações agudas em 14 capitais	Quantidade de capitais com atendimento psicossocial extra-hospitalar com foco em situações graves	0	14
15	Reduzir para 26 dias o tempo médio de internações psiquiátricas em instituições médicas	Tempo médio de internação psiquiátrica	45	26
16	Aumentar para 1,2% a proporção de consultas de dependentes de álcool nos Centros de Atenção Psicossocial	Porcentagem de consultas de dependentes de álcool nos Centros de Atenção Psicossocial	0,6%	1,2%
17	Aumentar em 80% a parcela de beneficiários do Programa Bolsa Família que têm suas condições de saúde acompanhadas na APS	Porcentagem de beneficiários do Bolsa Família com condições de saúde monitoradas no nível da APS	76,08%	80%
18	Aumentar para 48% a proporção de mulheres entre 25 e 64 anos de idade que fizeram exame de citopatologia nos últimos 3 anos	Porcentagem de mulheres entre 25 e 64 anos de idade que fizeram exame de citopatologia nos últimos 3 anos	36%	48%
19	Aumentar para 35% a proporção de mulheres entre 50 e 69 anos de idade que fizeram exame de mamografia nos últimos 2 anos	Porcentagem de mulheres entre 50 e 69 anos de idade que fizeram exame de mamografia nos últimos 2 anos	23%	35%
20	Reduzir a proporção de cesarianas para 52,4%	Porcentagem de cesarianas	55,7%	52,4%

Fonte: (Ministério da Saúde, 2020^[77]), Plano Nacional De Saúde 2020-2023.

Os 26 governos estaduais, por meio de suas secretarias de saúde, são responsáveis pela governança e pela organização do sistema regional de saúde, coordenação de programas estratégicos e prestação de serviços de atenção à saúde especializados que não foram descentralizados para os municípios. Em nível local, 5.570 municípios, por meio de suas secretarias municipais de saúde, cuidam da gestão do SUS, incluindo cofinanciamento, coordenação de programas de saúde e prestação direta e contratação de serviços de saúde, incluindo serviços de APS (Massuda et al., 2020^[61]).

O Pacto Interfederativo da Gestão Executiva permite que o SUS tenha um funcionamento dinâmico por meio de acordos entre cada ente federativo, com a constituição dos seguintes conselhos ou comissões:

- O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) reúne os secretários de saúde dos estados e do Distrito Federal com o objetivo de implantar os princípios, legislações e diretrizes do

SUS nas ações e serviços de saúde. O CONASS também permite a troca de experiências e informações entre os Secretários de Estado.

- O Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) representa as secretarias municipais de saúde, com o objetivo de orientar os gestores de saúde na prestação dos serviços de APS.
- O Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) reúne secretários municipais de saúde para discutir e coordenar questões estratégicas de saúde.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) são órgãos importantes para o desenvolvimento de estratégias do SUS e alocação de recursos por meio de consenso coletivo das diferentes esferas de governo (ver Quadro 2.1). O Conselho Nacional de Saúde, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, também está envolvido na formulação das prioridades e ações da APS. A revisão do sistema de saúde da OCDE fornece descrição detalhada desses órgãos de governança (OCDE, 2021^[8]).

Desde a criação do SUS, o Brasil realizou progressos substanciais para alcançar a cobertura universal de saúde. Praticamente toda a população está coberta por benefícios e proteção financeira iguais dentro do setor de saúde pública. Desde o seu início, um forte foco do SUS foi fortalecer o papel da APS para reduzir as desigualdades na saúde e melhorar o acesso aos serviços, mas também se distanciar do sistema de saúde que era historicamente muito centralizado nos hospitais.

Quadro 2.1. A Governança da APS no Brasil

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) descreve a governança da APS no Brasil, as funções dos principais agentes e outros aspectos estratégicos da política de APS. O governo federal, os governos estaduais e os municípios são os principais agentes envolvidos na governança da APS no Brasil. As competências específicas de cada esfera do governo estão previstas na Constituição Federal e na PNAB (artigo 7, Ord. 2.436).

A formulação de prioridades de políticas e ações para o setor de APS é acordada e aprovada durante a CIT, que é composta por representantes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS. As decisões sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos para a gestão da APS são tomadas em consenso.

No âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de APS (SAPS) (criada em 2019 - Decreto nº 9.795) é responsável pela definição e coordenação da PNAB. Também é responsável pela alocação de recursos federais para o financiamento da APS (mensal, regular e automática), dando suporte integrado aos gestores estaduais e municipais, formulando estratégias de monitoramento e melhoria da qualidade da APS, estabelecendo diretrizes nacionais e fornecendo apoio técnico-educacional para gestores e profissionais de APS.

Os estados definem ações, estratégias e diretrizes de APS descentralizadas, bem como regras para a implantação da PNAB durante a CIB, a qual é formada por representantes das secretarias estaduais de saúde e dos COSEMs. Os estados devem destinar recursos financeiros para a APS, monitorar suas ações e a qualidade do atendimento nos municípios, e verificar a qualidade e a consistência das informações enviadas pelos municípios. Podem também fornecer apoio institucional aos municípios no processo de implementação e monitoramento da APS e expansão da Estratégia de Saúde da Família. Espera-se que os estados forneçam instrumentos técnicos e educacionais aos municípios para facilitar a formação e a educação continuada de gestores e profissionais da APS.

Os municípios possuem a principal atribuição no que se refere à prestação e financiamento dos serviços de APS. São responsáveis pela organização, gestão e prestação de serviços e ações em

cada território. Os municípios devem prestar suporte às equipes e unidades da APS no processo de monitoramento e ampliação da Estratégia de Saúde da Família. Para tanto, os municípios selecionam, contratam e remuneram os profissionais da APS de acordo com a legislação vigente, assim como garantem que as equipes e unidades da APS tenham recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para a execução dos serviços de APS. Eles também podem organizar um fluxo efetivo de pacientes no SUS e adotar mecanismos de encaminhamento para garantir uma coordenação de cuidados eficaz. Os municípios devem manter o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços e equipamentos disponibilizados mensalmente no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde conforme regulamentação específica. A participação da comunidade também deve ser garantida por meio do controle social. Por fim, os municípios são obrigados a analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados coletados nos sistemas nacionais de informação de saúde a serem encaminhados às demais esferas de gestão, utilizá-los no planejamento da atenção à saúde e divulgar os resultados.

Fonte: Informações fornecidas pelo Ministério da Saúde do Brasil.

2.2.3. O Brasil prioriza gastos com APS

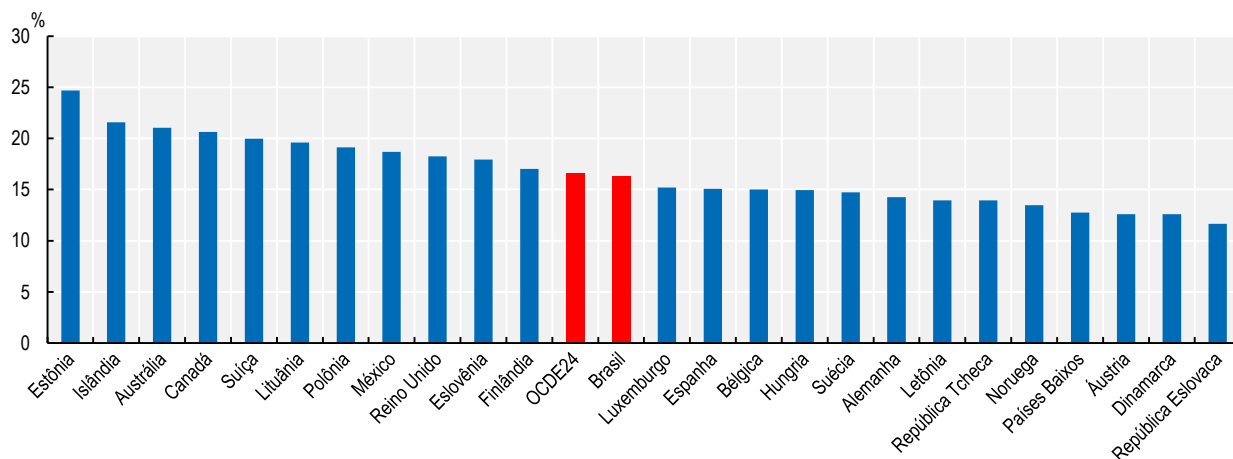
O sistema público de saúde é financiado por receitas fiscais e contribuições sociais de todos os três níveis de governo. Por lei, o governo federal é obrigado a gastar 15% da receita corrente líquida com saúde, os estados 12% de sua receita total e os municípios 15% (Massuda et al., 2020^[9]). Há relatos de que, nos últimos 30 anos, a parcela do financiamento municipal aumentou para atingir quase um quarto de suas próprias receitas totais com saúde (Massuda et al., 2020^[9]).

No SUS, o governo federal tradicionalmente financia cerca de um terço dos custos totais de APS (33%), com o restante financiado predominantemente por municípios (61%) (Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 2018^[10]). A participação dos estados é a menor, com poucos casos em que esses cofinanciam políticas de APS.

Analisando a composição dos gastos gerais com saúde em um contexto internacional, o Brasil parece dar maior prioridade aos gastos com APS do que muitos países da OCDE. Em 2019, o Brasil destinou cerca de 16% de seus recursos financeiros para atendimento ambulatorial geral, atendimento odontológico, cuidados curativos domiciliares e atividades preventivas (Imagem 2.2).

Em 2020, o orçamento destinado à APS pelo governo federal foi de R\$ 20,9 bilhões, ante R\$ 17,5 bilhões em 2019 (CONASEMS, 2020^[11]). No total, o governo federal aumentou seu orçamento de APS em cerca de R\$ 3,4 bilhões entre 2019 e 2020.

Imagem 2.2. Gastos com APS como uma parte dos atuais gastos com saúde, 2019 ou ano mais próximo



Observação: Os serviços básicos de saúde combinam atendimento ambulatorial geral, atendimento odontológico, atendimento curativo domiciliar e atividades preventivas fornecidas independentemente do ambiente. Podem ser usados como substituto de APS nas comparações internacionais.

Fonte: OECD (2021^[12]), Estatísticas de Saúde da OCDE, <http://stats.oecd.org>; Ministério da Saúde do Brasil.

2.3. Necessidades de atenção à saúde da população brasileira

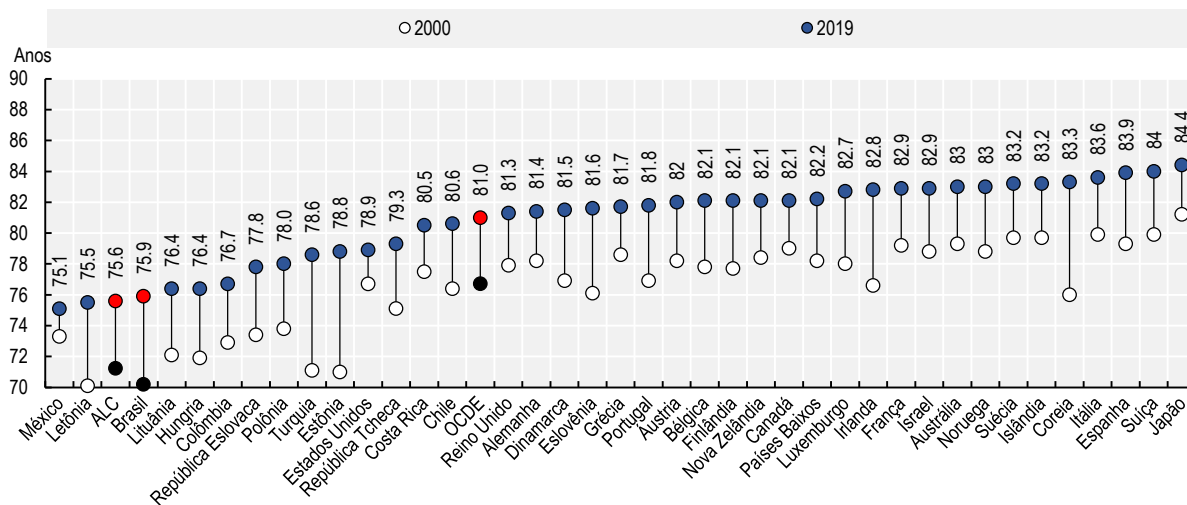
Desde o início do SUS, o Brasil fez avanços significativos ao progredir na maioria dos indicadores relativos à saúde da população em geral. O Brasil, entretanto, está passando por uma profunda transição demográfica. Como resultado da queda nas taxas de fertilidade e mortalidade, a população brasileira está envelhecendo de forma acelerada. O rápido envelhecimento da população e o aumento dos fatores de risco para a saúde no Brasil (notadamente as taxas de sobrepeso crescentes) andam de mãos dadas com aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, que exige prevenção eficaz e APS mais forte para melhor administrar o ônus das condições crônicas.

2.3.1. A expectativa de vida ao nascer melhorou nos últimos anos, mas ainda está ficando para trás em relação a outros países da OCDE

A expectativa de vida ao nascer no Brasil aumentou rapidamente nas últimas décadas, mas ainda está cinco anos abaixo da média da OCDE de 81 anos, porém acima da média da ALC de 75,9 anos (ver Imagem 2.3). No Brasil, a expectativa de vida ao nascer aumentou em mais de 5 anos entre 2000 e 2018 (passando de 70,2 para 75,6 anos), em comparação com 4 anos nos países da OCDE. A lacuna de longevidade entre o Brasil e outros países da OCDE diminuiu de 6,5 para 5 anos.

Imagem 2.3. A expectativa de vida ao nascer no Brasil aumentou nas últimas décadas

Expectativa de vida ao nascer entre os países da OCDE e ALC, 2000 e 2019 (ou anos mais próximos)



Fonte: OECD (2021^[12]), Estatísticas de Saúde da OCDE, <http://stats.oecd.org>, Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial Online 2021.

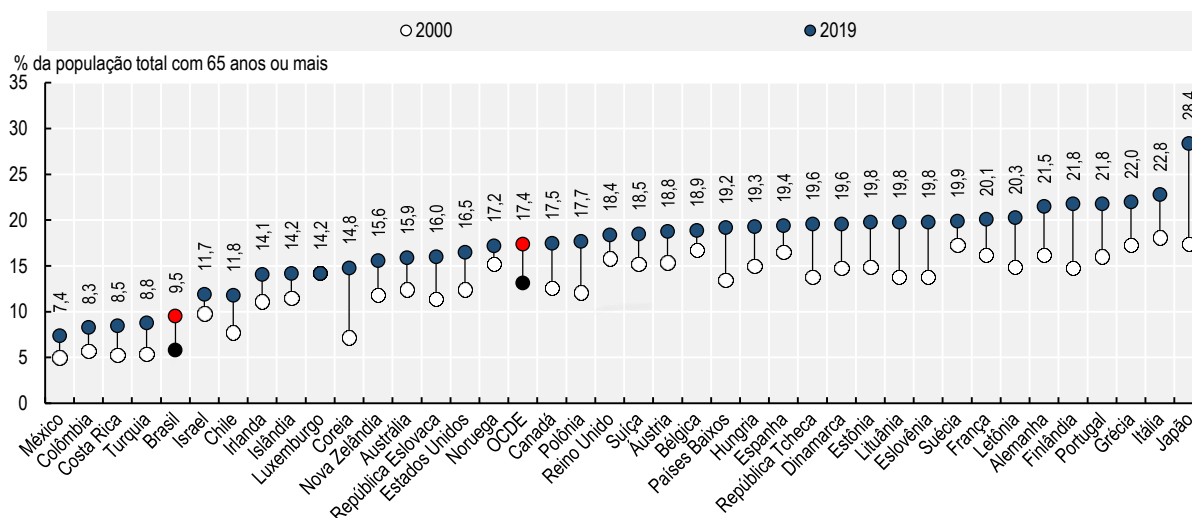
As taxas de mortalidade infantil diminuíram de 30,4 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2000 para 13,2 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2017. Apesar dessa redução, a taxa de mortalidade infantil no Brasil ainda está acima da média da OCDE de 3,5 mortes por 1000 nascidos vivos. O mesmo se aplica às taxas de mortalidade materna no Brasil, que diminuíram para 60 mulheres por 100.000 nascidos vivos em 2017 (redução de 13 pontos percentuais desde 2000), embora ainda maior do que a média da OCDE de 8 por 100.000 nascidos vivos, mas inferior à média da ALC de 83 (OCDE/The World Bank, 2020^[13]).

2.3.2. O Brasil enfrenta rápido envelhecimento de sua população

O Brasil, assim como outros países da OCDE, está passando por uma transição demográfica caracterizada por uma mudança de altos níveis de mortalidade e fertilidade para níveis mais baixos. A taxa de fertilidade caiu de 2,9 nascimentos por mulher em 1990 para 1,7 nascimentos por mulher (OCDE, 2021^[14]). A combinação da redução de taxas de mortalidade (resultando no aumento da expectativa de vida) e taxas de fertilidade causa rápido envelhecimento da população. A parcela da população com mais de 65 anos de idade aumentou 65% na última década, passando de 5,8% em 2000 para 9,5% em 2019 (Imagem 2.4). Em toda a OCDE, a proporção aumentou 32% no mesmo período, passando de 13,1 em 2000 para 17,4 em 2019.

Portanto, projeta-se que o índice de dependência (o número de pessoas em idade ativa para cada pessoa com 65 anos ou mais) diminua substancialmente até 2050, próximo ao nível da OCDE. O rápido envelhecimento populacional tem impacto importante na saúde da população no Brasil, pressionando o sistema de atenção à saúde e a economia.

Imagem 2.4. Parte da população com mais de 65 anos, 2000 e 2019

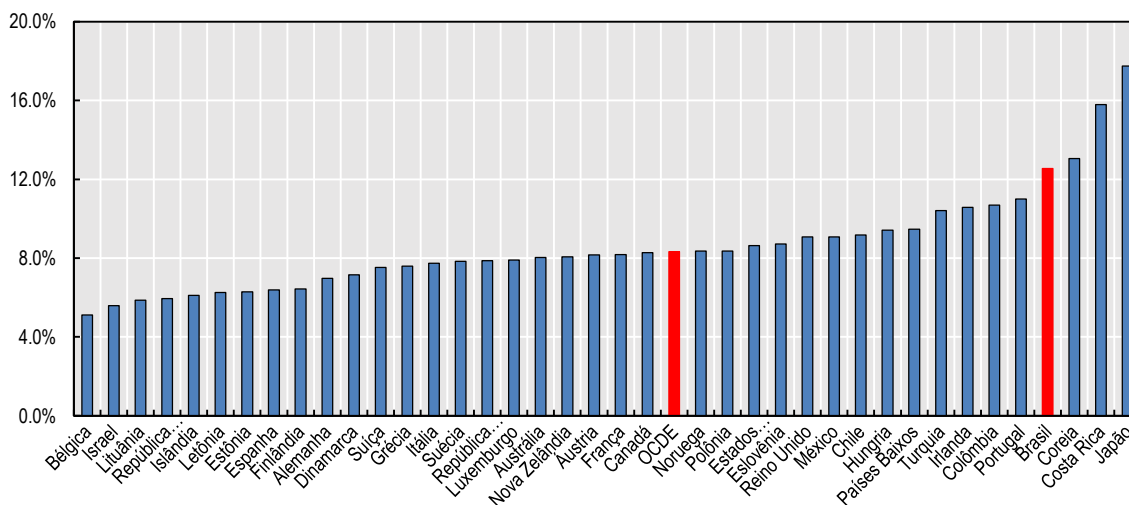


Fonte: OECD (2021^[12]), Estatísticas de Saúde da OCDE, <http://stats.oecd.org>.

2.3.3. Fatores de risco para a saúde cada vez maiores e problemas de saúde decorrentes são uma grande preocupação

Diversos fatores de risco para a saúde são preocupantes no Brasil, incluindo principalmente o excesso de peso. O excesso de peso é importante fator de risco para várias doenças crônicas não transmissíveis, incluindo diabetes, doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer. Embora o sobrepeso no Brasil esteja atualmente abaixo da média da OCDE, a tendência é que ele aumente cada vez mais. Em 2016, as estimativas mostram que 56,5% dos adultos no Brasil estavam com sobrepeso, próximo à média da OCDE de 58,4%. No entanto, o Brasil apresentou a quarta maior variação no excesso de peso entre 2006 e 2016, com crescimento de 13% na última década, em comparação com aumento de 8% em toda a OCDE. Esta é a terceira maior taxa de crescimento, atrás do Japão, Costa Rica e Coreia (Imagem 2.5).

Imagem 2.5. Alterações nas taxas de sobrepeso em adultos entre 2016 e 2006

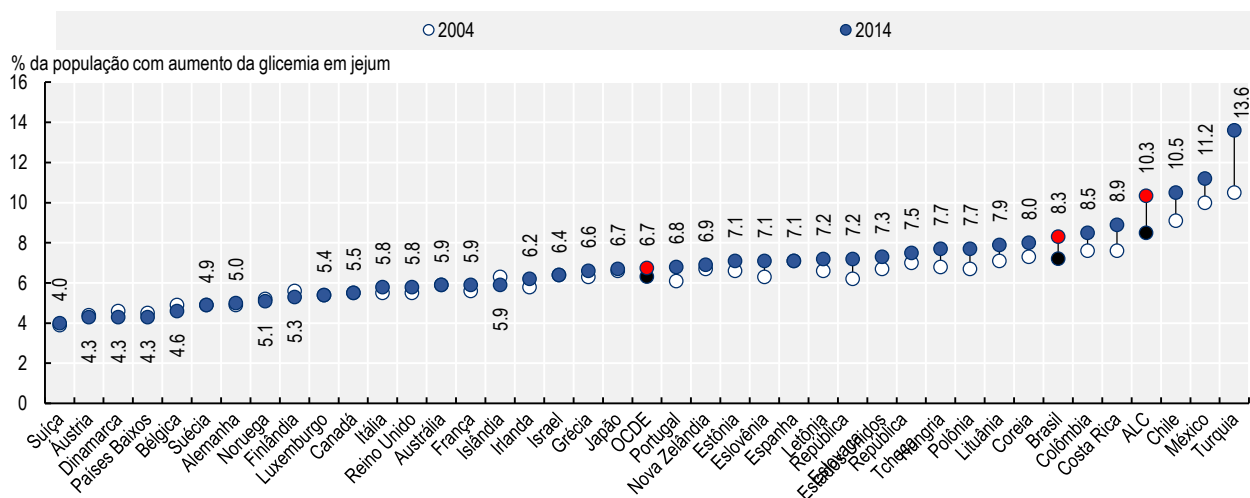


Fonte: OECD (2021^[12]), Estatísticas de Saúde da OCDE, <http://stats.oecd.org>.

As taxas de excesso de peso em crianças no Brasil também estão aumentando rapidamente. Em 2016, o Brasil tinha uma taxa de sobrepeso infantil de 28%, muito próxima da média de 28,5% dos países da OCDE. No entanto, o Brasil passou por um aumento de 27% entre 2006 e 2016, superior ao aumento de 15% na OCDE. O aumento nas taxas de excesso de peso nas crianças significa maior risco de doenças cardiovasculares ou diabetes durante a idade adulta, pressionando ainda mais o setor de APS.

No presente momento, quando comparado aos países da OCDE, a diabetes já tem uma carga maior de doença no Brasil. Níveis elevados de açúcar no sangue podem levar ao desenvolvimento de diabetes. A glicemia em jejum (FBG) contribui para diagnosticar e monitorar a diabetes. No Brasil, 8,4% da população tinha FBG acima do recomendado em 2014, superior à média de 6,7% nos países da OCDE. É importante ressaltar que, entre 2004 e 2014, o Brasil registrou um dos maiores aumentos em sua população com FBG acima do recomendado, com aumento de 15,3% (Imagem 2.6). Apenas a Turquia, México, Chile, Costa Rica e Colômbia tiveram aumentos maiores entre os países da OCDE, evidenciando uma tendência preocupante no Brasil.

Imagem 2.6. Aumento da glicemia em jejum entre adultos no Brasil e OCDE, 2004 e 2014



Fonte: WHO Global Health Observatory (2017^[15]), <https://www.who.int/data/gho>.

De maneira geral, com o aumento dos fatores de risco para a saúde, é crescente a predominância de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Em 2017, quatro doenças crônicas não transmissíveis dominaram as causas de mortalidade no Brasil: doenças do aparelho circulatório (27%), neoplasias (17%), doenças respiratórias crônicas (12%), causas externas (12%) e diabetes (5%), em comparação com apenas duas em 1990 (doenças cardiovasculares com 27,8% e neoplasias com 11,4%).

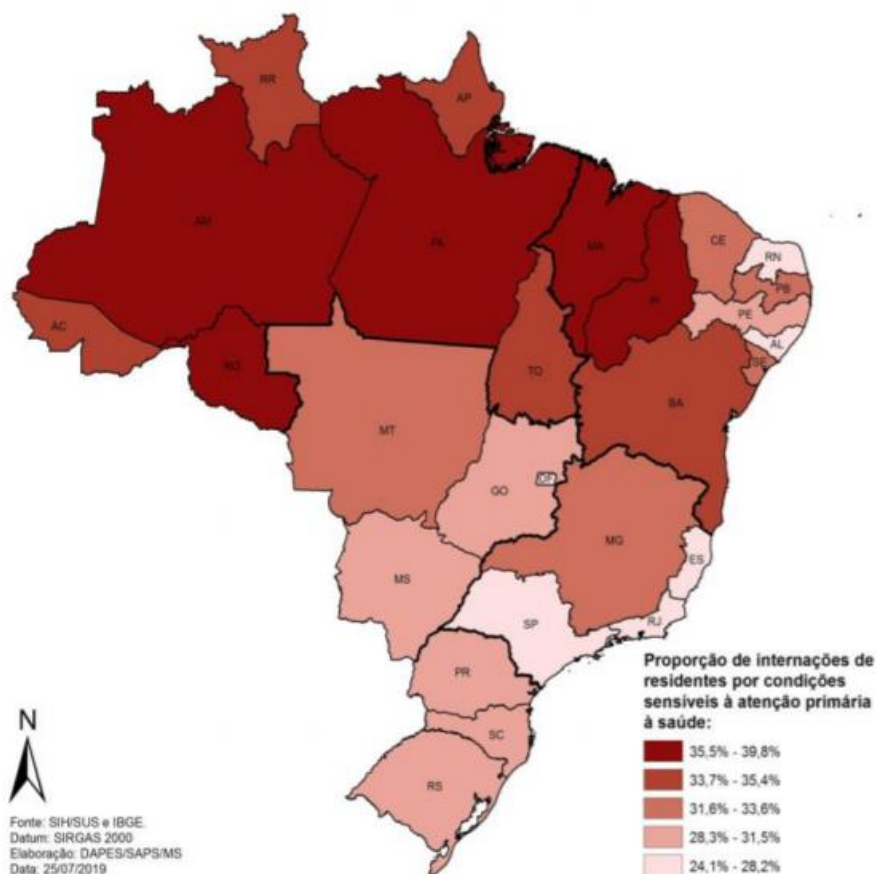
2.3.4. Existem grandes diferenças regionais na saúde

Existem grandes desigualdades regionais no status de saúde em todo o Brasil, onde os municípios mais vulneráveis apresentam consistentemente desfechos de saúde piores do que a média nacional. Embora a taxa de mortalidade infantil no Brasil tenha diminuído de 47,1 para 12,4 por 1.000 nascidos vivos entre 1990 e 2019, existem grandes diferenças na magnitude dessa redução nas regiões do Brasil. A região Nordeste apresentou a queda mais significativa, de 80%, no período, enquanto o menor grau de redução ocorreu nas regiões Centro-Oeste e Norte (redução de 62%) (Szwarcwald et al., 2020^[16]).

Outra ilustração das diferenças regionais em saúde pode ser vista em termos de internação evitável por doenças que poderiam ser tratadas nos ambientes de APS. A proporção de internações por doenças que

poderiam ser tratadas de maneira mais eficaz no cenário da APS varia de 24% na região Sul a 40% na região Norte (Imagem 2.7). Essas diferenças regionais indicam que algumas áreas remotas e vulneráveis requerem mais atenção do que outras para melhorar a qualidade da APS.

Imagem 2.7. Parcela de internações hospitalares devido a doenças que poderiam ser tratadas na APS, população com 60 anos ou mais por região, 2019



Fonte: Ministério da Saúde (2020_[2]), Plano Nacional de Saúde 2020-23.

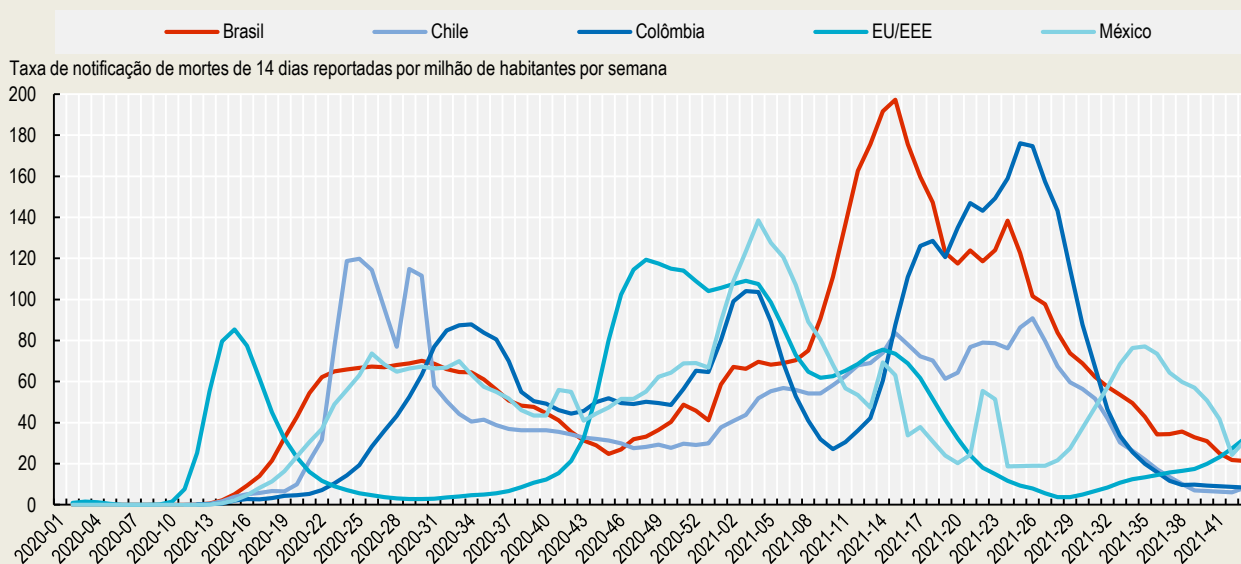
Há também desigualdades significativas nas taxas de vacinação contra febre amarela nos estados brasileiros onde tal vacinação tenha sido recomendada, variando, em 2018, de 21,8% no Sergipe a 100% no Distrito Federal e Roraima (a média nacional para todos os estados onde a vacina é recomendada é de 64,1%).

As desigualdades regionais de saúde agravaram o impacto da pandemia de COVID-19 e provavelmente exacerbaram as desigualdades em saúde no futuro. A população mais carente e vulnerável tem maior probabilidade de ser afetada pelo vírus COVID-19, não apenas por causa das condições precárias de vida e trabalho, mas também porque é mais provável que sofra de comorbidades e fatores de risco da COVID-19. As taxas de mortalidade no Estado do Amazonas foram quatro vezes superiores à média nacional, principalmente entre os indígenas (Pires, Carvalho and Rawet, 2020_[17]). Quadro 2.2 apresenta o impacto da COVID-19 na saúde no Brasil.

Quadro 2.2. Impacto da COVID-19 na saúde no Brasil

O primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi notificado em 25 de fevereiro de 2020. Desde então, o impacto na saúde da população tem sido grande. O número total de mortes registradas é superior a 611.000 em 17 de novembro de 2021, com 41.000 mortes registradas mensais médias em 2021. Isso situa a doença como a primeira causa de morte durante a pandemia, quando comparado com os valores mensais médios de mortes atribuídas a outras doenças entre 2015 e 2016, sendo que os mais altos são 30.000 por doenças circulatórias, 18.500 por câncer e 13.000 para doenças do aparelho respiratório. No entanto, existem evidências científicas que apontam para uma subnotificação de cerca de 22% devido às limitações para a realização do rastreamento SARS-CoV-2 pelo teste RT-PCR (Carvalho, Boschiero and Marson, 2021^[18]).

Imagem 2.8. Evolução da taxa de mortalidade por COVID-19 no Brasil e em países selecionados da OCDE entre março de 2020 e 31 de outubro de 2021



Fonte: ECDC (2021^[19]), COVID-19 atualizações de situação, <https://www.ecdc.europa.eu/en>.

A curva epidêmica de mortalidade no Brasil passou por um aumento no número de casos no início de abril de 2020, atingindo o primeiro pico durante julho de 2020, mais tarde do que a Europa nos primeiros meses da pandemia (Imagem 2.8). Em seguida, os casos começaram a diminuir, mas ainda com alto nível de circulação do vírus e altas taxas de mortalidade, semelhantes a outros países latino-americanos como o Chile, Colômbia e México, mas diferentes da Europa, onde a mortalidade diminuiu substancialmente entre julho e setembro. Em meados de novembro, os casos no Brasil voltaram a aumentar. No início de abril de 2021, a taxa de mortalidade no Brasil atingiu seus níveis mais altos desde o início da pandemia e depois começou a cair.

Um dos problemas mais importantes na gestão da pandemia de COVID-19 no Brasil foram as deficiências na governança do setor de saúde. No âmbito federal, durante o primeiro ano da pandemia, quatro diferentes ministros da saúde ocuparam o cargo, o que limita a continuidade na gestão de resposta à crise. A comunicação do risco pelas autoridades federais também tem sido conflitante e confusa para a população. O Brasil não é o único, visto que outros países da OCDE adotaram abordagens semelhantes.

Conforme destacado no Capítulo 3, a crise de COVID-19 demonstra a importância de colocar a APS no centro dos sistemas de saúde, tanto para reduzir a pressão sobre os sistemas quanto para minimizar complicações

e mortes diretas por COVID-19, bem como para manter a rotina contínua de cuidados aos pacientes que não tem COVID-19.

2.4. Organização e estrutura do setor de APS

No Brasil, os 5.570 municípios cuidam da gestão, organização e prestação de APS. O programa Estratégia de Saúde da Família lançado em 1994 foi notável. Baseado em equipes multiprofissionais de APS (denominadas Equipes de Saúde da Família), a expansão da Estratégia de Saúde da Família levou à melhoria na cobertura e nos desfechos de atenção à saúde. A priorização pelo SUS no que se refere à APS permitiu contato mais fácil com os serviços de saúde nas comunidades.

2.4.1. Os municípios são os principais responsáveis pela gestão e prestação de APS

Desde a implementação, em 1994, do programa federal denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), também conhecido como Programa Saúde da Família, os 5.570 municípios têm sido os principais responsáveis pela gestão e prestação de APS. Com financiamento da União, os municípios têm liberdade para organizar as equipes de saúde da família de acordo com as necessidades da população e características geográficas.

A ESF é um programa descentralizado com o objetivo de expandir o sistema de APS no Brasil para uma atenção à saúde mais coordenada, abrangente e contínua. O objetivo geral era garantir o acesso universal aos serviços de atenção à saúde para todos os brasileiros sob a organização geral do SUS (Macinko and Harris, 2015^[20]; Castro et al., 2019^[21]). A ESF passou a ser o principal mecanismo de ampliação da cobertura dos serviços de APS no Brasil. A ESF resultou em duas grandes mudanças. Primeiro, uma mudança nas prioridades, do tratamento de pacientes com doenças para a prestação de cuidados abrangentes e prevenção de doenças por meio da promoção ativa da saúde. Em segundo lugar, uma mudança na governança, de estados para municípios, para permitir maior responsabilidade e mais colaboração entre os setores público e privado.

A ESF é financiada por meio de transferências federais, mas também inclui contribuições financeiras dos municípios. Conforme mencionado anteriormente, os municípios são os principais agentes financiadores de APS. Os municípios de menor porte (até 20 mil habitantes), onde não há outra oferta de serviços de atenção à saúde, gastam cerca de 60% de seu orçamento para a saúde com APS.

2.4.2. A APS pública é gratuita e deve ser o ponto de contato inicial com o SUS

O SUS oferece serviços preventivos e de APS gratuitos. Os serviços que são cobertos publicamente são baseados em condições de saúde, procedimentos clínicos e não clínicos e grupos populacionais-alvo. A lista de serviços é gradualmente adaptada para refletir as mudanças na saúde da população. O tratamento e o controle das principais condições crônicas (como hipertensão e diabetes) foram adicionados à lista de serviços cobertos (OCDE, 2015^[22]). O Ministério da Saúde negocia com as secretarias estaduais e municipais de saúde a definição de novos serviços de atenção à saúde a serem cobertos pelo SUS.

Espera-se que a APS da ESF seja o ponto de contato inicial para pacientes com novas necessidades de saúde, embora não funcione como “porta de entrada” e muitos brasileiros tenham acesso direto às especialidades ambulatoriais e hospitalares. Por exemplo, a última Pesquisa sobre Informações de Saúde constatou que cerca de 50% da população diabética identificou unidades básicas de saúde como último contato com o sistema de saúde, 11% usaram unidades públicas especializadas em hospitais, 6% unidades públicas de urgência e 30% hospitais particulares ou clínicas (IGBE, 2020^[23]).

Isso é diferente em muitos outros países da OCDE, como a Austrália, Canadá ou Reino Unido, onde os clínicos gerais atuam como a porta de entrada do sistema de saúde, já que o encaminhamento é necessário e obrigatório para o acesso a cuidados especializados e hospitalares (OCDE, 2020^[24]).

Na APS, o setor privado atua de forma mais complementar, pois os planos de saúde oferecem principalmente serviços especializados e hospitalares. Porém, os planos de saúde do setor privado passaram a oferecer acesso aos médicos de família sem copagamento como alternativa às consultas especializadas (Massuda et al., 2020^[9]).

2.4.3. A APS no Brasil é prestada por Equipes multidisciplinares de Saúde da Família

Antes de 1994, o papel da APS e da promoção da saúde era limitado e os serviços eram prestados predominantemente em uma variedade de hospitais. Por ser um programa de APS de grande escala com base na comunidade, a ESF conta com equipes multiprofissionais denominadas Equipes de Saúde da Família (eSFs). Cada eSF é designada para uma área geográfica, cobrindo até 4.000 indivíduos localizados em áreas não sobrepostas. Isso ajuda as eSFs a considerarem os fatores sociais, econômicos e ambientais da área de abrangência. As eSFs são responsáveis pelo cadastramento de todas as famílias em sua área geográfica e, portanto, são projetadas para facilitar o acesso ao sistema de atenção à saúde (Massuda et al., 2020^[9]).

Vários profissionais de saúde diferentes estão envolvidos na prestação da APS. A ESF inclui médicos, enfermeiros e até 12 agentes comunitários de saúde. Outros profissionais da APS, incluindo nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos, obstetras, ginecologistas e profissionais de saúde pública podem fornecer suporte adicional, dependendo das necessidades locais. As equipes de saúde odontológica foram integradas às eSFs nos últimos anos para oferecer serviços de saúde bucal universais e gratuitos à população. Até 2019, existiam 43.234 Equipes de Saúde da Família e 27.564 Equipes de Saúde Odontológica em funcionamento em todo o Brasil (Imagem 2.9). A prática individual no Brasil está se tornando cada vez mais escassa, embora não haja registro oficial e relato dessa prática.

Esse modelo de prestação de serviços - baseado em equipe multidisciplinar - está bem alinhado com as abordagens modernas da APS, que cobrem vários profissionais com habilidades avançadas de trabalho em equipe (OCDE, 2020^[24]). Tais modelos de APS baseados em equipes ou redes de prestadores foram relatados por 18 países da OCDE em 2018, incluindo a Austrália, Canadá, França, Suíça ou Estados Unidos.

As eSFs atuam em unidades básicas de saúde (UBS) ou outras unidades de APS denominadas clínicas, centros ou postos de saúde, podendo também receber apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs). Os NASFs foram introduzidos em 2008 para fornecer suporte de uma a nove eSFs. Um NASF é composto por assistentes sociais e de saúde, incluindo, por exemplo, acupunturistas, assistentes sociais, profissionais de educação física, farmacêuticos, fisioterapeutas, ginecologistas e obstetras; médicos homeopatas; nutricionistas; pediatras ou psicólogos. Até 2019, existiam 4.487 NASFs em operação em todo o Brasil (ver também o Capítulo 4 para uma descrição detalhada dos NASFs). Em maio de 2021, existia, no Brasil, um total de 50.029 unidades de APS, incluindo, entre outros, UBS, Posto de Saúde e NASFs.

Em 2020, o governo introduziu nova classificação de 12 categorias de equipes de saúde (a Tabela 2.2 resume as várias equipes de saúde da família no Brasil).

A abrangência da atuação de uma eSF tem aumentado gradualmente nos últimos anos para prestar cuidados preventivos proativos e fornecer intervenções de saúde pública, incluindo, por exemplo, programas de imunização e de rastreamento (ver Capítulo 3). Os serviços incluem não apenas a atenção à saúde materno-infantil, mas também envolvem cuidados preventivos, além de controle e gestão de doenças crônicas não transmissíveis (Özçelik et al., 2021^[25]). A ESF também vincula os pacientes a

serviços sociais (como programas de transferência condicional de renda), serviços de água e saneamento, segurança pública e programas escolares (Massuda et al., 2020^[9]).

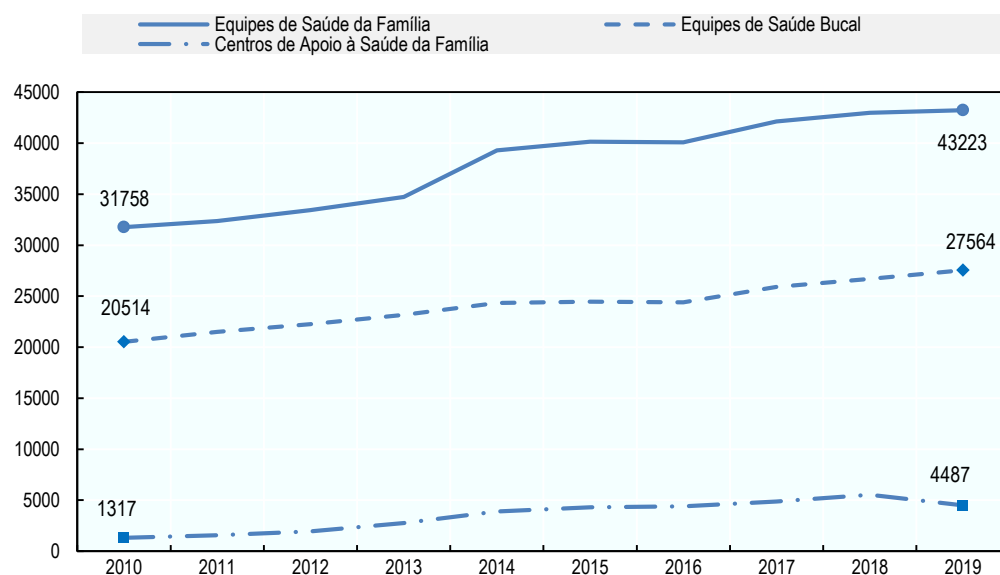
Tabela 2.2. Equipes de APS no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES, 2020

Sigla	Nome oficial
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
EMAD I	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar Tipo I
EMAD II	Equipe Multidisciplinar de Apoio
EMAP	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar Tipo II
EAD	Equipe de Cuidados Domiciliares
eSF	Equipe de Saúde da Família
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eNASF-AP	Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária
ECR	Equipe dos Consultórios na Rua
eAPP	Equipe de Atenção Primária Prisional
eMAESM	Equipe Multiprofissional Atenção Especializada em Saúde Mental
eAP	Equipe de Atenção Primária

2.4.4. A expansão da Estratégia de Saúde da Família tem sido notável, melhorando a cobertura de atenção e os desfechos de saúde

Em 2019, 98% dos municípios já haviam adotado o modelo de Estratégia de Saúde da Família. Em 2019, existiam 43.223 equipes de saúde da família, 27.564 equipes de saúde odontológica e 4.487 postos de apoio à saúde da família (Imagem 2.9), prestando cuidados a mais de 127 milhões de pessoas (61% da população). O número de equipes de saúde da família e equipes de saúde odontológica aumentou 36% e 34%, respectivamente, na última década. Ao mesmo tempo, o número de NASFs mais do que triplicou no mesmo período (Imagem 2.9). Em maio de 2021, havia mais de 50.000 unidades de APS no Brasil, onde as equipes podem prestar serviços.

Imagem 2.9. O número de Equipes de Saúde da Família aumentou quase 40% na última década



Fonte: Informações fornecidas pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Existem fortes indícios que sugerem que a ESF oferece melhor acesso e qualidade do que outros postos e centros de saúde tradicionais (Massuda et al., 2020^[9]). Em uma análise sistemática da literatura sobre o impacto da ESF no Brasil, Bastos et al. (2017) mostram que o aumento da cobertura de atenção à saúde por meio da expansão de ESF foi consistentemente associado à melhora da mortalidade infantil (Bastos et al., 2017^[26]). Uma análise longitudinal usando dados agrupados mostra que o aumento de 10% na cobertura da ESF foi associado à redução de 4,5% na taxa de mortalidade infantil, todos os demais itens mantendo-se iguais (Macinko, Guanais and Marinho De Souza, 2006^[27]).

Entre os adultos, a expansão da ESF foi associada a reduções nas internações por diabetes mellitus e problemas respiratórios (Guanais and MacInko, 2009^[28]). Estimativas mostram que a ESF pode ter contribuído para um número estimado de menos 126 mil internações entre 1999 e 2002. Mais recentemente, Pinto e Giovanella (2018) mostram que a implantação da ESF estava associada à redução de 45% das taxas de internação padronizadas por 10.000 habitantes entre 2001 e 2016. A redução foi particularmente pronunciada em internações devido a asma, gastroenterite e doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (Pinto and Giovanella, 2018^[29]). A implantação da ESF também está associada positivamente a uma redução significativa no número de internações por insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral por 10.000 habitantes de 1998 a 2013 (De Fátima Barros Cavalcante et al., 2018^[30]). Melhor prevenção de condições sensíveis à APS, maior acompanhamento de condições crônicas, diagnóstico aprimorado e acesso mais fácil a medicamentos explicam, em parte, a melhoria na qualidade da atenção à saúde.

Além de melhorar os desfechos de saúde por meio de melhor acesso ao atendimento, o SUS fez investimentos consideráveis para expandir a disponibilidade e os equipamentos das unidades de APS por meio do programa Requalifica. O programa realiza a construção, ampliação e reforma das instalações de APS, incluindo a construção das Unidades Básicas de Saúde Fluviais, proporcionando melhores condições de acesso e oferta de ações e serviços públicos de saúde. Também inclui ações voltadas à informatização da APS e à qualificação dos trabalhadores de APS (Ministério da Saúde, 2020^[2]).

Embora essas sejam boas notícias, a expansão da ESF também foi marcada por grandes disparidades entre os estados e municípios (Andrade et al., 2018^[31]). A expansão da ESF tem sido heterogênea entre os municípios, principalmente por causa dos desequilíbrios geográficos na oferta de médicos. A falta de médicos de APS em algumas cidades remotas tem sido uma das barreiras mais importantes para a expansão da ESF (Andrade et al., 2018^[31]).

2.4.5. O papel dos agentes comunitários de saúde é de suma importância

Com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), os agentes comunitários de saúde (ACS) passaram a ter papel fundamental no sistema de APS brasileiro. Os ACS são profissionais de saúde pública da linha de frente, geralmente membros das comunidades em que trabalham. Eles têm grande conhecimento sobre as necessidades da população e são fontes confiáveis de informações. A implementação da ESF expandiu o papel dos ACS, no centro da política de APS do país (Wadge et al., 2016^[32]).

Os ACS são membros integrantes das ESF. Eles fornecem suporte abrangente de APS, incluindo rastreio clínico, apoio à gestão de doenças crônicas, triagem, imunizações, prestação de assistência pré- e pós-natal, promoção da saúde, determinantes sociais, participação da comunidade e dados domésticos (Wadge et al., 2016^[32]). Espera-se que eles resolvam muitos problemas de baixo nível, como revisão de medicamentos para pacientes com doenças crônicas, e encaminhem questões mais complexas para médicos e enfermeiras da ESF. No ambulatório ou posto de saúde, o ACS também é responsável por organizar as salas de espera e consultas e oferecer sessões educacionais.

Cada ACS tem no máximo 150 famílias em uma área geográfica e cada família recebe pelo menos uma visita por mês de um ACS dedicado, independentemente das necessidades ou demanda. Os pacientes

não podem escolher seu ACS. As visitas mensais permitem atividades de promoção da saúde e atendimento clínico básico, verificando se as prescrições foram preenchidas e se os pacientes estão tomando seus medicamentos regularmente, identificando fatores de risco para a saúde ou outros determinantes sociais, mas também coletando dados individuais e domiciliares (Wadge et al., 2016^[32]). Os ACS também ajudam a coordenar os serviços de APS com os esforços de saúde pública.

Em 2020, mais de 250.000 ACS serviam 61% da população (Capítulo 5), ante 60.000 em 1998. O requisito mínimo para se tornar um ACS é o ensino médio, mas cerca de dois terços deles possuem educação superior. Os ACS são mais frequentemente recrutados dentro da sua própria comunidade. É uma profissão estável e respeitada e, como resultado, a rotatividade é baixa.

Um grande conjunto de indícios demonstra o impacto positivo dos ACS na satisfação do paciente e na educação sobre saúde, principalmente para grupos vulneráveis e de baixa renda (Wadge et al., 2016^[32]) (Grossman-Kahn et al., 2018^[33]). Os ACSs estão sendo essenciais para responder com eficácia às doenças pelo Zika vírus, fornecendo, por exemplo, conselhos de saúde e relatórios de incidência. Os ACS poderiam, assim, ter desempenhado papel mais importante no apoio à resposta à COVID-19. Até agora, indícios mostram que apenas cerca de 9% dos ACS receberam treinamento para controle de infecções e equipamento de proteção individual durante a pandemia. Eles não receberam guia claro sobre seu papel na resposta à COVID-19. A pandemia de COVID-19 revelou problemas de governança ligados ao setor de saúde, principalmente devido à falta de liderança e supervisão do governo federal. A comunicação de risco pelas autoridades federais também está sendo conflitante e confusa para a população e os trabalhadores de APS, sem coordenação geral (Lotta et al., 2020^[34]).

2.4.6. Os municípios são responsáveis pela contratação de profissionais de saúde para a APS, com grandes variações em todo o país

No sistema de atenção à saúde descentralizado, os municípios são responsáveis pela organização, gestão e prestação dos serviços de APS. Em 2020, o governo federal repassou R\$20,9 bilhões aos municípios, então responsáveis pela organização e prestação dos serviços de APS por meio da contratação de membros de eSF como servidores públicos. Como cada município define o nível de salários dos membros da equipe de saúde, há grandes variações salariais em todo o país (Massuda et al., 2020^[6]).

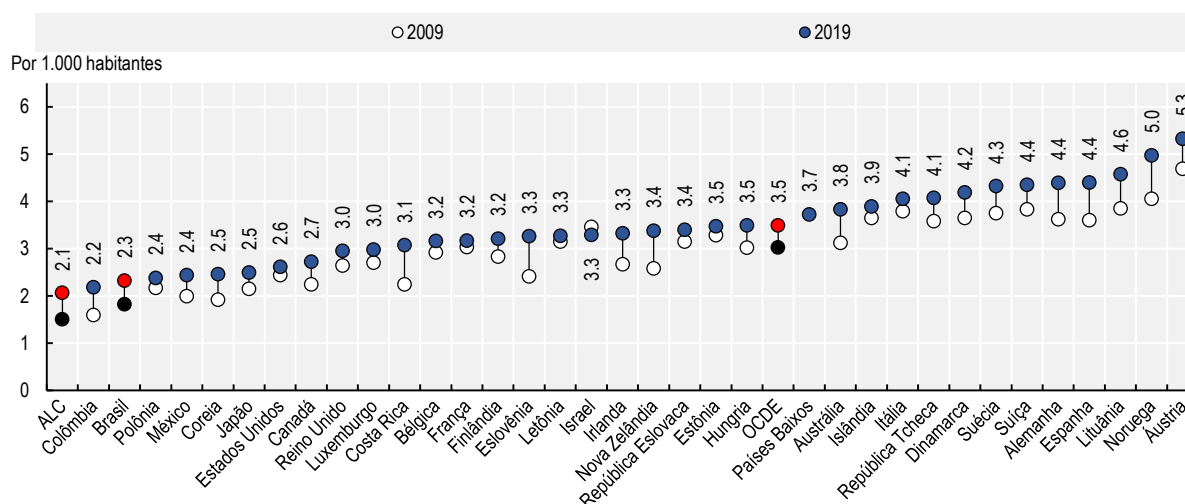
Existem três tipos de contrato possíveis com o município:

- Funcionários públicos: há servidores públicos contratados na forma de estatutários (são assalariados, têm cargo estável e há teto salarial);
- Trabalhadores privados contratados por organizações sociais, ONGs privadas sem fins lucrativos (mas os indícios sugerem a existência de casos de corrupção em tais esquemas),
- Trabalhadores privados contratados por ONGs de organizações sociais de propriedade do Governo.

2.4.7. Existem poucos médicos de APS no Brasil

O número de médicos de APS treinados está bem abaixo dos países da OCDE e de outros países da ALC. No Brasil, o número de médicos em exercício por 1.000 habitantes em 2019 era muito baixo em comparação com a média da OCDE, de 2,3 em comparação com 3,5 (Imagem 2.10). Esse número está entre os de densidade mais baixa, logo acima da Colômbia (com 2,2 médicos por 1.000 habitantes e a média da ALC (2,1 médicos por 1.000 habitantes). No entanto, o número de médicos aumentou 50% no Brasil na última década.

Imagem 2.10. Médicos por 1.000 habitantes, 2009 e 2019 (ou último ano disponível)



Fonte: OECD (2021^[12]), <http://stats.oecd.org>; Ministério da Saúde do Brasil.

Tabela 2.3. Distribuição de especialidades médicas selecionadas por região, 2018

	Médicos sem treinamento especializado	Médicos com treinamento especializado	Clínica médica	Medicina da Família e Comunidade
Norte	10118	10766	3,4%	4,6%
Nordeste	34461	46162	18,0%	14,8%
Sudeste	91124	153180	52,3%	43,1%
Sul	20948	47482	17,3%	31,6%
Centro-Oeste	12828	24708	8,9%	5,8%
Número total	169479	282298	42728	5486
%	37,5% de todos os médicos	62,5% de todos os médicos	11,2% de todos os especialistas	1,4% de todos os especialistas

Fonte: Scheffer et al. (2018^[35]), Demografia Médica No Brasil 2018.

Ao mesmo tempo, embora a especialidade de medicina da família e comunidade tenha sido introduzida como uma especialidade clínica licenciada, o número de médicos de APS não aumentou de maneira conforme. No Brasil, a APS é realizada principalmente por médicos que não possuem nenhuma especialidade e/ou médicos com especialidade em clínica médica (ver Capítulo 5).

Em 2020, existiam cerca de 60 mil médicos trabalhando em APS, ao lado de 50 mil enfermeiras e 35 mil dentistas atualmente em exercício no Brasil. Em 2018, apenas 5.486 médicos tinham formação na especialidade Medicina da Família e Comunidade, representando apenas 1,4% do total de especialistas no Brasil (ver Tabela 2.3). Os médicos especializados em clínica médica que possuem algumas competências em medicina da família para prestar APS representam 11,2% de todos os especialistas no Brasil. Por fim, existem 169.479 médicos sem formação na especialidade, o que representa cerca de 37% do total de médicos.

2.4.8. A distribuição desigual de médicos é grande preocupação no Brasil

Há disparidade marcante na concentração de médicos em diferentes regiões e estados, e entre capitais e outras partes dos estados. Ao todo, são 2,3 médicos por mil habitantes, mas há capitais com mais de

12 médicos por mil habitantes - como Vitória, no Espírito Santo - e regiões do interior do Nordeste ou na Amazônia com valores abaixo de um médico por mil habitantes. O Sudeste é a região com maior densidade de médicos por habitante (com 2,81 por mil habitantes), comparado com 1,16 por mil habitantes no Norte e 1,41 no Nordeste (Scheffer et al., 2018^[35]).

Entre os estados, o Distrito Federal tem a maior densidade com 4,35 médicos por mil habitantes, seguido pelo Rio de Janeiro com 3,55 médicos por mil habitantes, São Paulo (2,81), Rio Grande do Sul (2,56), Espírito Santo (2,40) e Minas Gerais (2,30). Na outra ponta da escala, estão os estados do Norte e Nordeste. O Maranhão apresenta a menor densidade de médicos com 0,87 médicos por mil habitantes, seguido pelo Pará com 0,97 médicos por mil habitantes (Scheffer et al., 2018^[35]).

Desigualdades geográficas na distribuição de médicos acontecem quando olhamos para médicos com treinamento em especialidades. Os indícios indicam agrupamento de especialistas em APS em algumas regiões: as regiões mais bem abastecidas são as regiões Sul e Sudeste, seguidas pelo Centro-Oeste (Scheffer et al., 2018^[35]). O desequilíbrio na força de trabalho entre as regiões é analisado em mais detalhes no Capítulo 5 deste relatório.

Várias iniciativas em todo o país estão tentando resolver os desequilíbrios na distribuição dos profissionais de saúde. O Brasil introduziu diversos programas para melhorar o acesso à formação médica em comunidades carentes, incluindo o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde de 2001, o Programa de Valorização dos Profissionais de APS de 2011 e o Programa Mais Médicos de 2013.

Conforme descrito pelos Capítulos 4 e 5 deste relatório, o Programa Mais Médicos (PMM) é considerado a maior iniciativa governamental do mundo de recrutamento de médicos nacionais e estrangeiros para trabalhar em ambientes de APS em municípios que normalmente enfrentavam dificuldades de recrutamento e retenção. Até novembro de 2020, o programa era responsável pela presença de 16.426 médicos em 3.837 municípios brasileiros. Esse programa provou ter resultados positivos, por exemplo, em termos de investimento em unidades de APS, disponibilidade de médicos e desfechos de saúde (Hone et al., 2020^[36]; Netto et al., 2018^[37]).

Por outro lado, cargos de médico não ocupados ainda são comuns no Brasil, mesmo após a implementação do PMM. Em abril de 2019, estima-se que 3.847 cargos de médico no setor público em quase 3.000 municípios permaneciam não ocupados (Scheffer et al., 2018^[35]). Os cargos de médico não ocupados no setor de APS certamente impedem a prevenção, o diagnóstico precoce, o acompanhamento de crianças, gravidezes, e a continuação do tratamento para quem tem problemas de saúde subjacentes.

2.5. Conclusão

No Brasil, os 5.570 municípios cuidam da gestão, organização e prestação de APS. O SUS oferece serviços preventivos e de APS gratuitos para sua população, a partir de equipes multiprofissionais de saúde da família. De modo geral, a organização da prestação de APS no Brasil está bem alinhada com as abordagens modernas da APS, que incluem vários profissionais com habilidades avançadas de trabalho em equipe. A priorização pelo SUS no que se refere à APS também permitiu contato mais fácil com os serviços de saúde nas comunidades. A implementação da Estratégia de Saúde da Família, um dos maiores programas de APS comunitária em todo o mundo, contribuiu para aumentar a cobertura da população e levou a melhorias mensuráveis em termos de taxas de mortalidade infantil, saúde materna e internações evitáveis. A expectativa de vida ao nascer no Brasil aumentou rapidamente nas últimas décadas - mais rápido do que nos países da OCDE.

Apesar dos grandes investimentos para melhorar o acesso à APS, a saúde continua sendo distribuída de forma desigual, de modo que as pessoas nas regiões Norte e Nordeste apresentam piores desfechos de saúde. Em parte, essas disparidades estão relacionadas à escassez de mão de obra e desequilíbrios na distribuição de médicos, bem como à menor infraestrutura e equipamentos de APS nas regiões Norte e

Nordeste. Também há um aumento no número de pacientes idosos e uma prevalência crescente de doenças crônicas não transmissíveis, que exigem prevenção mais eficaz e APS mais forte para gerenciar melhor o fardo das condições crônicas. O Brasil precisará continuar a investir em um forte sistema de APS que responda às necessidades em constante mudança das pessoas, capaz de oferecer cuidados contínuos, proativos e preventivos. Os próximos quatro capítulos mostram em detalhes onde as mudanças são necessárias e como isso pode ser alcançado, principalmente para aumentar o rastreamento e a prevenção das principais doenças crônicas não transmissíveis (Capítulo 3), melhorar a qualidade da prestação de APS (Capítulo 4), enfrentar desafios da força de trabalho de APS (Capítulo 5) e promover a digitalização da APS (Capítulo 6).

Referências

- Bastos, M. et al. (2017), “The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review”, *PLoS ONE*, Vol. 12/8, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0182336>. [26]
- Carvalho, T., M. Boschiero and F. Marson (2021), “COVID-19 in Brazil: 150,000 deaths and the Brazilian underreporting”, *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, Vol. 99/3, p. 115258, <http://dx.doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2020.115258>. [18]
- Castro, M. et al. (2019), “Brazil’s unified health system: the first 30 years and prospects for the future”, *The Lancet*, Vol. 394/10195, pp. 345-356, [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)31243-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31243-7). [21]
- CONASEMS (2020), *Painel de Apoio - Previne Brasil – Resultado 2020*, <https://www.conasems.org.br/painel/previne-brasil-resultado-2020/>. [11]
- De Fátima Barros Cavalcante, D. et al. (2018), *Did the family health strategy have an impact on indicators of hospitalizations for stroke and heart failure? Longitudinal study in Brazil: 1998-2013*, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0198428>. [30]
- ECDC (2021), *COVID-19 situation updates*, <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/situation-updates>. [19]
- Ferreira de Souza, P., R. Osorio and L. Paiva e Sergei Soares (2019), *Os Efeitos do Programa Bolsa Família sobre a Pobreza e a Desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos*, https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2499.pdf. [4]
- Grossman-Kahn, R. et al. (2018), “Challenges facing Community Health Workers in Brazil’s Family Health Strategy: a qualitative study”, *Int J Health Plann Manage.*, Vol. 33/2, <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.2456>. [33]
- Guanais, F. and J. MacInko (2009), “Primary care and avoidable hospitalizations: Evidence from Brazil”, *Journal of Ambulatory Care Management*, Vol. 32/2, <http://dx.doi.org/10.1097/JAC.0b013e31819942e51>. [28]
- Hone, T. et al. (2020), “Impact of the Programa Mais médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities”, *BMC Health Services Research*, Vol. 20/1, p. 873, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05716-2>. [36]

- IBGE (2019), *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população*, [5]
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>.
- IBGE (2020), *Pesquisa Nacional de Saude 2019 : percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : Brasil e grandes regiões*, IGBE, [23]
<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=publicacoes>.
- Kroneman, M. (ed.) (2018), “Transition to universal primary health care coverage in Brazil: Analysis of uptake and expansion patterns of Brazil’s Family Health Strategy (1998-2012)”, *PLOS ONE*, Vol. 13/8, p. e0201723, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0201723>. [31]
- Lotta, G. et al. (2020), “Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil”, *The Lancet*, Vol. 396, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31521-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31521-X). [34]
- Macinko, J., F. Guanais and M. Marinho De Souza (2006), “Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 60/1, <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.038323>. [27]
- Macinko, J. and M. Harris (2015), “Brazil’s Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 372/23, pp. 2177-2181, <http://dx.doi.org/10.1056/nejmp1501140>. [20]
- Massuda, A. et al. (2020), *Brazil - International Health Care System Profiles*, Commonwealth Fund, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil> (accessed on 2 December 2020). [6]
- Massuda, A. et al. (2020), *Brazil.*, International Health care System Profiles, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil> (accessed on 8 September 2020). [9]
- Ministério da Saúde (2020), *Plano Nacional de Saúde 2020-2023*. [2]
- Ministério da Saúde (2020), *Plano Nacional De Saúde 2020-2023*, https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf (accessed on 15 March 2021). [7]
- Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz (2018), *Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional: Brasil 2010-2014*, <https://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/22/CONTAS-DO-SUS.pdf>. [10]
- Netto, J. et al. (2018), *Contributions of the Mais Médicos (More Doctors) physician recruitment program for health care in Brazil: An integrative review*, Pan American Health Organization, <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2018.2>. [37]
- OCDE (2021), “Fertility rates (indicator)”, <http://dx.doi.org/10.1787/8272fb01-en>. [14]
- OCDE (2021), *OECD Health Statistics*, <http://stats.oecd.org/>. [12]
- OCDE (2021), *OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/146d0dea-en>. [8]
- OCDE (2020), *OECD Economic Surveys: Brazil*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/250240ad-en>. [3]

- OCDE (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD, Paris, [24]
<https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.
- OCDE (2015), *OECD Economic Surveys: Brazil 2015*, OECD Publishing, Paris, [22]
https://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-bra-2015-en.
- OCDE/The World Bank (2020), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, OECD Publishing, Paris, [13]
<https://dx.doi.org/10.1787/6089164f-en>.
- OCDE/UCLG (2019), *2019 Report of the World Observatory on Subnational Government Finance and Investment – Country Profiles*. [1]
- Özçelik, E. et al. (2021), “A Comparative Case Study: Does the Organization of Primary Health Care in Brazil and Turkey Contribute to Reducing Disparities in Access to Care?”, *Health Systems & Reform*, Vol. 7/2, <http://dx.doi.org/10.1080/23288604.2021.1939931>. [25]
- Pinto, L. and L. Giovanella (2018), “The family health strategy: Expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC)”, *Ciencia e Saude Coletiva*, Vol. 23/6, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>. [29]
- Pires, L., L. Carvalho and E. Rawet (2020), “MULTI-DIMENSIONAL INEQUALITY AND COVID-19 IN BRAZIL”, *IE*, Vol. 80/315. [17]
- Scheffer, M. et al. (2018), *Demographia Médica No Brasil 2018*. [35]
- Szwarcwald, C. et al. (2020), “Inequalities in infant mortality in Brazil at subnational levels in Brazil, 1990 to 2015”, *Population Health Metrics*, Vol. 18/S1, p. 4, <http://dx.doi.org/10.1186/s12963-020-00208-1>. [16]
- Wadge, H. et al. (2016), “Brazil’s Family Health Strategy: Using Community Health Workers to Provide Primary Care”, *The Commonwealth Fund Publication*, Vol. 14/1914. [32]
- WHO Global Health Observatory (2017), , <https://www.who.int/data/gho>. [15]

Observações

¹ As taxas de pobreza são medidas pela proporção do índice de pobreza em US\$ 5,50 por dia (PPC 2011).

3

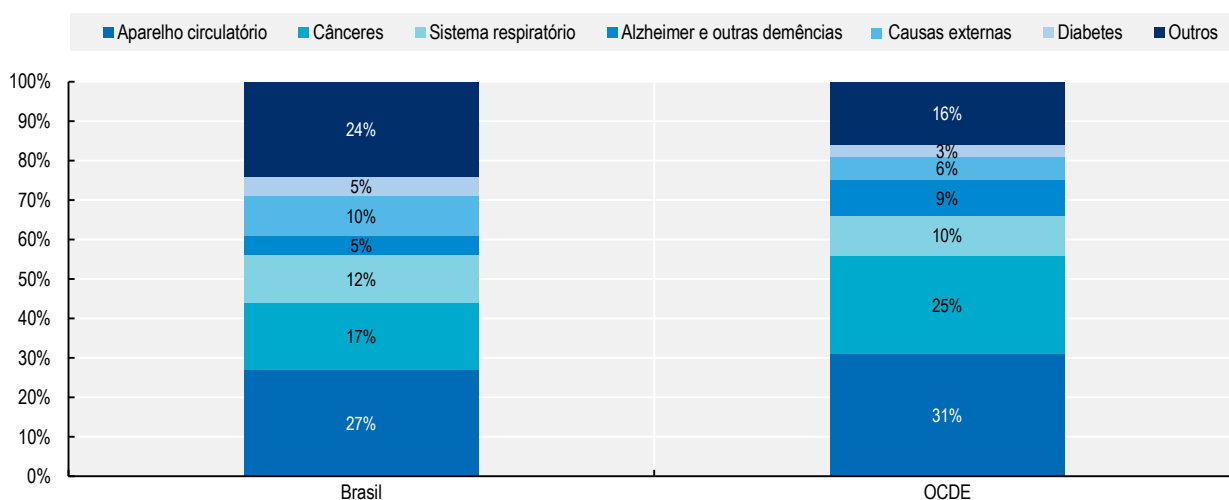
Rastreamento na atenção primária à saúde referente às principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis, como câncer, diabetes e hipertensão, têm um grande peso na saúde pública, e existem mecanismos no setor de APS para fazer o rastreamento de algumas das doenças de maior relevância epidemiológica. Existem estratégias de rastreamento e prevenção de alguns tipos de câncer, hipertensão e diabetes, mas ainda é necessário melhorar a profundidade e a abrangência de tais estratégias, especialmente expandir programas dirigidos à população para detectar câncer de mama e de colo do útero, com uma abordagem personalizada e mais estratégias de comunicação. Em relação a diabetes e hipertensão, o Brasil precisará desenvolver ainda mais os itinerários terapêuticos destas doenças com uma perspectiva centrada nas pessoas, integrando todos os prestadores de atenção à saúde em diferentes setores. As equipes de saúde da família precisarão ter as ferramentas, capacidades e incentivos adequados para assumir essas responsabilidades. Por fim, mas não menos importante, é a necessidade de sistema de informações mais abrangente, baseado em registros e que permita vincular diferentes fontes de dados.

3.1. Introdução

No Brasil, assim como em outros países da OCDE, as doenças crônicas não transmissíveis, como câncer e doenças cardiovasculares, são de grande importância para a saúde pública. As doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de morte no Brasil e nos países da OCDE em 2019, representando 27% e 31% de todas as mortes, respectivamente, seguidas pelo câncer, representando 17% e 25% de todas as mortes. O diabetes no Brasil é a quinta maior causa de mortalidade, com 5% de todas as mortes, superior aos 3% nos países da OCDE (Imagem 3.1). Isso reflete a transição epidemiológica das doenças transmissíveis para as não transmissíveis, onde o envelhecimento da população explica em grande parte esse padrão de mortalidade, mas a prevalência de diferentes fatores de risco e o desempenho do sistema de saúde também desempenham um papel relevante.

Imagem 3.1. Principais causas de mortalidade no Brasil e na OCDE, 2019



Fonte: Estatísticas da Saúde da OCDE (2021^[11]), <http://stats.oecd.org>.

Nesse cenário, o Brasil, com base em seu forte sistema de APS, já construiu mecanismos de rastreamento de algumas das doenças de maior relevância epidemiológica. Alguns tipos de câncer, hipertensão e diabetes estão nessa lista, para os quais as estratégias de rastreamento e prevenção têm se mostrado eficazes e com boa relação custo-benefício, tornando-se uma ótima intervenção de saúde pública. No entanto, muitos desafios permanecem, como, por exemplo, com relação ao aumento da cobertura e expansão para novas doenças.

Este capítulo começa estabelecendo a atual taxa de câncer no Brasil, enquanto explora os pontos fortes e fracos do sistema de rastreamento do câncer no país. Em seguida, analisa o impacto da hipertensão e do diabetes na saúde da população e no sistema de saúde do Brasil e aborda o rastreamento da hipertensão e diabetes tipo 2 na APS como intervenções importantes para controlar essas condições médicas. Ao longo do capítulo, é fornecida uma série de recomendações sobre as prioridades da política para o Brasil no que diz respeito ao aumento da cobertura de rastreamento e a promoção da detecção precoce dessas condições.

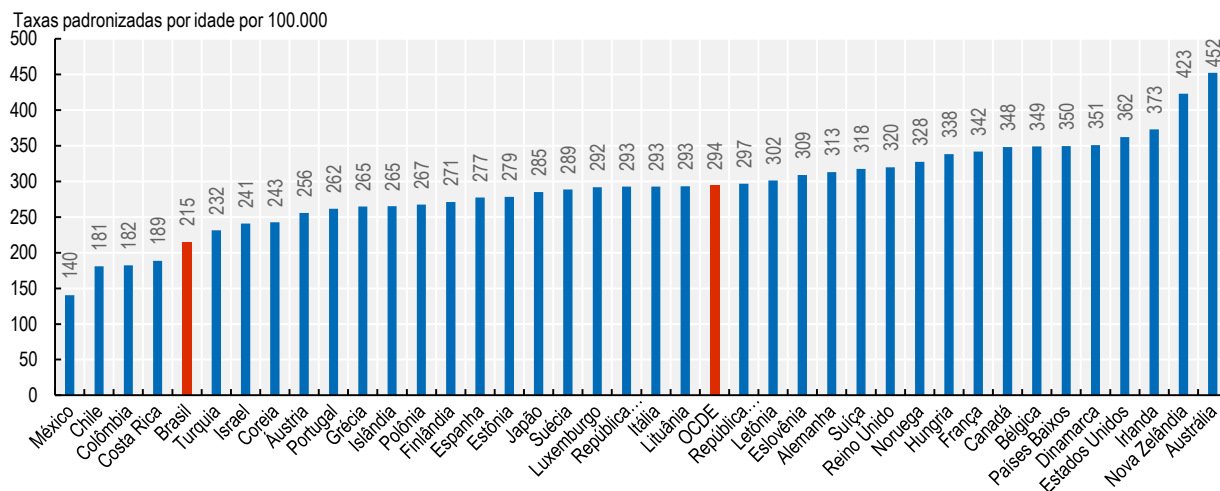
3.2. O câncer no Brasil é reconhecido como grande desafio para a saúde pública, mas muito pode ser feito em termos de prevenção na APS

O câncer é a segunda maior causa de morte nos países da OCDE, mas sua taxa está aumentando mais rapidamente em relação à primeira causa de morte, as doenças do aparelho circulatório. A taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares diminuiu substancialmente nas últimas décadas, enquanto a mortalidade por câncer também diminuiu, mas em ritmo mais lento (OCDE, 2019^[2]). Esta seção resume as taxas de incidência e mortalidade por câncer e suas mudanças ao longo do tempo no Brasil em comparação com os países da OCDE para ilustrar a importância das políticas de saúde pública no Brasil.

3.2.1. O Brasil tem incidência de câncer menor do que os demais países da OCDE, mas a mortalidade se manteve estável quando a taxa diminuiu na grande maioria dos países da OCDE

As taxas de incidência de câncer variam entre os países da OCDE, de mais de 400 novos casos por 100.000 pessoas na Austrália e Nova Zelândia, a menos de 200 casos no México, Chile, Colômbia e Costa Rica. O Brasil registra 215 novos casos por 100.000 habitantes, abaixo da média da OCDE de 294 (Imagem 3.2). É importante notar que as variações entre os países nas taxas de incidência refletem as diferenças não apenas nos novos cânceres que ocorrem a cada ano, mas também nas disparidades entre as políticas nacionais de rastreamento e na qualidade da vigilância e notificação do câncer.

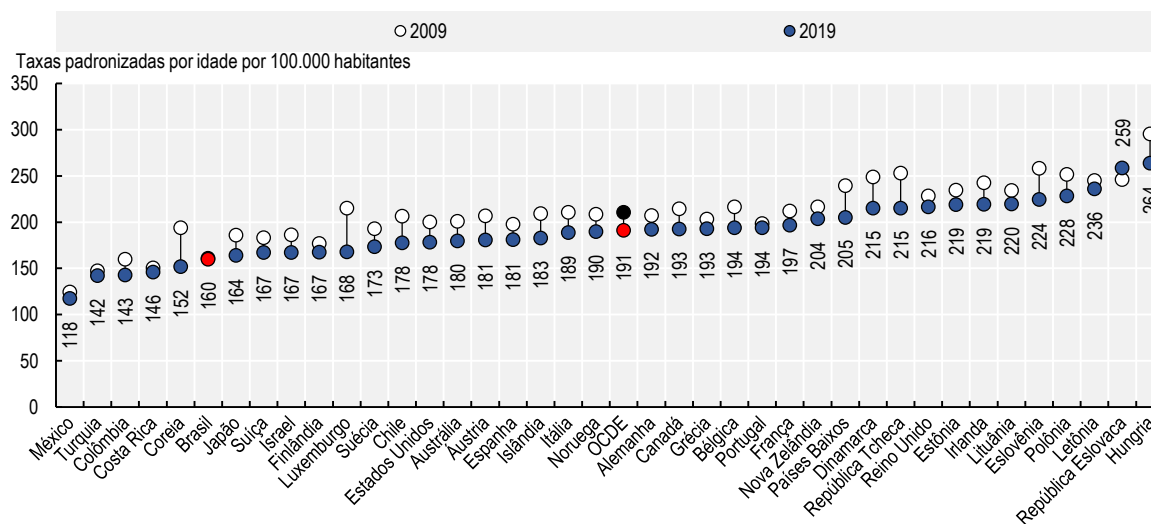
Imagem 3.2. Total da incidência de câncer no Brasil e países da OCDE, 2020 (estimado)



Fonte: Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC), (GLOBOCAN, 2020^[3]), <https://gco.iarc.fr>.

Apesar de ter taxa relativamente baixa de incidência de câncer, a mortalidade por câncer no Brasil não foi reduzida nos últimos anos. Entre 2009 e 2019, a mortalidade por câncer no Brasil passou de 161 para 162 mortes por 100.000 pessoas, enquanto a média da OCDE reduziu de 211 para 196. Essa redução foi observada na maioria dos países da OCDE, exceto no Chile e na Turquia (Imagem 3.3). A diminuição da mortalidade por câncer está relacionada ao diagnóstico precoce, o que traz forte argumento a favor da construção de esquemas de rastreio eficazes.

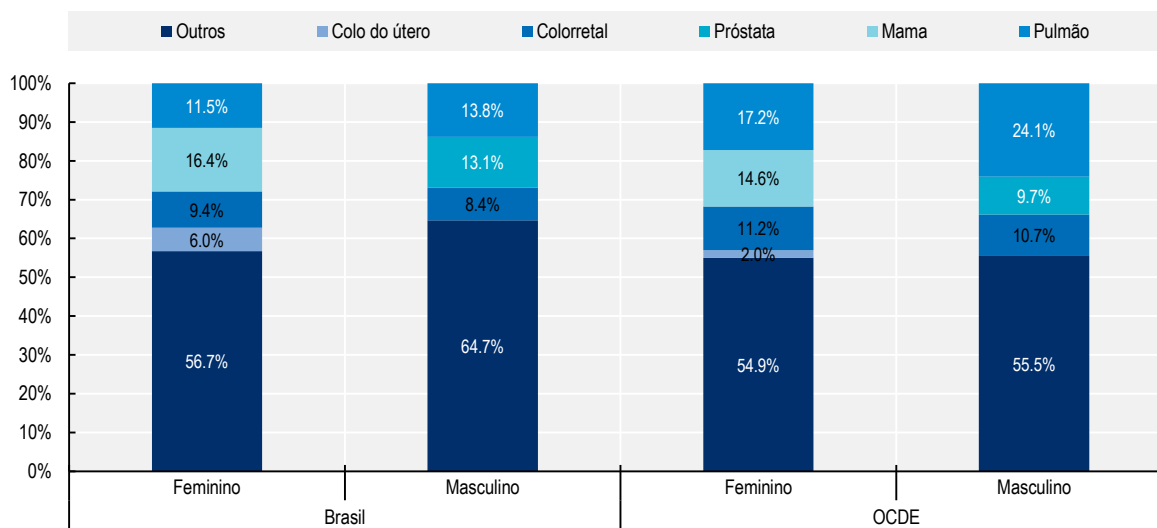
Imagem 3.3. Mortalidade por câncer no Brasil e países da OCDE, 2009 e 2019 (ou último ano disponível)



Fonte: Estatísticas da Saúde da OCDE (2021^[1]), <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>.

No Brasil, entre as mulheres, o câncer de mama é a maior causa de morte, com 20,6 mortes por 100.000 mulheres, representando 16,4% de todas as mortes por câncer de mulheres. As demais maiores causas são o câncer de traqueia, brônquio e pulmão, com 15,7 (11,5%); câncer colorretal e de ânus, com 13,1 (9,4%); e câncer do colo do útero, com 7,4 (6%). Nos países da OCDE, o câncer de traqueia, brônquios e pulmão ocupa o primeiro lugar entre as mulheres e a diferença mais relevante em relação ao Brasil está no câncer do colo do útero, que responde por apenas 2% das mortes por câncer de mulheres. Entre os homens, o câncer de traqueia, brônquios e pulmão explica o maior número de óbitos tanto no Brasil quanto nos países da OCDE, mas a proporção é maior nos outros países, com 24,1% em face de 13,8% no Brasil. Os cânceres de próstata, colorretal e ânus são a segunda e terceira causas de morte por câncer entre os homens no país, enquanto na média da OCDE, o câncer colorretal e de ânus ocupa o segundo lugar (Imagem 3.4).

Imagem 3.4. Principais causas de mortalidade por câncer por gênero no Brasil e países da OCDE em 2019 (ou ano mais próximo)



Observação: Colorretal inclui câncer de cólon, reto e ânus. Pulmão inclui câncer de traqueia, brônquio e de pulmão.

Fonte: Estatísticas da Saúde da OCDE (2021^[11]), <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>.

Como nos países da OCDE, as taxas de mortalidade padronizadas por idade no Brasil devido a todos os tipos de câncer são mais altas entre os homens do que entre as mulheres: 202,8 mortes de homens por 100.000 homens em face de 135,8 mortes de mulheres por 100.000 mulheres. A diferença de gênero na mortalidade por câncer pode ser explicada, pelo menos em parte, pela maior prevalência de alguns fatores de risco entre os homens.

3.2.2. O câncer de mama e de colo do útero têm programas de rastreamento oportunístico de longo prazo, oferecidos principalmente por meio da APS

O controle do câncer de mama e colo do útero no Brasil tem décadas de desenvolvimento, tendo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e o Ministério da Saúde como os principais agentes em termos de planejamento nacional, enquanto a APS nos municípios é responsável pela prestação de cuidado. É importante ressaltar que o rastreio do câncer no Brasil é oportunístico, o que significa que não acontece no âmbito de um programa de base populacional elaborado e administrado em nível central para atingir a maioria da população em risco, mas sim como resultado de uma recomendação feita por um prestador de atenção à saúde durante uma consulta médica de rotina ou por autocuidado das pessoas. Um resumo dos principais desenvolvimentos históricos do rastreamento do câncer de mama e colo do útero é apresentado no Quadro 3.1.

Quadro 3.1. Quase 40 anos de rastreamento do câncer de mama e colo do útero no Brasil

As primeiras ações para o controle do câncer de mama e de colo do útero começaram em 1984, quando o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que propunha atendimento além da atenção tradicional ao ciclo gravídico-puerperal, incluíram ações para a prevenção desses dois tipos de câncer. Em 1986, o Programa de Oncologia foi criado e, em 1991, ele foi finalmente sediado no INCA. Na década de 1990 e no início dos anos 2000, foram desenvolvidos diferentes projetos e programas pilotos, principalmente para o câncer do colo do útero.

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a primeira Política Nacional de Atenção Oncológica, com ênfase no câncer cervical e de mama. O controle desses cânceres passou a ser prioridade na agenda de saúde do país e faz parte do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-22.

Em maio de 2013, ocorreu a última atualização da política nacional de atenção ao câncer, instituindo a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, PNPCC, na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Nesse mesmo ano, foi criado o Sistema de Informação de Controle do Câncer (SISCAN), versão em plataforma web que integra os Sistemas de Informação do Controle de Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMAMA).

Mais recentemente, em 2015, foram publicadas as diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama e, em 2016, as diretrizes nacionais para o rastreamento do câncer do colo do útero e manual para a gestão da qualidade dos laboratórios de citopatologia.

Fonte: INCA (2020^[4]).

Na APS do Brasil, o rastreamento de câncer do colo do útero é realizado por meio do exame citopatológico (Papanicolau), que é oferecido a mulheres de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual. A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é repetir o exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo de um ano. A repetição em um ano após o primeiro teste visa a reduzir a possibilidade de um resultado falso negativo na primeira rodada de rastreamento. A periodicidade de três anos é baseada na recomendação da OMS e nas diretrizes da maioria dos países com um programa de rastreamento organizado (INCA, 2016^[5]). A Tabela 3.1 resume as características dos programas de câncer do colo do útero nos países da OCDE.

Tabela 3.1. Idade alvo e periodicidade do rastreamento do câncer do colo do útero em países da OCDE, 2019

Todo ano	A cada dois anos	A cada três anos	A cada cinco anos	Outros
República Tcheca (15+), Grécia (20+), Luxemburgo (15+), México (25-64), República Eslovaca (23-64)	Austrália (20-69), Japão (20+), Coreia (30+), Letônia (25-70), Costa Rica (20-64)	Bélgica (25-64), Chile (25-64), Dinamarca (23-50), França (25-65), Hungria (25-65), Islândia (23-65), Irlanda (25-44), Israel (25-64), Itália (25-64), Lituânia (25-60), Nova Zelândia (20-69), Eslovênia: (20-64), Espanha (30-39), Suécia (23-50), Suíça (sem limite de idade)	Dinamarca (51-64), Estônia (30-55), Finlândia (30-60), Países Baixos (30-60), Irlanda (45-60), Noruega (25-69), Espanha (40-69), Turquia (30-65), Inglaterra (25-64)	Canadá: sem periodicidade (20-69). Alemanha: sem periodicidade (20+). EUA: A cada um, dois ou três anos, dependendo da cobertura do plano (21+).

Observação: Idade das mulheres alvo entre parênteses.

Fonte: Estatísticas da Saúde da OCDE (2021^[11]), <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>.

Quanto ao câncer de mama, o Ministério da Saúde do Brasil recomenda a mamografia a cada dois anos para mulheres de 50 a 69 anos como estratégia de rastreamento na APS. Além disso, o Ministério da Saúde não recomenda o ensino do autoexame como método de rastreamento e também o rastreio por ultrassom, termografia, tomossíntese e ressonância magnética. Para garantir o diagnóstico precoce do câncer de mama, o Ministério da Saúde recomenda que agentes do SUS desenvolvam estratégias de conscientização, sugiram encaminhamento urgente para serviços de diagnóstico de câncer de mama de pacientes com sintomas específicos e que todos os serviços sejam prestados no mesmo centro (Ministério da Saúde and INCA, 2017^[6]). A Tabela 3.2 resume a idade alvo e as características dos programas de rastreamento do câncer de mama nos países da OCDE.

Tabela 3.2. Idade alvo dos programas de rastreamento de câncer de mama, 2018/19

Com base na população nacional		Com base na população, mas não nacional		Não baseado na população
Faixa etária mais ampla (20 anos +)	Faixa etária mais estreita	Faixa etária mais ampla (20 anos +)	Faixa etária mais estreita	Faixa etária mais ampla (20 anos +)
Austrália (50-69), Bélgica (50-69), Dinamarca (50-69), Finlândia (50-69), França (50-74), Alemanha (50-69), Hungria (45-65), Islândia (40-69), Israel (51-74), Coreia (40+), Letônia (50-69), Lituânia (50-69), Luxemburgo (50-69), Países Baixos (50-75), Nova Zelândia (45-69), Noruega (50-69), Polónia (50-69), Portugal (45-69), Eslovénia (50-69), Espanha (50-69), Suécia (50-69)	Inglaterra (53-69), Estônia (50-65), Irlanda (50-64, mas 50-69 em 2021), Irlanda do Norte (53-70), País de Gales (53-70)	Canadá (50-69), República Tcheca (45+), Itália (50-69), Japão (40+), México (50-69), Suíça (50-70), Turquia (40-69)	Chile (50-64)	Grécia (40+), República Eslovaca (40-69) e Estados Unidos (40 ou 50+)

Observação: Idade das mulheres alvo entre parênteses.

Fonte: Estatísticas da Saúde da OCDE (2021^[11]), <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>.

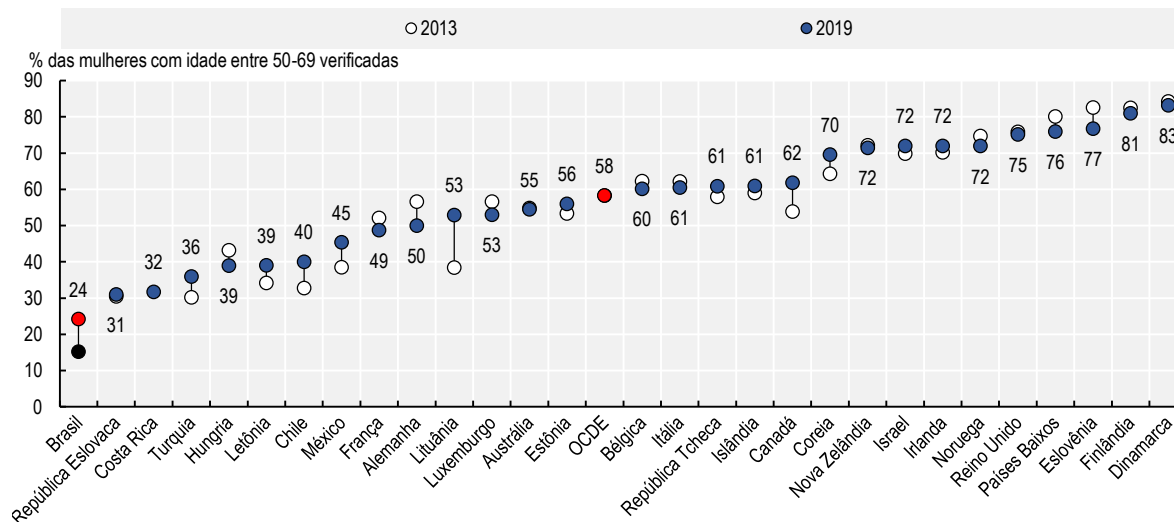
O financiamento desses programas de rastreamento é feito por meio do Ministério da Saúde, que destina recursos aos entes federados (estados e municípios), cabendo principalmente aos municípios a gestão e a prestação dos serviços. Em 2020, foi instituído um novo modelo de financiamento da APS (Programa Previne Brasil), combinando recursos financeiros de capitação ponderada, remuneração por desempenho e recursos para ações em contextos específicos (ver capítulo 4 do relatório). No âmbito do componente de pagamento por desempenho (15% do financiamento total), um dos sete indicadores de meta iniciais recompensa as equipes que realizam o rastreio do câncer do colo do útero.

No que se refere ao sistema de informação de controle do câncer, o PAINEL-Oncologia é um instrumento desenvolvido para fiscalizar a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, a qual estabelece tempo máximo de espera de 60 dias para o início do tratamento de pacientes com neoplasia maligna comprovada. As informações do PAINEL-oncologia se referem ao momento de início do primeiro tratamento oncológico calculado a partir das informações das datas de diagnóstico e tratamento registradas. Também apresenta os casos diagnosticados por meio de exames anatomopatológicos. As informações sobre o diagnóstico do câncer de colo de útero e mama estão disponíveis desde 2013, desde a implantação do Sistema de Informação de Controle do Câncer (SISCAN). Para os outros cânceres, informações diagnósticas decorrentes de biópsia ou exames anatomopatológicos (exceto para câncer de colo do útero e mama) estão disponíveis a partir de maio de 2018, mas, a partir de outras fontes, foi possível calcular o momento de início do primeiro tratamento a partir de 2013 também. Os dados apresentados no PAINEL-oncologia se referem exclusivamente aos usuários que possuem carteira nacional de saúde (DATASUS, 2021^[7]). Além disso, uma rede de 17 Registros de Câncer com Base na População, 16 localizados em capitais e um deles em uma cidade não capital, fornece informações cruciais sobre incidência, tendências e sobrevivência (INCA, 2013^[8]).

3.2.3. O rastreio do câncer de mama e câncer do colo do útero precisa aumentar drasticamente a cobertura entre as populações-alvo

O rastreio do câncer de mama no Brasil melhorou nos últimos anos. Entre 2014 e 2019, passou de 15,2% para 24,2% no grupo-alvo de mulheres de 50 a 69 anos de idade. No entanto, a cobertura do rastreamento do câncer de mama no Brasil é muito baixa quando comparada aos países da OCDE, ficando abaixo de todos os países da OCDE e bem abaixo dos 58% de cobertura média (Imagem 3.5).

Imagem 3.5. Cobertura do rastreamento de câncer de mama no Brasil e países da OCDE, 2013 e 2019

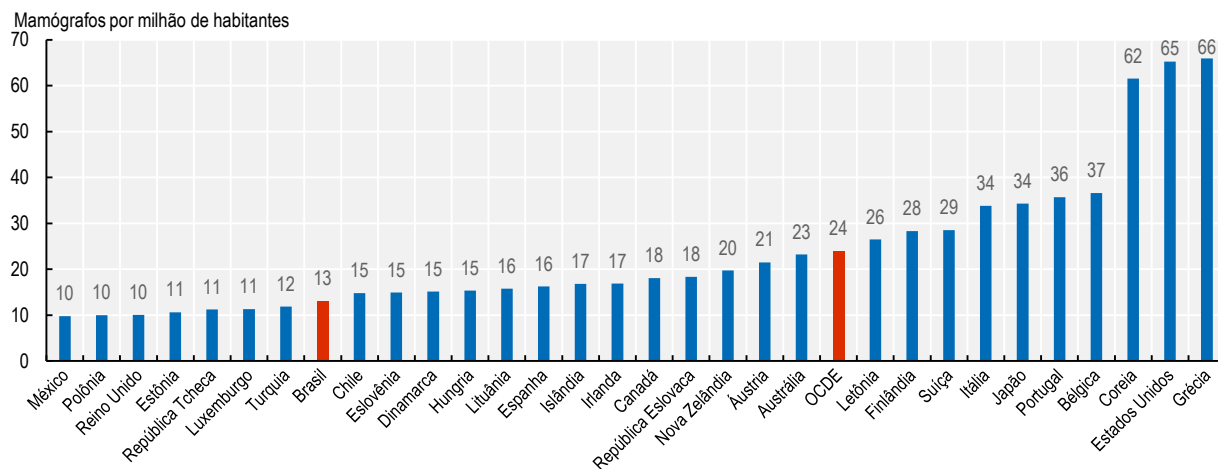


Observação: Os dados do programa são usados para todos os países. O Brasil representa os anos de 2014 e 2019.

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil e Estatísticas da Saúde da OCDE (2021^[1]), <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>.

Um dos principais capacitadores para conduzir o rastreamento do câncer de mama é a disponibilidade de mamógrafos. Em 2020, o Brasil tinha 13 mamógrafos por milhão de pessoas, quase metade do que a média da OCDE de 24 e perto da menor disponibilidade de 10 no México, Polônia e Reino Unido (Imagem 3.6). Essa constatação mostra que o Brasil tem espaço para investir mais em tecnologias médicas com o objetivo de melhorar o acesso justo da população. Ao mesmo tempo, essa expansão do acesso pode ser acompanhada pelo desenvolvimento de estruturas regulatórias nas áreas de registro, avaliação e regras de compra. A existência de diretrizes clínicas atualizadas para o rastreamento do câncer de mama no Brasil é um passo à frente na necessária tarefa de promover o uso racional de tecnologias diagnósticas com o objetivo de reduzir o uso de exames diagnósticos desnecessários, além de subseqüentes procedimentos e tratamentos.

Imagem 3.6. Disponibilidade de mamógrafos no Brasil e países da OCDE, 2019 (ou último ano disponível)



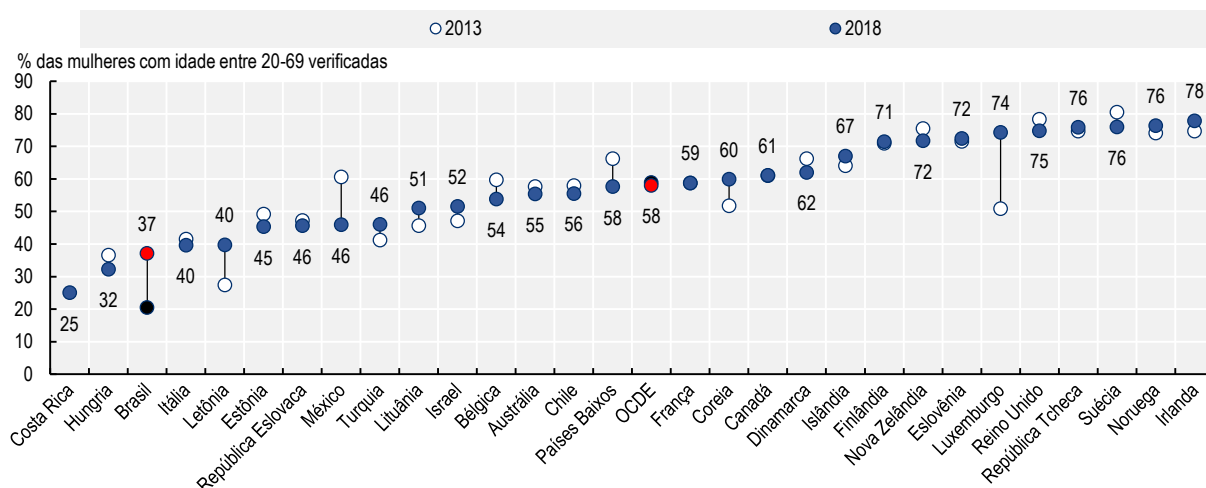
Observação: Os dados do Brasil são referentes ao ano de 2020.

Fonte: Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem e Estatísticas da Saúde da OCDE (2021^[1]), <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>.

Uma revisão sistemática incluindo 30 estudos identificou os principais fatores do sistema de saúde que levaram ao diagnóstico tardio do câncer de mama no Brasil (Da Costa Vieira, Formenton and Bertolini, 2017^[9]). Os resultados evidenciaram problemas relacionados à distribuição dos mamógrafos, com maior proporção de mamógrafos não utilizados no Norte/Nordeste do Brasil, e que a maioria das mamografias ocorreu no setor privado. Outro estudo que analisou a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 constatou que 59,4% das mulheres usuárias do SUS e 83,9% das mulheres com plano de saúde particular declararam ter pedido médico de mamografia. As pessoas que possuem plano de saúde particular, nível de educação superior e que são de raça branca têm maior probabilidade de ter essa solicitação médica (Silva et al., 2017^[10]). Essas constatações mostram alguns dos problemas de organização do sistema de saúde e das desigualdades sociais encontrados no Brasil.

O rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil melhorou substancialmente de 20,5% em 2014 para 37% em 2019. No entanto, ainda permanece bem abaixo da cobertura média da OCDE de 57% e abaixo de todos os países da OCDE, exceto Costa Rica e Hungria (Imagem 3.7).

Imagem 3.7. Rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil e OCDE, 2013 e 2019



Observação: Os dados do programa são usados. O Brasil representa os anos de 2014 e 2019.

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil e Estatísticas da Saúde da OCDE (2021^[11]). <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>.

Vários problemas relacionados ao rastreamento do câncer do colo do útero foram documentados no Brasil. Um estudo que realizou uma análise de tendência dos indicadores de qualidade do programa de rastreamento do câncer do colo do útero em todas as regiões e estados brasileiros de 2006 a 2013 constatou que a parcela estimada da população-alvo que realizou o Papanicolau era inferior à recomendada por diretrizes internacionais nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. As tendências desse indicador permaneceram estáticas ao longo dos anos em todas as regiões do Brasil. Os autores concluíram que “o programa de rastreamento do câncer do colo do útero ainda está longe de ser eficiente” (Costa et al., 2018^[11]). Outro estudo usando dados de 2008 constatou que as áreas rurais eram mais propensas a terem pessoas que nunca fizeram o rastreio de Papanicolau, enquanto as regiões Norte e Nordeste apresentaram a maior prevalência de mulheres que nunca se submeteram ao exame. As mulheres mais carentes, com menor escolaridade, de cor da pele não branca e as mais jovens também foram menos examinadas, mostrando os padrões de desigualdades sociais (Martínez-Mesa et al., 2013^[12]).

3.2.4. A sociedade brasileira é bastante ativa e as principais partes interessadas estão regularmente envolvidas na tomada de decisões sobre questões de controle do câncer

O Brasil tem bons exemplos de envolvimento de partes interessadas nas políticas de câncer. As vozes das partes interessadas locais e regionais, como administrações municipais e estaduais e prestadores de serviços de atenção à saúde, estão representadas em espaços institucionais como o Conselho Nacional de Saúde, CONASS e CONASEMS. Além disso, representantes da sociedade civil e usuários do SUS aplicam o chamado controle social democrático ao participarem da Conferência Nacional de Saúde, dos Conselhos de Direitos e dos Conselhos de Saúde. Os dois últimos têm participação expressiva nas esferas federal, estadual e municipal (Ministério da Saúde, 2013^[13]). Entre os temas incluídos, o câncer faz parte da pauta regularmente.

O INCA desenvolve diversas iniciativas para engajar a sociedade civil. A instituição possui um Conselho Consultivo (CONSINCA) com representantes de entidades técnico-científicas relacionadas à prevenção e controle do câncer; prestadores de serviços do SUS; conselhos de gestão do SUS; e usuários do SUS. Nos últimos anos, o INCA organizou conferências em diferentes partes do país com movimentos de mulheres com o objetivo de introduzir o tema do controle do câncer em seus planos de trabalho. Além

disso, o INCA tem convocado encontros com jornalistas com o objetivo de discutir as melhores formas de comunicar informações relacionadas ao controle do câncer, inclusive encontros especiais com dirigentes de rádios do Norte do Brasil, uma vez que, nessa região, as rádios têm grande audiência da população.

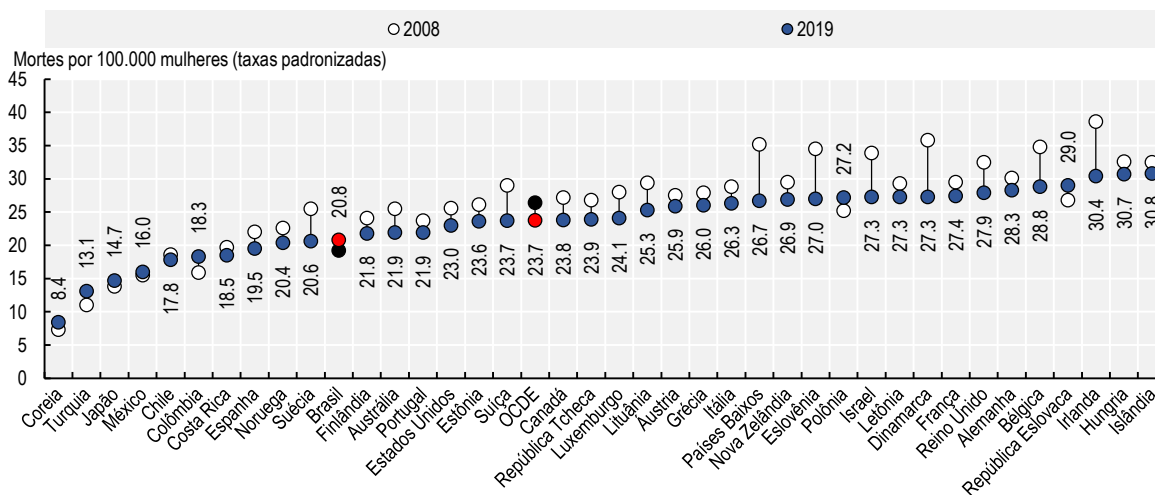
O Todos Juntos Contra o Câncer (TJCC, 2021^[14]) é um movimento da sociedade civil que reúne representantes de diversos setores, como gestores de saúde, entidades médicas, hospitais, associações profissionais, pesquisadores, profissionais da mídia, organizações de pacientes e outros, comprometidos em garantir o direito do paciente ao acesso universal e igualitário ao serviço de atenção à saúde. O TJCC desenvolve diversas iniciativas para garantir a implementação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, incluindo as áreas relacionadas à prevenção e rastreamento.

No setor privado, o “Sistema S” realiza ações que visam a apoiar a promoção, prevenção e tratamento do câncer. O “Sistema S” se refere a nove instituições administradas de forma independente por federações e confederações empresariais dos principais setores da economia. Embora prestem serviços de interesse público (por exemplo, educação, serviços sociais, transporte etc.), essas entidades não estão vinculadas a nenhuma esfera de governo, prestando tais serviços em um espaço de atuação diferente.

3.2.5. Apesar das iniciativas de prevenção, os desfechos do câncer do colo do útero e de mama permanecem pouco favoráveis, com aumento da mortalidade e redução da sobrevivência nos últimos anos

Entre 2008 e 2019, a mortalidade por câncer de mama aumentou de 19,2 para 20,8 mortes por 100.000 mulheres no Brasil (+8,3%), o que é o oposto do que aconteceu em média entre os países da OCDE: uma diminuição de 26,4 para 23,7 (-10%). Apenas oito dos 37 países da OCDE enfrentaram aumento na mortalidade por câncer de mama, com a Turquia, Colômbia e Coreia tendo aumento de 15% ou mais no período (ver Imagem 3.8). Apesar da mortalidade por câncer de mama no Brasil ser inferior à média da OCDE, a tendência de aumento é preocupante.

Imagem 3.8. Mortalidade por câncer de mama no Brasil e países da OCDE, 2008 e 2019

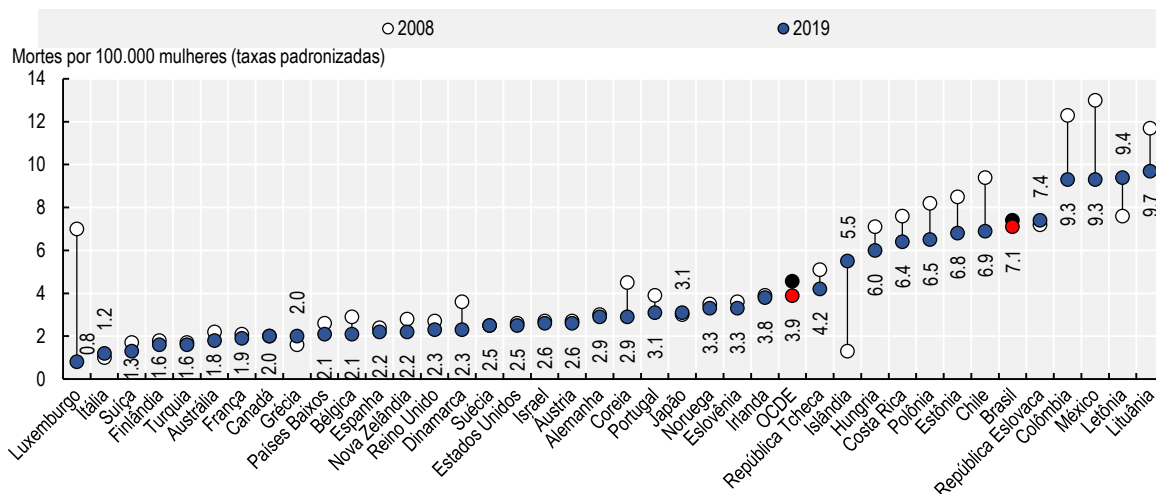


Fonte: Estatísticas da Saúde da OCDE (2021^[11]), <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>.

O quadro da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil parece mais problemático. Entre 2008 e 2019, a mortalidade permaneceu estável em torno de 7,1 e 7,4 mortes por 100.000 mulheres, em comparação com uma diminuição nos países da OCDE de 4,6 para 3,9 (-14,7%). Apenas sete dos 37 países da OCDE enfrentaram um aumento, com a Islândia, Grécia, Itália e Letônia com aumento de 15%

ou mais (ver Imagem 3.9). Nesse caso, a mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil é substancialmente maior do que a média da OCDE.

Imagem 3.9. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil e países da OCDE, 2008 e 2019



Fonte: Estatísticas da Saúde da OCDE (2021^[1]), <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>.

Essas tendências preocupantes também são observadas em termos da sobrevida líquida de 5 anos dos pacientes de câncer. Em todos os locais relativos ao câncer selecionados, o Brasil tem taxas de sobrevida mais baixas em comparação com as médias da OCDE. Comparando os períodos de 2005-09 e 2010-14, a sobrevida do câncer de mama caiu em mais de 2 anos no Brasil, enquanto aumentou um ano nos países da OCDE. A sobrevida do câncer de cólon também diminuiu mais de 2 anos, enquanto na OCDE aumentou quase 2 anos. A sobrevida do câncer do colo do útero diminuiu 11,3% e a sobrevida do câncer de pulmão diminuiu 11% no Brasil entre 2000-04 e 2010-14, enquanto na OCDE aumentaram 1,5% e 24,8%, respectivamente (Tabela 3.3).

Tabela 3.3. Tendências de sobrevida do câncer de mama, colo do útero, cólon e pulmão no Brasil e na OCDE

Sobrevida líquida de 5 anos, população com 15 anos ou mais

	2000-04	2005-09	2010-14
Câncer de Mama no Brasil	73,4	77,1	74,9
Câncer de Mama nos outros países da OCDE	81,0	83,3	84,3
Câncer do Colo do Útero no Brasil	67,5	62,6	59,9
Câncer do Colo do Útero nos outros países da OCDE	64,5	65,3	65,5
Câncer de Cólon no Brasil	44,5	50,6	48,3
Câncer de Cólon nos outros países da OCDE	56,1	59,4	61,2
Câncer de Pulmão no Brasil	9,1	8,5	8,1
Câncer de Pulmão nos outros países da OCDE	13,7	15,3	17,1

Observação: Os dados do câncer de mama consideram apenas a população feminina.

Fonte: Programa CONCORD, *London School of Hygiene and Tropical Medicine*.

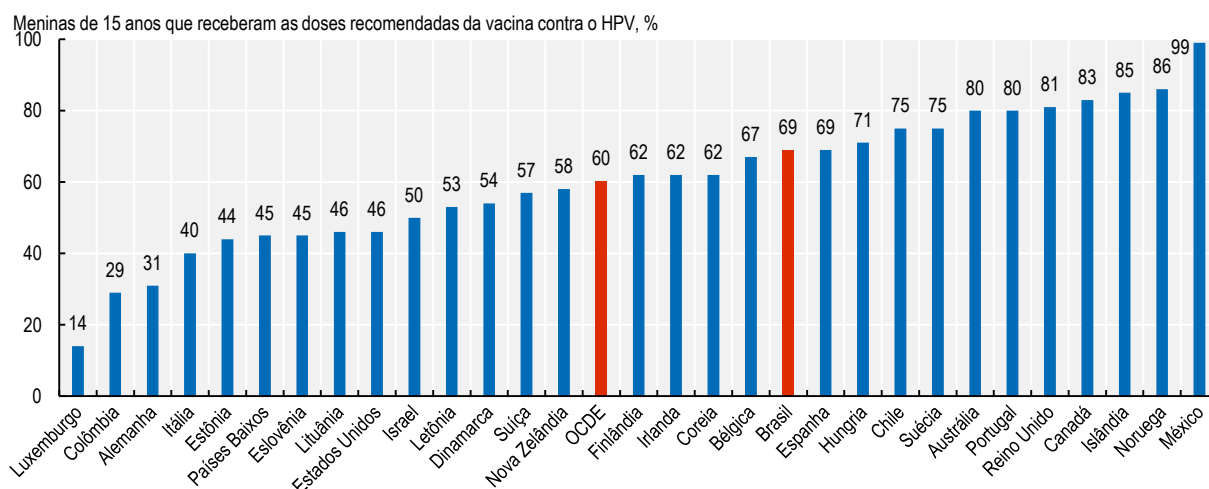
3.2.6. A vacinação contra o HPV está sendo muito positiva, mas pode melhorar

Em 2014, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações, deu início à campanha de vacinação de meninas entre 9 e 13 anos contra o Papilomavírus Humano (HPV). Em 2017, também foram incluídas meninas com 14 anos e meninos entre 11 e 14 anos. A vacina é quadrivalente, oferecendo proteção contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV, prevenindo doenças como lesões pré-cancerosas, câncer do colo do útero, vulva e vagina, ânus e verrugas genitais. A vacina é oferecida pelo SUS nas Unidades Básicas de Saúde e nas campanhas de vacinação nas escolas. O Guia Prático do HPV - Perguntas e Respostas foi lançado pelo Programa Nacional de Imunizações, em colaboração com o INCA, buscando esclarecer as principais dúvidas sobre o assunto (INCA, 2020^[15]).

Em 2018, a cobertura da vacina contra o HPV no Brasil era de 69%, acima da média da OCDE de 60% (ver Imagem 3.10). No entanto, está abaixo da meta de cobertura de 80% que foi definida pelas autoridades brasileiras (INCA, 2020^[15]).

Imagem 3.10. Cobertura vacinal do papilomavírus humano no Brasil e em países da OCDE, 2018

Meninas de 15 anos que receberam as doses recomendadas da vacina contra o HPV, porcentagem



Fonte: Observatório Global de Saúde da OMS (WHO, 2021^[16]), <https://www.who.int/data/gho>.

Embora ainda não disponível para aplicação, a ANVISA já aprovou nova vacina contra o HPV, que protege contra nove tipos de vírus. É oferecida para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, e para pessoas portadoras de HIV - AIDS na faixa etária de 9 a 26 anos. O esquema de vacinação é de três doses (intervalo de 0, 2 e 6 meses). Outras faixas etárias podem ter vacinas disponíveis no setor privado, se indicado por seus médicos.

3.2.7. Uma estratégia nacional de prevenção e rastreamento do câncer na APS favoreceria sinergia de esforços para melhorar os desfechos do câncer no Brasil

O Brasil pode desenvolver uma estratégia nacional única para a prevenção e rastreamento do câncer na APS. Indícios científicos e participação social podem ser dois princípios orientadores fundamentais para avançarmos em direção a programas de rastreamento com base na população. Essa estratégia pode levar em consideração a renovação dos programas de rastreamento existentes do câncer do colo do útero e de mama; a expansão para novos locais de câncer, como cólon e pulmão; a introdução de cartas-convite e lembretes de rastreamento personalizados sistemáticos; o redesenho dos sistemas de informação de

controle do câncer; e o uso de tecnologias de informação e comunicação para melhorar a consciência pública e a educação sobre saúde.

O Brasil pode avançar com programa de rastreamento do câncer do colo do útero com base na população ao mesmo tempo que introduz o teste primário de HPV-DNA em ambientes de APS

Na área de rastreamento do câncer do colo do útero, especialmente após a introdução da vacina contra o HPV, o Brasil poderia considerar a instituição de testes primários do DNA de tipos de HPV oncogênicos como novo método de rastreamento. Idealmente, isso exigiria uma mudança em direção a um programa de rastreamento com base na população, analisando ainda mais a epidemiologia atual no país e conduzindo avaliação completa de tecnologia em saúde para compreender os diferentes fatores que determinarão a eficácia e o custo-benefício da implementação de tal programa organizado. Seria importante usar testes de HPV confiáveis e validados em laboratórios qualificados, credenciados por órgãos de credenciamento autorizados (como a ANVISA) e em conformidade com os padrões internacionais. O treinamento dos profissionais de saúde seria outro componente crucial, junto com as estratégias de comunicação com as mulheres da população alvo.

Uma análise sistemática recente com foco em países de baixa e média renda descobriu que o rastreamento com base na citologia foi o método de rastreamento menos eficaz e mais caro, enquanto o teste de HPV coletado teve o melhor custo-benefício ao gerar ganhos de cobertura populacional em relação a outros métodos de rastreamento. O custo do teste de HPV e a perda do acompanhamento também foram fatores importantes (Mezei et al., 2017^[17]). As diretrizes europeias recomendam o uso de teste primário de HPV dentro de programa organizado de base populacional para o rastreamento do câncer do colo do útero, evitando um segundo teste (teste primário de HPV e citologia) em qualquer idade (von Karsa et al., 2015^[18]). As diretrizes da American Cancer Society de 2020 também recomendam o teste primário de HPV como o método de rastreamento preferencial (Fontham et al., 2020^[19]).

Essa estratégia nacional deve incluir garantia de qualidade no monitoramento da realização do rastreamento do câncer do colo do útero. As diretrizes europeias definem essa realização através da obtenção de: (1) uma cobertura de pelo menos 95% das mulheres alvo; (2) uma cobertura de exame de pelo menos 70% (85% seria desejável); e (3) taxa de participação de pelo menos 70% (85% seria desejável) (von Karsa et al., 2015^[18]). O Quadro 3.2 resume a experiência da Finlândia e da Itália com a implementação de testes de HPV.

A auto-amostragem do teste de HPV está sendo explorada como nova estratégia para aumentar a cobertura do rastreamento e pode ser considerada no Brasil, por exemplo, em estudos-piloto. Uma análise sistemática incluindo 34 estudos, a maioria proveniente de países de alta renda, encontrou maior aceitação de rastreamento entre os participantes da auto-amostragem de HPV em comparação com o tratamento padrão (por exemplo, Papanicolaou, inspeção visual com ácido acético, teste de HPV coletado por médicos) (RR: 2,13, IC de 95% 1,89 a 2,40). A aceitação foi maior quando os kits de auto-amostragem de HPV foram enviados diretamente para as casas das mulheres (RR: 2,27, IC de 95% 1,89 a 2,71) ou oferecidos de porta em porta por um profissional de saúde (RR: 2,37, IC de 95% 1,12 a 5,03). No entanto, a meta-análise não mostrou nenhuma diferença estatisticamente significativa na vinculação à avaliação clínica/tratamento entre os estudos (RR: 1,12, IC de 95% 0,80 a 1,57) (Yeh et al., 2019^[20]). As diretrizes europeias afirmam que a precisão clínica do teste primário de HPV em amostras auto-coletadas é suficiente para conduzir programas piloto (von Karsa et al., 2015^[18]), enquanto a American Cancer Society não incluiu uma recomendação quanto a isso porque a Food and Drug Administration ainda não aprovou a auto-amostragem (Fontham et al., 2020^[19]).

Quadro 3.2. Programa de teste de rastreamento primário de HPV na Finlândia e Itália

Na Finlândia, mulheres de 30 a 60 anos são convidadas a participar do rastreamento de câncer do colo do útero a cada cinco anos. Alguns municípios também convidam mulheres com 25 e/ou 65 anos para o rastreamento. Cerca de 70% das convidadas participam desse rastreamento do câncer do colo do útero. O teste de rastreamento do colo do útero convencional usado na Finlândia é o teste de Papanicolau, enquanto o teste de HPV é aplicável ao rastreio do câncer do colo do útero em mulheres com mais de 35 anos de idade. Amostras para exame de HPV e Papanicolau são colhidas das participantes no rastreio de HPV. Após um teste de HPV positivo, a amostra de Papanicolau também é analisada, após a qual qualquer tratamento adicional necessário é decidido. O teste de rastreamento do HPV deve atender aos requisitos da IARC e da OMS (6.). Antes de serem implementados, a validade dos novos testes de HPV deve ser sempre verificada, comparando-os com os testes HC2 ou PCR GP5+/6+ mais estudados. O encaminhamento para colposcopia é feito para cerca de 1% das participantes. Além disso, cerca de 5% são convidadas para um teste de acompanhamento antes do próximo convite de rastreamento. Uma análise anual fornece uma visão geral abrangente do programa de rastreamento do câncer do colo do útero finlandês, apresentando informações sobre presença, resultados, séries temporais e custos do rastreamento. A história do rastreio do câncer do colo do útero na Finlândia e seu impacto na taxa de câncer também são discutidos.

Em 2013, com base em um relatório de avaliação de tecnologia de saúde, o Ministério da Saúde italiano incluiu o teste de HPV a cada 5 anos como uma opção para programas de rastreamento para mulheres com mais de 30 anos de idade. O teste exclusivo de HPV foi definido como teste primário, com citologia a ser usada apenas como teste de rastreamento em mulheres com HPV+. Mulheres com resultados negativos na análise de citologia são convidadas a repetir o teste de HPV após 12 meses e encaminhadas para colposcopia se ainda for positivo. O Plano Nacional de Prevenção 2014-2018 tem como objetivo a implementação total do rastreamento com base no HPV até 2018.

Fonte: Registro Finlandês de Câncer (2020^[21]), Triagem de câncer cervical – Syöpärekisteri, <https://cancerregistry.fi/screening/cervical-cancer-screening>; (Ronco, 2020^[22]), Elementos centrais do novo programa de rastreamento de câncer cervical baseado em HPV na Itália, <https://www.hpvworld.com/articles/core-elements-of-the-new-hpv-based-cervical-cancer-screening-program-in-italy>.

O Brasil já tem experiências práticas com o uso do teste de HPV-DNA para rastreamento. Por exemplo, um estudo avaliou o rastreamento do HPV-DNA em São Paulo, incluindo 16.102 mulheres, descobrindo que a prevalência de alto risco do HPV-DNA foi de 14,9%, enquanto anormalidades citológicas foram encontradas em 7,2% das mulheres. O HPV DNA detectou número significativo de pacientes com lesões pré-malignas não detectadas pela citologia e todos os 16 casos positivos de neoplasia intraepitelial cervical foram casos de HPV-DNA+. Os autores concluíram que a genotipagem do HPV pode reduzir a taxa de encaminhamento colposcópico e que o teste de HPV-DNA se mostrou viável e vantajoso em relação ao rastreamento citológica atual no sistema de saúde pública (Levi et al., 2019^[23]). Outro estudo realizado em três cidades brasileiras descobriu que as barreiras mais relevantes para um programa de rastreamento mais abrangente estão relacionadas ao excesso de transporte necessário para acessar as clínicas, horários de atendimento inconvenientes e falta de educação pública. Além disso, a citologia teve muitos resultados insatisfatórios e baixa positividade, o acompanhamento foi incompleto em todas as etapas e os laboratórios forneceram resultados de citologia e biópsia atrasados (mais de 3 meses). Por fim, as clínicas de rastreamento não providenciaram ou rastrearam encaminhamentos para colposcopia; as clínicas de colposcopia não receberam informações das clínicas de encaminhamento e os prontuários médicos eletrônicos ainda não substituíram os registros físicos, levando a erros e perda de prontuários (Ribeiro et al., 2018^[24]). A identificação dessas e de outras barreiras seria muito importante para a elaboração de políticas e uma eventual fase de implementação.

O rastreamento do câncer de mama pode evoluir para programa organizado de base populacional e mais ferramentas podem ser fornecidas na APS

Como na grande maioria dos países da OCDE (ver Tabela 3.2), o Brasil pode desenvolver um programa de rastreamento do câncer de mama de base populacional. Na prática, isso exigiria a estrutura eficaz de novas chamadas, registro de rastreamento e garantia de qualidade robusta em todos os níveis. O atual processo de registro da população na APS do Brasil vai no sentido de identificar individualmente a população-alvo elegível em cada área atendida (por exemplo, municípios), portanto, representa oportunidade para o desenvolvimento de programas de rastreamento organizados.

As diretrizes europeias sobre o rastreamento e diagnóstico do câncer de mama descrevem sete características de um programa de rastreamento organizado (ECIBC, 2020^[25]): 1. uma política que especifica a população-alvo; 2. método e intervalo de rastreamento; 3. um convite ativo de toda a população-alvo; 4. uma equipe responsável pela supervisão dos centros de rastreamento; 5. uma estrutura de decisão e responsabilidade pela gestão da atenção à saúde; 6. um sistema de garantia de qualidade que utiliza dados relevantes; e 7. monitoramento da ocorrência de câncer na população-alvo.

A capacitação das equipes de APS seria crucial. Conforme previsto nas diretrizes da OMS (WHO, 2017^[26]), as capacidades de diagnóstico precoce requerem diretrizes ou protocolos e a sensibilização dos prestadores para os sinais e sintomas do câncer para melhorar a precisão do diagnóstico; tempo suficiente para avaliar os pacientes e treinar os profissionais em como diagnosticar o câncer, incluindo o uso de dispositivos médicos; promoção de uma comunicação clara entre o prestador e o paciente; e desenvolvimento de mecanismos de encaminhamento confiáveis. Além disso, a distribuição dos mamógrafos em todo o país também deve ser revisada para atingir abastecimento balanceado de acordo com a necessidade da população.

O Brasil poderia se organizar a partir de experiências locais que progrediram em direção a um programa organizado de rastreamento. Por exemplo, um programa do SUS de rastreamento de câncer de mama organizado na comunidade do Andaraí, no Rio de Janeiro, voltado para mulheres assintomáticas com idade entre 50-69 anos apresentou taxa de cobertura mamográfica de 70%, sugerindo que o rastreamento de base populacional é viável (Gioia et al., 2018^[27]).

Convites e lembretes personalizados sistemáticos de equipes de APS podem melhorar a cobertura de rastreamento do câncer

Como parte dos programas de rastreamento populacional organizados, o Brasil poderia adotar uma abordagem mais sistemática e personalizada para convidar as populações-alvo, como foi implementado em muitos países da OCDE. Número cada vez maior de países da OCDE envia carta-convite pessoal para o rastreamento do câncer a cada indivíduo do grupo-alvo, emitida por meio de registro de maneira sistemática. No Brasil, entretanto, não existe iniciativa nacional em relação a esses convites, que, na prática, só são implementados em alguns níveis locais, dependendo da iniciativa de determinados municípios ou equipes de APS.

Na maioria dos países da OCDE, a carta-convite inclui informações sobre os benefícios e danos potenciais do rastreamento do câncer, como resultados de rastreamento falso-positivos, diagnóstico e tratamento excessivo, e pede o consentimento informado assinado ou verbal para o rastreamento (IARC, 2017^[28]). Essa prática está de acordo com as recomendações internacionais, uma vez que a OMS recomenda programas organizados de rastreamento de mamografia de base populacional para fornecer informações sobre os benefícios e riscos do rastreamento de mamografia para que as mulheres-alvo possam tomar decisão informada antes de se submeterem ao referido exame (WHO, 2014^[29]). Em muitos países da OCDE, esforços adicionais também são feitos para convidar pessoas com resultados de rastreamento positivos no passado para avaliação de acompanhamento e, em alguns países como Dinamarca, Finlândia, Alemanha, Irlanda, Itália, Países Baixos, Espanha, Suécia e Reino Unido, a data da consulta para realizar

a mamografia é incluída na carta para facilitar ainda mais o acesso ao rastreamento do câncer (IARC, 2017^[28]; ECIBC, 2020^[30]).

Uma revisão sistemática identificou as intervenções mais eficazes para aumentar a participação em programas de rastreamento organizados. Intervenções como lembretes postais, lembretes por telefone, assinatura do médico da APS na carta-convite e consulta agendada em vez de aberta foram todas eficazes para aumentar a participação no rastreio do câncer de mama, colo do útero e cólon. O envio de kit para auto-amostragem de espécimes do colo do útero também aumentou a participação dos que não participavam (Camilloni et al., 2013^[31]). Outra revisão sistemática constatou que as mensagens de texto (serviço de mensagens de texto, SMS) parecem aumentar moderadamente as taxas de rastreamento de câncer do colo do útero e de mama e podem ter pequeno efeito no rastreamento do câncer colorretal (Uy et al., 2017^[32]). Estudos futuros também precisariam examinar o custo associado a cada uma das opções de convite e seu impacto, a fim de identificar as estratégias com custo-benefício mais adequado que podem ser diferentes entre as regiões do Brasil.

O rastreio na APS do Brasil poderia explorar a expansão para locais como câncer de cólon e pulmão

Como os cânceres colorretal e de pulmão estão entre os cânceres mais importantes do país (ver Imagem 3.4), o Brasil poderia explorar a possibilidade de criar programas nacionais de rastreio referentes a esses tipos de câncer.

Para o câncer colorretal, que representa a terceira maior causa de mortalidade por câncer no Brasil em homens e mulheres, o rastreamento oportunístico está disponível. A recomendação no SUS é priorizar ações de diagnóstico precoce e atendimento personalizado para os grupos de alto risco. Reconhecendo as diferentes realidades epidemiológicas e da rede de atenção à saúde no Brasil, mais estudos ainda são necessários para dar suporte à análise da viabilidade de introdução do rastreio nesses diferentes contextos (INCA, 2019^[33]).

Como referência, número crescente de países da OCDE introduziu programa de rastreamento de câncer colorretal gratuito baseado na população para a população-alvo nos últimos anos e, em muitos desses países, a população-alvo é a população de 50 e 60 anos de idade, muitas vezes com idade superior limite entre 64 e 74 (OCDE, 2013^[34]). As diretrizes europeias recomendam que “apenas programas de rastreamento organizados devem ser implementados, em oposição à detecção de casos ou rastreamento oportunístico, uma vez que apenas os programas organizados podem ter a qualidade devidamente garantida”. Também afirmam que várias questões devem ser consideradas: a estrutura jurídica, a disponibilidade e precisão de dados epidemiológicos e demográficos, a disponibilidade de serviços de garantia da qualidade para diagnóstico e tratamento, esforços de promoção, o grau de coordenação com o trabalho de registros de câncer e acompanhamento de causas de morte em nível individual (Malila, Senore and Armaroli, 2012^[35]). Nos Estados Unidos, a força-tarefa da atenção preventiva (USPSTF, 2021^[36]) recomenda que adultos com idade entre 50 e 75 anos sejam rastreados a respeito de câncer colorretal, seja com testes de fezes, sigmoidoscopia flexível, colonoscopia e colonografia por TC (colonoscopia virtual), variando dependendo da história do paciente e da disponibilidade do sistema de saúde (Bibbins-Domingo et al., 2016^[37]).

Em relação ao câncer de pulmão, que representa a segunda causa de mortes por câncer no Brasil (ver Imagem 3.4), o rastreio da população em geral não é atualmente recomendada no país e qualquer exame deve ser discutido entre o paciente e o médico (INCA, 2020^[38]). O rastreamento do câncer de pulmão não é comum nos países da OCDE, mas existe no Canadá, Japão e Estados Unidos. A Força-Tarefa Canadense em Atenção à Saúde Preventiva recomenda o rastreio do câncer de pulmão com três tomografias computadorizadas de baixa dose (LDCT) anuais consecutivas em indivíduos de alto risco, adultos com idades entre 55-74 anos que atualmente fumam ou pararam há menos de 15 anos, com história de tabagismo de pelo menos 30 anos-maço (CTFPHC, 2016^[39]). No Japão, a radiografia torácica

anual é recomendada para pessoas com 40 anos ou mais e a citologia do escarro também é recomendada para fumantes com 50 anos ou mais que fumaram mais de 600 cigarros ao longo da vida (OCDE, 2019^[40]). Nos Estados Unidos, a USPSTF divulgou uma recomendação atualizada em março de 2021. O rastreamento do câncer de pulmão é recomendada como um rastreamento anual com LDCT em adultos com idade entre 50 e 80 anos que têm uma história de tabagismo de 20 anos-maço e atualmente fumam ou pararam de fumar nos últimos 15 anos. O rastreamento deve ser descontinuado assim que a pessoa concluir 15 anos sem fumar ou desenvolver problema de saúde que limite substancialmente a expectativa de vida ou a capacidade ou vontade de fazer uma cirurgia pulmonar curativa (USPSTF, 2021^[36]).

O Brasil poderia desenvolver análise completa baseada em indícios, incluindo estudos de custo-benefício, para identificar os potenciais danos e benefícios da implementação do rastreamento do câncer colorretal e/ou de pulmão no país, juntamente com definições apropriadas em áreas como critérios de elegibilidade, intervalos de rastreamento, iniciativas locais existentes, esquemas de monitoramento e melhoria da qualidade, infraestrutura e equipamentos, assim como mecanismo de pagamento.

O redesenho dos sistemas de informação de controle do câncer pode ajudar a gerenciar os programas de rastreio de forma mais eficaz

O Brasil desenvolveu sistema de monitoramento para o rastreio do câncer (SISCAN), atenção ao câncer (PAINEL-Oncologia) e epidemiologia do câncer em nível populacional (Registro de câncer de base populacional), que fornece boa base de infraestrutura de informações. Além disso, pesquisas de base populacional (Vigitel) coletam regularmente a cobertura de rastreamento e as barreiras ao rastreamento com o objetivo de buscar maneiras de aumentar a cobertura de rastreamento.

Os principais desafios para a infraestrutura de informações sobre o câncer no Brasil, incluindo informações de rastreamento, estão relacionados à cobertura, interconexão e feedback. Os desafios de cobertura se referem ao alcance da extensão total da população-alvo de cada programa de rastreamento (incluindo ações no setor privado). Os desafios de interconexão estão relacionados aos vínculos entre os sistemas de informação existentes, onde a ampliação do cartão nacional de saúde seria fundamental. Os desafios de feedback se referem à provisão de informação aos diferentes agentes do sistema de saúde, principalmente para todas as equipes de APS, para que as decisões e ações possam ser informadas por meio de informações regulares e atualizadas.

Um sistema de informações abrangente baseado em registros e capaz de acompanhar cada paciente individualmente é essencial para o gerenciamento eficiente dos programas de rastreamento e atendimento oncológico. Pode identificar a população-alvo que participou ou não participou dos programas de rastreamento, aqueles que são monitorados fora do programa devido ao diagnóstico prévio de câncer e/ou predisposição genética para câncer específico e aqueles que não consentem em fazer o rastreio. Com esse sistema, convites e lembretes personalizados para o rastreio do câncer, importantes para aumentar a cobertura do rastreio, podem ser enviados sistematicamente à população-alvo.

Os sistemas de informação integrados geram dados que precisam ser analisados periodicamente para avaliar a eficácia dos protocolos de rastreamento de câncer existentes, como grupo-alvo, frequência e/ou métodos de rastreamento e em populações com antecedentes diferentes. O Brasil já começou a produzir esses dados, que também estão publicamente disponíveis online por meio do DATASUS. Vários países da OCDE usam informações sobre o rastreamento do câncer para também melhorar a qualidade dos programas de rastreamento. Fornecem feedback para prestadores individuais e o benchmarking também é possível. Uma revisão sistemática do material dá suporte a esses esforços adicionais, pois descobriu que a avaliação e o feedback do prestador contribuem para a maior cobertura de rastreio do câncer do colo do útero, de mama e colorretal (Sabatino et al., 2012^[41]).

Melhores tecnologias de informação e comunicação podem melhorar a conscientização pública e a educação sobre saúde

Junto com convites mais personalizados para o rastreamento do câncer, o Brasil poderia desenvolver mais estratégias de comunicação e compartilhamento de informações para melhorar a conscientização pública sobre a prevenção e rastreamento do câncer e a educação da população sobre saúde. Desde 2002, o Ministério da Saúde do Brasil investe anualmente em ações de conscientização sobre medidas de prevenção do câncer, como por meio da Campanha Outubro Rosa. A campanha consiste em iluminar edifícios e monumentos que transmitam a mensagem “A prevenção é necessária”, ao mesmo tempo que promove o estilo de vida saudável das mulheres, incentiva a vacinação contra o HPV, gera superação do medo ou estigma associado ao câncer, entre outros temas.

Os municípios, com apoio do estado e do Governo Federal, atuam na promoção de exames de rastreamento, por meio de campanhas em mídia impressa, redes sociais e mídia local. Em determinados períodos do ano, alguns municípios implantam unidades móveis, que vão às comunidades das regiões mais distantes do país como forma de aumentar o acesso ao rastreio, diagnóstico e tratamento. Além disso, o INCA desenvolveu manuais ou folhetos que são enviados às equipes de APS todos os anos para informar o público da comunidade e do trabalho sobre estilos de vida saudáveis para prevenir o câncer e a importância da detecção precoce. O INCA também desenvolve vídeos e material escrito que é divulgado publicamente em sites e redes sociais.

Quadro 3.3. Sundhed.dk, o portal e-saúde dinamarquês para apoiar a transparência e o empoderamento do paciente

Sundhed.dk, o portal e-saúde dinamarquês lançado em 2003, é o site oficial dos serviços públicos de atenção à saúde dinamarqueses que permite que pacientes e profissionais de saúde encontrem informações e se comuniquem. É um portal público online 24 horas por dia, 7 dias por semana, que coleta e distribui informações sobre atenção à saúde entre cidadãos e profissionais de saúde. Em uma parte segura do portal, o paciente tem acesso a:

- Dados de saúde pessoais sobre tratamentos e anotações de registros hospitalares, informações sobre medicamentos, resultados de exames laboratoriais, dados de vacinação e visitas ao clínico geral;
- Vários serviços eletrônicos, incluindo marcação de consultas com os clínicos gerais, renovações de receitas e comunicação eletrônica com o clínico geral;
- Informações sobre o tempo de espera em todos os hospitais públicos e avaliações dos hospitais em termos de qualidade da experiência do paciente;
- Redes de pacientes e o manual sundhed.dk para pacientes.

Esse portal reúne todo o setor de atenção à saúde dinamarquês e oferece ambiente acessível para os cidadãos e profissionais de saúde se encontrarem e trocarem informações de forma eficiente. Ao atender os cidadãos e os profissionais de saúde, os portais visam a permitir que os dois trabalhem em conjunto com base nos mesmos dados. Isso empodera o cidadão e dá aos profissionais de saúde melhores ferramentas para melhorar a qualidade no atendimento (OCDE, 2013^[34]; European Observatory on Health Systems and Policies and Petersen, 2019^[42]).

Como o compartilhamento sistemático de informações relacionadas ao câncer é limitado, especialmente para câncer sem programas de rastreamento, o Brasil também poderia desenvolver melhor estratégias de compartilhamento de informações para ajudar os pacientes a buscar atendimento, incluindo serviços de diagnóstico de câncer, no lugar certo e na hora certa. Nesse contexto, número crescente de países da

OCDE desenvolveu plataformas de compartilhamento de informações para melhor envolver e capacitar os pacientes a cuidar de sua própria saúde e navegar pelos sistemas de atenção à saúde em relação às suas condições físicas. Por exemplo, alguns países da OCDE, incluindo a Dinamarca (ver Quadro 3.3), Inglaterra e Estônia, desenvolveram plataforma como site ou conta e-Saúde para compartilhar informações baseadas em indícios sobre atenção à saúde para diferentes doenças, incluindo o câncer em todo o percurso do paciente, com o objetivo de promover a educação sobre saúde da população e apoiá-la na busca por atendimento, incluindo rastreio de câncer, diagnóstico e tratamento adequado em tempo hábil.

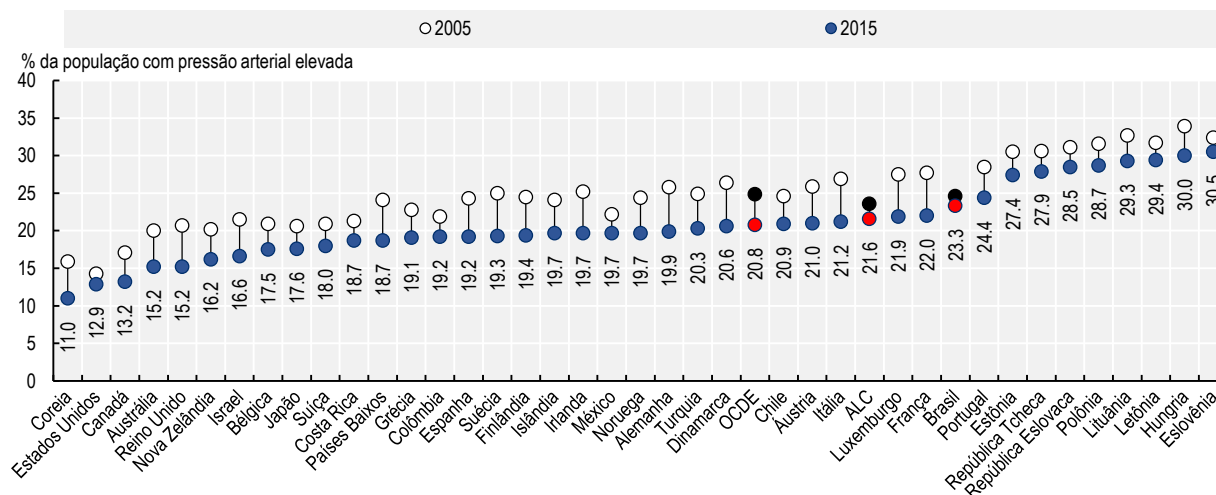
3.3. O rastreamento de hipertensão e diabetes pode ser fortalecida ainda mais no nível da APS

3.3.1. A hipertensão é um dos principais fatores de risco à saúde no Brasil

A hipertensão ou pressão alta se manifesta causando dores de cabeça, sangramento nasal ou dificuldade para respirar. Se não for tratada, a hipertensão pode contribuir para o desenvolvimento de problemas cardiovasculares mais sérios, como doença renal, acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio. A ausência de hipertensão é resultado da adoção de comportamentos saudáveis, como atividade física e dietas adequadas. Quando a hipertensão se desenvolve, ela pode ser controlada com medicamentos, bem como com ajustes no estilo de vida. Este indicador é, portanto, um substituto da promoção da saúde e serviços médicos, geralmente prestados na APS (WHO, 2019^[43]).

Em 2015, a prevalência média de pressão arterial elevada no Brasil foi de 23,3% - superior à média da OCDE de 20,8% e da média da ALC de 21,6%. Entre 2005 e 2015, todos os países da OCDE reduziram a prevalência de pressão arterial elevada com uma redução média de -16,4%. O Brasil também reduziu essa prevalência, mas apenas em -5,3%, uma redução menor do que todos os países da OCDE (Imagem 3.11). Alterações nos fatores de risco e melhorias na detecção e tratamento da pressão arterial elevada contribuíram, pelo menos parcialmente, para essas reduções gerais, mas outros fatores, como melhorias na nutrição da primeira infância e disponibilidade de frutas e vegetais durante todo o ano, também podem explicar essa realidade (Zhou et al., 2017^[44]).

Imagem 3.11. Aumento da pressão arterial entre adultos no Brasil e países da OCDE, 2005 e 2015

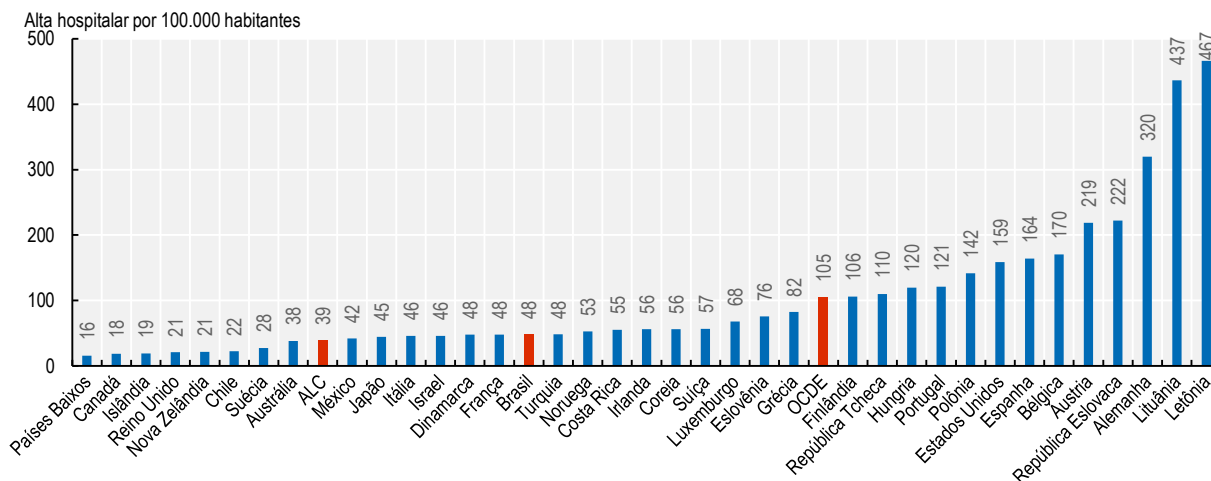


Observação: Pressão arterial (PA) elevada definida como PA sistólica ≥ 140 ou PA diastólica ≥ 90 . Estimativa padronizada por idade.

Fonte: Observatório Global de Saúde da OMS (WHO, 2021^[16]), <https://www.who.int/data/gho>.

Espera-se que a APS mantenha as pessoas bem, fornecendo ponto consistente de cuidado em longo prazo, tratando as condições mais comuns, adaptando e coordenando os cuidados para aqueles com múltiplas necessidades de atenção à saúde e apoiando o paciente na autoeducação e autogestão. Dessa forma, um bom desempenho da APS pode reduzir as taxas de internações hospitalares por diversas doenças, entre elas hipertensão e diabetes. No Brasil, a taxa de internação hospitalar por hipertensão era de 48 por 100.000 pessoas em 2019, o que é menos da metade da média da OCDE de 105, mas superior à média da ALC de 39 (Imagem 3.12).

Imagem 3.12. Internação hospitalar por hipertensão no Brasil e em países da OCDE, 2019 (ou último disponível)



Fonte: Estatísticas da Saúde da OCDE (2021^[1]) <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> e Ministério da Saúde do Brasil.

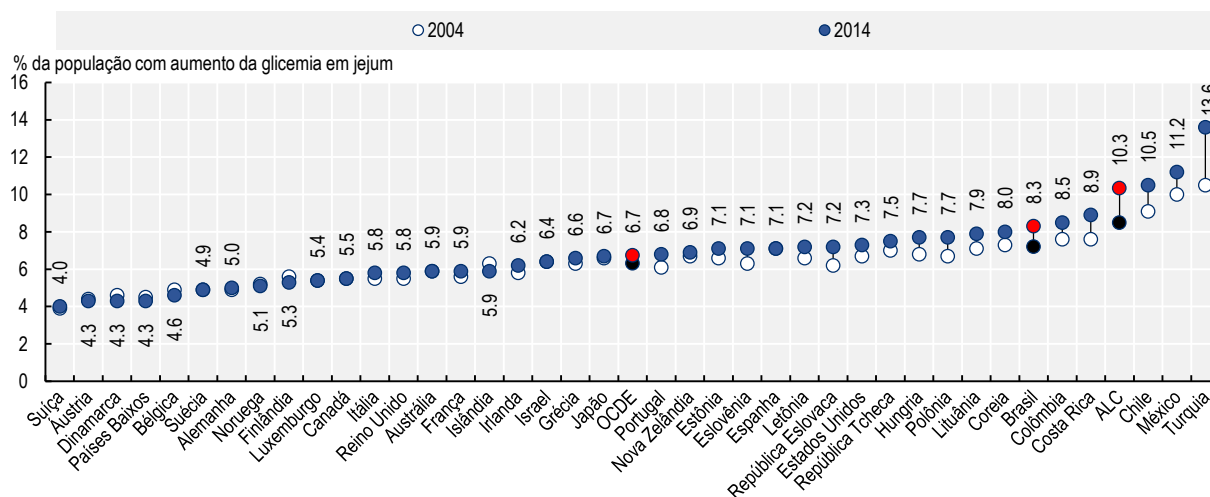
De acordo com estudo recente que analisou a pressão arterial sistólica elevada (HSBP) no Brasil, a prevalência de HSBP em 2017 foi de 18,9%, com uma taxa de aumento anual de 0,4%, enquanto as taxas de mortalidade padronizadas por idade atribuíveis a HSBP diminuíram de 189,2 (95% UI 168,5-209,2) a 104,8 (95% UI 94,9-114,4) mortes por 100.000 de 1990 a 2017. No entanto, o número total de mortes atribuíveis ao HSBP aumentou 53,4% e a HSBP passou da terceira para a primeira posição, como o principal fator de risco para mortes no período. Em relação ao total de anos de vida ajustados por deficiência (DALYs), a HSBP passou da quarta causa em 1990 para a segunda causa em 2017 (Nascimento et al., 2020^[45]).

3.3.2. Quando comparado aos países da OCDE, a diabetes já tem uma taxa maior de doença no Brasil.

Níveis elevados de açúcar no sangue podem levar ao desenvolvimento de diabetes. A glicemia em jejum contribui para diagnosticar e monitorar o diabetes e pode ser controlada devido ao tratamento eficaz com medicamentos para redução da glicose e como resultado de atividades de promoção da saúde. A APS tem papel central na realização dessas ações (WHO, 2019^[43]).

No Brasil, 8,4% da população tinha glicemia em jejum acima do recomendado em 2014, acima da média de 6,7% nos países da OCDE. É importante ressaltar que, entre 2004 e 2014, o Brasil registrou um dos maiores aumentos em sua população com glicemia acima do recomendado, com um aumento de 15,3% (Imagem 3.13). Apenas a Turquia, Costa Rica, República Eslovaca e Chile tiveram aumentos maiores entre os países da OCDE, evidenciando tendência preocupante no Brasil.

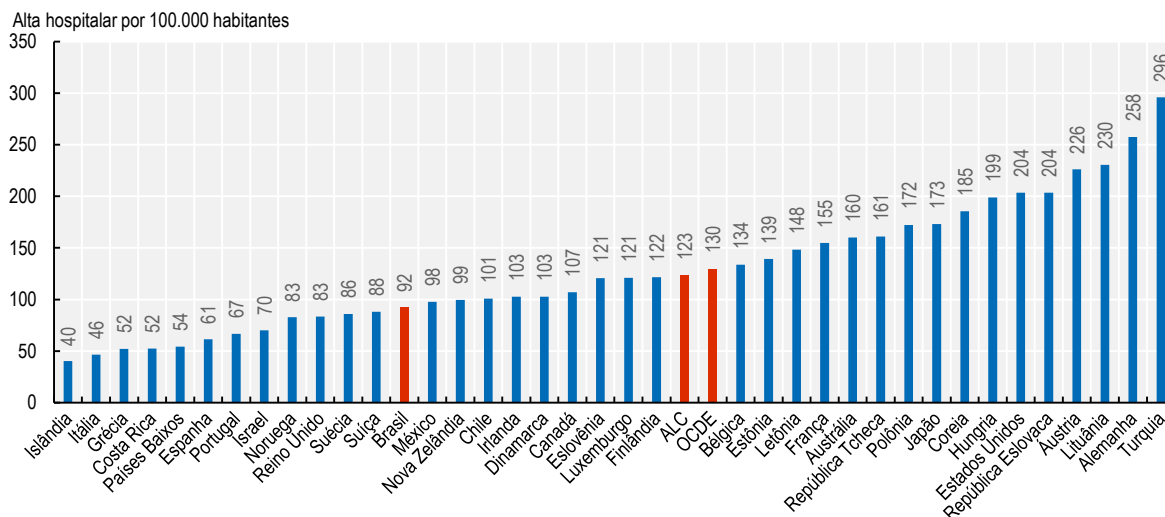
Imagem 3.13. Aumento da glicemia em jejum entre adultos no Brasil e OCDE, 2004 e 2014



Fonte: Observatório Global de Saúde da OMS, (WHO, 2021^[16]), <https://www.who.int/data/gho>.

Conforme afirmado anteriormente, uma APS com bom desempenho pode controlar e reduzir o número de internações hospitalares por diabetes. No Brasil, a taxa de internação hospitalar por diabetes em 2019 foi de 92 internações por 100.000 pessoas, abaixo da média da OCDE de 130 e da média da ALC de 123 (Imagem 3.14). As diferenças entre o Brasil e os países da OCDE em termos de acesso a cuidados hospitalares e os perfis de doenças crônicas não transmissíveis permanecem como alguns dos fatores a serem estudados mais a fundo com o objetivo de compreender essas diferenças (OCDE/The World Bank, 2020^[46]).

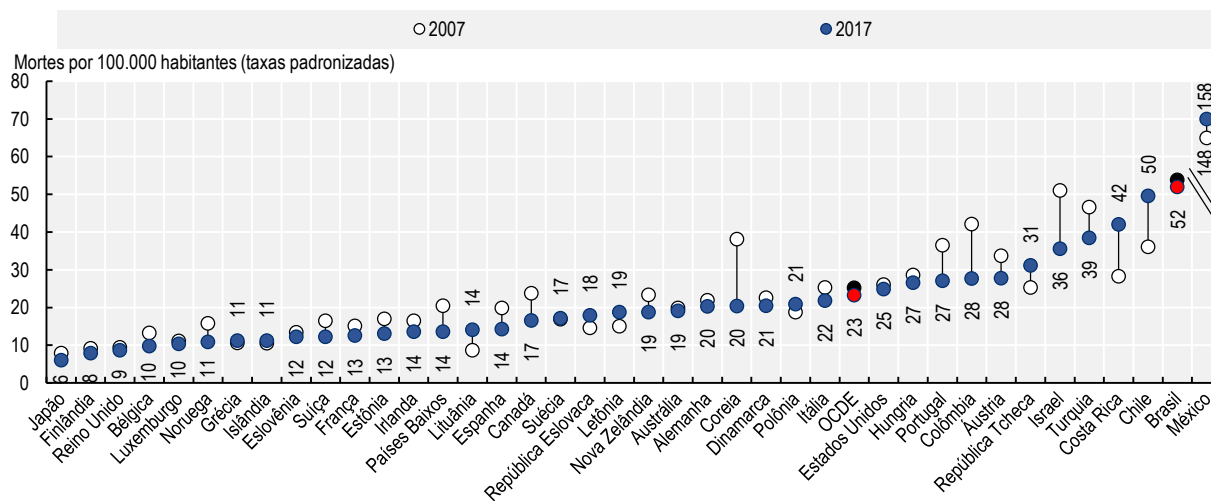
Imagem 3.14. Internação hospitalar por diabetes de adultos no Brasil e OCDE, 2019 (ou ano mais próximo)



Fonte: Estatísticas da Saúde da OCDE (2021^[11]), <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>.

A mortalidade por diabetes no Brasil atingiu 50 mortes por 100.000 pessoas em 2019, maior do que a média da OCDE de 22, e apenas menor do que na Costa Rica e no México. Entre 2007 e 2019, a mortalidade por diabetes foi reduzida em 9,8%, maior do que a redução média de 7,8% entre os países da OCDE (Imagem 3.15).

Imagem 3.15. Mortalidade por diabetes no Brasil e países da OCDE, 2007 e 2019



Fonte: Estatísticas da Saúde da OCDE (2021^[11]), <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>.

O impacto da diabetes no sistema de saúde brasileiro é elevado: em 2014, 313.273 internações foram devido a diabetes em adultos (4,6% do total de internações de adultos), representando US\$ 264,9 milhões (Quarti Machado Rosa et al., 2018^[47]). O custo médio de uma internação de adulto com diabetes foi de US\$ 845, 19% maior do que a internação sem diabetes. As internações por doenças cardiovasculares relacionadas ao diabetes representaram a maior proporção dos custos (47,9%), seguidas das complicações microvasculares (25,4%) e da diabetes propriamente dita (18,1%). Outro estudo que analisa a taxa da diabetes no Brasil constatou que a prevalência geral estimada de diabetes em 2017 era de 4,4% (95% UI 4,0-4,9%). Enquanto a prevalência bruta de diabetes tipo 1 permaneceu relativamente estável desde 1990, a prevalência do tipo 2 aumentou 30% para homens e 26% para mulheres. Em 2017, aproximadamente 3,3% de todos os DALYs foram devido à diabetes e 5,9% à hiperglicemia. A prevalência e a mortalidade por diabetes foram maiores na região Nordeste e cresceram mais rapidamente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. As projeções futuras sugeriram que a taxa de mortalidade por diabetes aumentará 144% até 2040, mais de duas vezes o aumento esperado na taxa bruta de doenças em geral (54%). Em 2040, projeta-se que a diabetes será a terceira principal causa de morte no Brasil e a hiperglicemia seu terceiro principal fator de risco em termos de mortes (Duncan et al., 2020^[48]).

3.3.3. O rastreamento de hipertensão e diabetes no Brasil está incorporada a um programa mais amplo de check-up na APS

De modo geral, os exames básicos de saúde e o rastreamento de risco de doenças crônicas no Brasil dependem de equipes de saúde da família da APS e, predominantemente, de triagens oportunistas. A pressão sanguínea e a glicose sanguínea são geralmente verificadas durante os check-ups básicos na APS a respeito de doenças crônicas. Esses exames também incluem outras medidas, como colesterol, rastreamento de doenças cardiovasculares com base na idade, histórico familiar e fatores de risco, como índice de massa corporal (IMC), que podem ajudar a diagnosticar pessoas em risco de doenças crônicas

ou diagnosticar doenças crônicas em seus estágios iniciais, quando podem ser tratados com menos complicações.

Uma diretriz oficial de rastreamento de doenças crônicas não transmissíveis do Ministério da Saúde foi publicada em 2010 e é válida até hoje (Ministério da Saúde, 2010^[49]). Tanto para hipertensão quanto para diabetes, as populações-alvo de rastreio são bastante amplas. O rastreio de hipertensão é recomendado para adultos (maiores de 18 anos de idade) sem o conhecimento de que são hipertensos. Sugere-se realizar rastreamento a cada dois anos de pessoas com pressão arterial abaixo de 120/80 mmHg e rastreamento anual se a pressão arterial sistólica estiver entre 120 e 139 mmHg ou pressão arterial diastólica entre 80 e 90 mmHg. Para diabetes, a diretriz recomenda o rastreamento em adultos assintomáticos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e não se aplica a outros critérios de rastreamento, como obesidade, histórico familiar ou faixa etária. Além disso, existem cadernos específicos (Cadernos de atenção básica) para a gestão da hipertensão (Ministério da Saúde, 2013^[50]) e um protocolo recente para diabetes (CONITEC, 2020^[51]), que também consideram um componente de rastreamento. Para ambas as doenças, o modelo de saúde da família propõe que profissionais de saúde capacitados atuem de forma interdisciplinar, articulem-se com os usuários dos serviços e assumam a responsabilidade pela garantia da atenção à saúde abrangente. Por exemplo, para o diabetes, isso inclui rastreamento, classificação e diagnóstico, junto com uma avaliação inicial, orientação sobre estilo de vida saudável e consultas médicas de acompanhamento. Também considera o controle da glicemia e o tratamento com ou sem medicamentos, a prevenção e a gestão de complicações agudas e crônicas, os cuidados com os pés e com a atenção à saúde odontológica (Ministério da Saúde, 2013^[52]).

Um estudo avaliou a continuidade dos cuidados com a hipertensão na APS do Brasil e identificou que mais de um terço da população adulta brasileira tinha hipertensão medida ou diagnóstico prévio. Quase 90% deles tiveram contato recente com o sistema de saúde, mas apenas 65% tinham conhecimento de sua condição. Destes, apenas 62% procuraram atendimento regular para hipertensão, mas, deles, 92% receberam tratamento. O controle da hipertensão era de 33% no geral, mas aumentou para 57% entre aqueles que passaram por todas as etapas dos cuidados contínuos, mostrando a importância de equipes de APS de alto desempenho (Macinko, Leventhal and Lima-Costa, 2018^[53]).

Em relação à infraestrutura de informações de saúde, o Brasil desenvolveu sistema específico de registro e monitoramento para hipertensos e diabéticos: o HIPERDIA. É gerenciado pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Serviços de Atenção à Saúde, em articulação com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Os municípios integrantes do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão e Diabetes Mellitus enviam, por meio do sistema HIPERDIA, informações sobre o cadastro e acompanhamento de portadores dessas doenças. Todas essas informações são processadas e disponibilizadas pelo DATASUS do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2021^[54]).

No contexto da pandemia de COVID-19 e reconhecendo que as pessoas com DCNT correm maior risco, o Ministério da Saúde emitiu diretrizes específicas para apoiar esse grupo da população por meio da APS. O objetivo era acompanhar essa população com regularidade adequada, visando a estabilidade clínica e reduzindo as chances de desfechos desfavoráveis durante o período pandêmico. Dentre outros componentes, a estratégia incluiu a identificação, registro e estratificação de risco de pessoas com obesidade, diabetes e/ou hipertensão arterial sistêmica por meio de ações de vigilância e diagnóstico oportuno da população aderente. Além disso, a identificação precoce e a priorização do acompanhamento e monitoramento desses indivíduos com síndrome de influenza ou com suspeita ou confirmação de COVID-19. A resposta incluiu a assistência terapêutica multiprofissional, a prevenção da transmissão do coronavírus em indivíduos com obesidade, diabetes e/ou hipertensão e a implantação de ações intersetoriais e comunitárias de promoção da saúde, considerando a situação epidemiológica da COVID-19 em cada território (Ministério da Saúde, 2020^[55]). Todas essas estratégias são bem-vindas, uma vez que as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis enfrentam uma “dupla ameaça”: são mais vulneráveis a complicações e morte por COVID-19 e sofrem efeitos indiretos sobre a saúde decorrentes de interrupções nos cuidados essenciais (Quadro 3.4).

Quadro 3.4. Pessoas com doenças crônicas pré-existentes correm o risco de desfechos mais graves devido à COVID-19

Nos países da OCDE, pessoas com doenças crônicas existentes (incluindo câncer, doença renal crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças cardíacas, estado imunocomprometido, diabetes tipo 2, doença falciforme e obesidade) são a população de pacientes mais afetada na pandemia de COVID-19. Pessoas com condições crônicas estão enfrentando uma “dupla ameaça”: são mais vulneráveis a complicações e morte por COVID-19 e sofrem efeitos indiretos sobre a saúde decorrentes de interrupções nos cuidados essenciais:

- Em primeiro lugar, as pessoas que vivem com certas condições crônicas correm maior risco de sintomas graves de COVID-19. No início da pandemia, foi demonstrado na China que os pacientes mais velhos e aqueles com condições crônicas eram mais propensos a ter uma condição de COVID-19 grave a crítica, a apresentar deterioração de sua condição de saúde e a morrer de COVID-19 (Zhang and et, 2020^[56]). Pesquisas nos Estados Unidos, Itália e Reino Unido confirmam desfechos de COVID-19 mais graves e maior risco de hospitalização entre pacientes com condições de saúde subjacentes (OCDE, 2021^[57]);
- Em segundo lugar, as pessoas que vivem com condições crônicas também enfrentam impactos indiretos da pandemia devido a interrupções na continuidade dos cuidados ou tratamento prévio. O lockdown e o medo de contaminação nas salas de espera levaram muitos pacientes a desistir do atendimento, incluindo aqueles que requerem acompanhamento regular de doenças crônicas, como o câncer (OCDE, 2021^[57]). Por exemplo, na Inglaterra, os encaminhamentos urgentes da APS para pessoas com suspeita de câncer diminuíram quase 80% em comparação com os níveis anteriores à crise de COVID-19. Na França, o número de diagnósticos de câncer diminuiu de 35% a 50% em abril de 2020, em comparação com abril de 2019. As triagens preventivas de câncer nos Estados Unidos referentes a câncer de mama, câncer de cólon e câncer do colo do útero também caíram entre 86% e 94% em março de 2020 em comparação com os volumes médios em 2017-19. Na Austrália, houve cerca de 145.000 menos mamografias de rastreamento realizadas pela BreastScreen Australia de janeiro a junho de 2020 em comparação com janeiro a junho de 2018.

Uma APS forte tem a capacidade de mitigar esses efeitos indiretos durante a pandemia, mas também de reduzir a pressão sobre todo o sistema de saúde, fornecendo atenção integral e preventiva.

Fonte: (OCDE, 2021^[57]), Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID-19 pandemic. OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19).

3.3.4. A melhoria da qualidade e os esquemas de pagamento por desempenho na APS do Brasil incluíram o controle da hipertensão e diabetes

As atividades de checkup integram a Carteira de Serviços de Atenção Primária à Saúde - APS, a qual recebe financiamento do governo federal repassado aos estados e municípios, sendo esses órgãos responsáveis pela gestão da prestação dos serviços. Em 2011, o Ministério da Saúde criou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da APS (PMAQ) com o objetivo de ampliar o acesso e a qualidade da atenção oferecida por meio de incentivos financeiros direcionados à gestão municipal da saúde, condicionados a acordos formais de compromissos e avaliação de indicadores acordados entre equipes de APS, gestores de serviços municipais de saúde e o Ministério da Saúde (ver Capítulo 4). Como parte do PMAQ, a avaliação das eSFs incluiu tópicos como detecção precoce de hipertensão, exames

laboratoriais de diabetes e recargas de prescrição para usuários em cuidados/programas continuados como hipertensão e diabetes sem a necessidade de marcar consultas médicas.

Mais recentemente, o novo Programa Previne Brasil, implementado em 2020, inclui um componente de remuneração por desempenho, que recompensa o desempenho vinculado a sete indicadores (ver Capítulo 4). Dois deles estão relacionados à hipertensão e diabetes (Ministério da Saúde, 2020^[58]):

- Indicador 6: Porcentagem de pessoas com hipertensão que tiveram a pressão arterial verificada em cada semestre.
- Indicador 7: Porcentagem de pessoas com diabetes com solicitação de hemoglobina glicada.

Embora esses indicadores não estejam diretamente relacionados ao rastreamento, mas ao acompanhamento dos pacientes que já têm a doença, é importante destacar que os pacientes diagnosticados podem se beneficiar desse incentivo. No entanto, seria importante monitorar como esse programa poderia influenciar as atividades de rastreamento de hipertensão e diabetes na APS.

3.3.5. A prevenção secundária de hipertensão e diabetes no Brasil deve ser revisada para melhorar a eficácia e eficiência de suas atividades de rastreamento

O Brasil poderia desenvolver rastreamento de hipertensão de base populacional e de diabetes tipo 2 visando a grupos populacionais de alto risco

Vários países da OCDE possuem exames de saúde referentes a doenças crônicas, geralmente direcionados a grupos específicos da população, realizados periodicamente, por exemplo, a cada cinco anos, e às vezes fornecidos por profissionais de atenção à saúde que não sejam médicos. Na Estônia, exames de saúde e orientações são fornecidos por enfermeiras da família para pessoas com idade entre 40 e 60 anos com hipertensão ou diabetes (Habicht et al., 2018^[59]) e, em 2007, a Coreia introduziu o Programa Nacional de Rastreio para Idades de Transição, visando a pessoas de 40 e 66 anos (Kim et al., 2012^[60]). Na Inglaterra, o NHS Health Check foi introduzido para pessoas com idades entre 40 e 74 anos em 2009 e uma carta-convide é enviada a cada cinco anos para aqueles que ainda não têm diabetes, doença cardíaca ou renal ou não tiveram derrame, para rastreá-los quanto ao risco de desenvolver doenças crônicas, incluindo doenças cardíacas, derrames, doenças renais, diabetes tipo 2 ou demência (disponível apenas para maiores de 65 anos). Esse check-up é frequentemente realizado por enfermeira ou assistente de atenção à saúde (Gmeinder, Morgan and Mueller, 2017^[61]; NHS, 2018^[62]). A Tabela 3.4 mostra as recomendações de rastreamento de hipertensão a partir de diretrizes baseadas em indícios selecionados, juntamente com a recomendação mais recente no Brasil.

No entanto, uma revisão recente encomendada pela OMS Europa descobriu que os indícios disponíveis não dão base para a recomendação sobre o rastreio sistemático da hipertensão em nível populacional (Eriksen et al., 2021^[63]). Em vez de recomendar o rastreio sistemático, a alternativa preferida seria visar aqueles na APS que podem estar em risco mais alto devido à idade ou à presença de um fator de risco (ou seja, detecção de casos). No Brasil, estudo que identificou os principais fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão constatou que a prevalência aumentou com a idade, baixa escolaridade, aumento do índice de massa corporal e cintura abdominal e excreção urinária de sódio (Cipullo et al., 2010^[64]). Esse tipo de estudo na população brasileira pode ajudar a definir o grupo-alvo para orientar futuras recomendações de rastreamento de hipertensão.

Da mesma forma que acontece com a hipertensão, o rastreio de diabetes nos países da OCDE é normalmente incorporado em exames de saúde mais gerais. Na Austrália, por exemplo, os médicos da APS podem fornecer avaliações de saúde para pessoas que correm o risco de desenvolver doença crônica. Essa avaliação é fornecida a pessoas com idade entre 45 e 49 anos, uma vez que tenham pelo menos um fator de risco (hábitos de vida ou histórico familiar) para o desenvolvimento de uma doença crônica, como diabetes tipo 2 ou doença cardíaca. A avaliação também é fornecida a pessoas com 75

anos ou mais com intervalo de 12 meses ou mais (Department of Health, 2014^[65]). Visando a reduzir a prevalência de doenças relacionadas ao estilo de vida, incluindo câncer, doenças cardiovasculares e diabetes, o Japão introduziu o check-up de saúde específico (Tokutei kenshin) para a população com idade entre 40 e 74 anos em 2008. Todas as seguradoras do sistema de saúde japonês são obrigadas a fornecer exame de saúde específico para pessoas nessa faixa etária todos os anos, pois elas são consideradas como de maior risco de desenvolver doenças relacionadas ao estilo de vida. As seguradoras precisam fornecer conjunto padrão nacional de itens de check-up de saúde (OCDE, 2019^[40]). A Tabela 3.5 mostra as recomendações de rastreamento de diabetes mellitus tipo 2 a partir de diretrizes baseadas em indícios selecionados, juntamente com a recomendação mais recente no Brasil.

Tabela 3.4. Recomendações selecionadas para rastreamento de pressão alta

	Grupo populacional	Intervalo de rastreio	Pessoas com maior risco de hipertensão arterial
Brasil (Ministério da Saúde, 2010 ^[49])	18 anos ou mais, sem hipertensão conhecida	<ul style="list-style-type: none"> • A cada dois anos se PA abaixo de 120/80 mm Hg. • Todos os anos se PA sistólica de 120-139 mm Hg ou PA diastólica de 80-90 mm Hg 	Não mencionado.
European Society of Cardiology and of Hypertension (Williams et al., 2018 ^[66])	18 anos ou mais	<ul style="list-style-type: none"> • A cada 1 a 5 anos ou quando surgir a oportunidade se PA abaixo de 120/80 mm Hg • A cada 3 anos se PA de 120-129/80-84 mm Hg • Todos os anos se PA de 130-139/85-89 mmHg 	Em pacientes mais velhos (> 50 anos), um rastreio mais frequente deve ser considerado para cada categoria de PA.
Estados Unidos (USPSTF, 2016 ^[67])	18 anos ou mais, sem hipertensão conhecida	<ul style="list-style-type: none"> • Anual para adultos com idade \geq 40 anos e pessoas com maior risco de PA alta. • Adultos de 18 a 39 anos com PA <130/85 mm Hg, sem outros fatores de risco, a cada 3 a 5 anos. 	Pressão arterial normal alta (130-139/85-89 mm Hg); aqueles que estão com sobrepeso ou que são obesos e afro-americanos.
Diretrizes HEART da OMS (WHO, 2018 ^[68])	18 anos ou mais, durante visitas de rotina à APS	<ul style="list-style-type: none"> • A cada 1 a 5 anos, se normal • Sem menção de outro intervalo 	Teve um ataque cardíaco ou derrame anterior; tem diabetes; tem doença renal crônica; é obeso; usa tabaco; tem histórico familiar de ataque cardíaco ou derrame.

Observação: PA: Pressão arterial.

Tabela 3.5. Recomendações selecionadas para rastreamento de diabetes tipo 2

	População e intervalo de rastreamento	Pessoas com maior risco de DM2
Brasil (CONITEC, 2020 ^[51])	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os adultos com mais de 45 anos de idade. • Adulto com excesso de peso (IMC >25 kg/m²) e com um fator de risco ou risco moderado de DCV. • Se normal, rastreamento a cada 3 anos. • Se pré-diabetes, rastreamento todos os anos. 	Estilo de vida sedentário; parente de primeiro grau com DM; mulheres com gravidez anterior com feto com peso \geq 4 kg ou com diagnóstico de DM gestacional; hipertensão ou uso de anti-hipertensivos; HDL colesterol \leq 35 mg/dL e/ou triglicérides \geq 250 mg/dL; mulheres com síndrome do ovário policístico; outras condições clínicas associadas à resistência à insulina (por exemplo, obesidade III, acantose nigricans); histórico de DCV.
Canadá (Diabetes Canada, 2018 ^[69])	<ul style="list-style-type: none"> • Rastreamento a cada 3 anos em indivíduos \geq40 anos de idade • Rastreamento a cada 3 anos em indivíduos de alto risco de acordo com calculadora de risco • Rastreamento antecipada e/ou com mais frequência (a cada 6 a 12 meses) em pessoas com fatores de risco adicionais para diabetes 	Parente de primeiro grau com DM2; Membro da população de alto risco (por exemplo, Africano, Árabe, Asiático, Hispânico, Indígena ou descendente do Sul da Ásia, baixo status socioeconômico); Histórico de pré-diabetes; Histórico de diabetes gestacional; Histórico de parto de um bebê macrossômico; presença de lesão de órgão-alvo associada à diabetes; e presença de fatores de risco vascular (por exemplo, tabagismo), doenças associadas (por exemplo, HIV) e uso de medicações associadas à diabetes (por exemplo, estatinas).

	População e intervalo de rastreamento	Pessoas com maior risco de DM2
Estados Unidos (USPSTF, 2015 ^[70])	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos com idade entre 40 e 70 anos com sobrepeso ou obesidade. • A cada 3 anos para adultos com níveis normais de glicose no sangue. 	Histórico de diabetes na família; histórico de diabetes gestacional ou síndrome do ovário policístico; membros de certos grupos raciais/étnicos (por exemplo, afro-americanos, índios americanos ou nativos do Alasca, americanos asiáticos, hispânicos ou latinos, ou havaianos nativos ou ilhéus do Pacífico) podem ter maior risco de DM2 em uma idade mais jovem ou com um IMC mais baixo.
Diretrizes HEART da OMS (WHO, 2018 ^[68])	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos com mais de 40 anos e com sobrepeso (IMC >25) ou obesos (IMC >30) • Nenhum intervalo de rastreamento mencionado. 	Teve um ataque cardíaco ou derrame anterior; tem diabetes; tem doença renal crônica; é obeso; usa tabaco; tem histórico familiar de ataque cardíaco ou derrame.

Observação: DM2: diabetes mellitus tipo 2. IMC: índice de massa corporal. DCV: doença cardiovascular.

De acordo com as evidências científicas mais recentes, o excesso de rastreamento (por exemplo, por ter uma população-alvo muito ampla) provavelmente não melhorará os resultados de saúde da população e pode ser uso ineficiente de recursos. Portanto, o Brasil pode ter como meta programas populacionais de rastreamento de hipertensão e diabetes tipo 2 bem direcionados, com base em sua epidemiologia nacional, características do sistema de saúde e análise de custo-efetividade, como forma eficaz de identificar e gerenciar doenças crônicas.

Fortalecer os itinerários terapêuticos com uma perspectiva centrada nas pessoas

O rastreamento de hipertensão e diabetes deve ser apenas o primeiro passo em um itinerário claro de gerenciamento de doenças no Brasil. Os itinerários terapêuticos de doenças crônicas, que podem ser incorporadas às diretrizes clínicas, devem estar disponíveis para todas as doenças crônicas de alta prevalência, para dar orientação aos profissionais de atenção à saúde e pacientes sobre as expectativas dos cuidados que devem ser prestados e recebidos. As duas diretrizes clínicas existentes no Brasil (Ministério da Saúde, 2013^[50]; CONITEC, 2020^[51]) representam passo muito positivo para o desenvolvimento de diretrizes de melhores práticas com itinerários terapêuticos explícitos. No momento, esses itinerários estão focados em informações para profissionais de saúde na APS, mas poderiam ser expandidos para integrar outros prestadores de cuidados (por exemplo, especialistas ou grupos de apoio ao paciente) e serem produzidos em um formato amigável ao paciente.

Os itinerários terapêuticos de doenças crônicas, produzidos em formatos voltados para o paciente e para o clínico, devem estabelecer claramente as responsabilidades profissionais dos profissionais de saúde em diferentes estágios da doença. Esses itinerários podem ser usados para definir expectativas de qualidade para doenças crônicas, como diabetes e doenças cardiovasculares, e padronizar a qualidade do atendimento em todo o Brasil. As vias também podem ser usadas para esclarecer os papéis esperados para diferentes prestadores de cuidados. Na área do diabetes, os itinerários clínicos podem ajudar ao: (1) auxiliarem na avaliação sistemática da apresentação clínica do paciente e dos fatores de risco; (2) escolherem as intervenções comportamentais e medicamentosas mais adequadas; e (3) fornecerem um cronograma para acompanhamento e monitoramento do paciente. Em suma, os itinerários terapêuticos ajudarão na coordenação de cuidados e acompanhamento (Wong, 2017^[71]).

A Inglaterra desenvolveu itinerários mais complexos, que incluem expectativas em diferentes estágios da doença, os papéis para diferentes prestadores de cuidados, intervenções-chave e resultados desejados (NHS England, 2018^[72]). O itinerário terapêutico "*NHS RightCare: Diabetes*" da Inglaterra inclui, por exemplo, uma expectativa de que o planejamento de cuidados e uma revisão anual ocorram para pacientes com diabetes tipo 1 e tipo 2, e o itinerário inclui links para documentação de suporte para ajudar no planejamento de cuidados. Na Inglaterra, a expectativa é que muitos cuidados com o diabetes sejam fornecidos por equipes multidisciplinares em ambientes de cuidados comunitários, e o itinerário inclui

detalhes dos serviços que a equipe normalmente forneceria (educação do paciente, aconselhamento sobre gravidez, equipe de proteção dos pés) (ver Imagem 3.16).

Imagem 3.16. Itinerário terapêutico NHS RightCare: Diabetes (Inglaterra), tabela de resumo

A Oportunidade Nacional	5 milhões com hiperglicemia não diabética A maioria não recebe intervenção alguma	940.000 de diabetes tipo 2 não diagnosticadas	50% dos diagnosticados não recebem nenhuma educação estruturada dentro de 12 meses após o diagnóstico	60% do Tipo 1 e 40% do Tipo 2 não estão concluindo os processos de atendimento	Poucas áreas têm serviços de Tipo 1 de alta qualidade incorporados	30% dos hospitais não têm equipes multidisciplinares	Variação nacional em gastos e questões de segurança em admissões não eletivas
Componente de serviços	Detecção de Riscos	Diagnóstico e Avaliação Inicial	Programas Educativos Estruturados	Planejamento Anual de Cuidados Personalizados	Serviço especializado tipo 1	Referência de serviço e relações-chave	identificação gestão de admissões pela equipe de diabetes hospitalar
Intervenções	Corte Transversal 1. Responsabilidade e prestação de contas compartilhadas 2. Participação na AUDITORIA NACIONAL DE DIABETES 3. Suporte consistente para ativação do paciente, mudança de comportamento individual, autogestão, tomada de decisão compartilhada 4. Equipes multidisciplinares integradas						
	Programa de Prevenção de Diabetes da NHS	Protocolo relativo à incerteza de diagnóstico	Programas de educação (incluindo aconselhamento personalizado sobre nutrição e atividade física)	9 processos de cuidados recomendados e metas de tratamento	Serviço especializado intensivo tipo 1	1. Rastreamento em serviços especializados 2. RCA para maiores amputações	Equipe de internação de diabetes, compartilhamento de registros, linha de aconselhamento
Resultados-alvo	Diminuição da incidência de diabetes tipo 2	Detecção aprimorada	Melhor controle da diabetes e redução de complicações	Variação reduzida na conclusão dos processos de atendimento	Risco reduzido de complicações microvasculares	Redução anual de amputações de maior porte	Redução de erros em hospitais, reduzindo LOS
Evidência	Mudança intensiva de comportamento pode, em média, reduzir a incidência de diabetes tipo 2 em 26%	Modelo de prevalência de diabetes para autoridades locais e CCGs	Melhores resultados de saúde e redução no aparecimento de complicações diabéticas em diabetes tipo 1 e tipo 2	O controle de PA, HbA1c e colesterol reduz o risco de complicações macro e microvasculares	Os serviços do tipo 1 oferecem melhorias ano após ano no controle da glicose no sangue	MDFT e via de suporte reduzem o risco de complicações	Pacientes jovens com diabetes tipo 1 e mais velhos têm taxas mais altas de admissões não eletivas

Fonte: NHS England (2018₍₇₂₎), NHS RightCare : Diabetes pathway, <https://www.england.nhs.uk/rightcare/products/pathways/diabetes-pathway>

Além de estabelecer itinerários claros de gerenciamento de doenças crônicas, é necessário garantir que outras alavancas dentro do sistema estejam efetivamente alinhadas com esse meio. Isso inclui o alinhamento de incentivos de pagamento e reembolso, bem como garantir que os profissionais de saúde tenham as ferramentas e capacidades de que precisam para assumir as responsabilidades que se esperam deles.

Criar mais capacidade na APS para rastreamento e controle de hipertensão e diabetes por meio da expansão do papel dos profissionais de saúde

Para fortalecer a capacidade de prevenção e impacto, o Brasil deve procurar aumentar a capacidade na APS. Uma maneira que vários países da OCDE encontraram para aumentar a capacidade está relacionada à transferência de tarefas ou expansão do papel de outros profissionais de saúde (Quadro 3.5). Explorar se há maneiras de outros profissionais de saúde - por exemplo, enfermeiros, nutricionistas ou farmacêuticos - desempenharem papel na realização de algumas dessas atividades essenciais de prevenção é certamente uma possibilidade para o Brasil.

Por exemplo, quando se trata de diabetes, os enfermeiros podem ter a capacidade e o treinamento para realizar uma avaliação inicial do paciente, incluindo a garantia da capacidade de fazer testes de açúcar no sangue em todas as clínicas e trabalhar em conjunto com médicos e outros membros da equipe no acompanhamento de atividades. Em termos gerais, os cuidados prestados por enfermeiras demonstraram qualidade de atendimento equivalente ou melhor em uma grande variedade de medidas de desfechos

clínicos para condições crônicas, incluindo diabetes (Maier, Aiken and Busse, 2017^[73]). Uma análise sistemática constatou que a assistência de enfermagem foi pelo menos tão eficaz quanto a assistência médica no fornecimento de prevenção secundária a pacientes com condições crônicas, onde 84% dos parâmetros de desfecho não mostraram diferenças estatisticamente significativas, e para os 16% restantes, os desfechos de prevenção secundária melhoraram no grupo de enfermeiras, principalmente entre pacientes com diabetes. Neste grupo de pacientes, o cuidado do enfermeiro foi superior na prevenção do aparecimento de doenças cardíacas e reduziu o risco cardiovascular (Martínez-González et al., 2015^[74]).

Os farmacêuticos comunitários também podem ser considerados para políticas de transferência de tarefas e, na maioria dos países da OCDE, seu papel evoluiu substancialmente nos últimos anos. Os farmacêuticos podem desempenhar papel fundamental em aconselhar os pacientes e apoiá-los para lidar com suas necessidades de saúde e gerenciar seus cuidados. Análises sistemáticas recentes mostraram que o envolvimento do farmacêutico nos cuidados pode melhorar os desfechos de saúde para condições crônicas, como diabetes e hipertensão (Pousinho et al., 2016^[75]), podendo também se tornar econômico para sistemas de saúde (Wang, Yeo and Ko, 2016^[76]). No Brasil, o farmacêutico parece não ter grande presença nas equipes da APS, afirmando-se até que o isolamento do farmacêutico na APS prevalece (Barberato, Scherer and Lacourt, 2019^[77]). Portanto, tal política exigiria análise e planejamento minuciosos para definir a melhor maneira de investir na introdução de farmacêuticos comunitários nas equipes de APS do Brasil.

Quadro 3.5. Enfermeiras especializadas e farmacêuticas comunitárias na França

Como em outros países da OCDE, a França está atualmente estendendo o papel de enfermeiras e farmacêuticos, o que é visto como uma alavanca política fundamental para melhorar o acesso em áreas carentes, onde o número de médicos da APS está diminuindo. O novo decreto que estabelece a profissão de Enfermeiro Avançado (Infirmière en Pratique Avancée) foi emitido em junho de 2018. O profissional de enfermagem avançado trabalhará em uma equipe da APS para gerenciar pacientes com condições crônicas e assumir a liderança na prevenção e coordenação.

Paralelamente, o papel dos farmacêuticos comunitários está aumentando gradativamente. Os farmacêuticos comunitários podem realizar três testes de orientação diagnóstica rápida: o teste de glicose no sangue capilar para rastreamento da diabetes; testes orofaríngeos para gripe; e o teste de amigdalite estreptocócica do grupo A. O objetivo é determinar se o tratamento com antibióticos é necessário e se é necessária uma consulta médica para obter uma receita. O farmacêutico comunitário também pode participar de programas de rastreamento pontual de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Por último, os farmacêuticos na França agora podem realizar a vacinação contra a gripe.

Fonte: Percebendo o potencial da APS (OCDE, 2020^[78]), <https://dx.doi.org/10.1787/a92adee4-en>.

O sistema de informação de saúde precisa ser desenvolvido ainda mais para apoiar o rastreio de base populacional direcionada para melhor monitoramento e avaliação

O rastreio e outras atividades de atenção à saúde para hipertensão e diabetes têm o potencial de gerar uma riqueza de informações valiosas sobre saúde que podem ser usadas tanto para melhor gerenciar a saúde da população, projetar e direcionar intervenções de saúde pública mais eficazes, quanto para pesquisas. No entanto, o HIPERDIA, sistema de informação em saúde do Brasil para hipertensão e diabetes na APS, não coleta informações sobre rastreamento e também não é capaz de captar a trajetória de atendimento de cada paciente (por exemplo, encaminhamentos, tempos de espera, consultas com especialistas, exames laboratoriais, medicamentos etc.). Também é difícil para as equipes de APS

analisar e agir com base nessas informações, pois não recebem feedback regular e os pacientes não podem ter acesso aos seus dados pessoais de saúde. Também é difícil para o sistema conectar-se a outros bancos de dados, como hospitalizações, registros de óbitos etc.

Muitos países da OCDE têm registros médicos digitais padronizados nacionalmente e são capazes de usar dados atualizados para monitorar e avaliar o sistema de saúde, extraindo automaticamente dados de registros clínicos eletrônicos. Por exemplo, um conjunto de países que inclui Canadá, Coréia, Cingapura, Dinamarca, Finlândia, Israel, República Tcheca, Noruega, Nova Zelândia, Reino Unido (Inglaterra, Escócia e País de Gales) e Suécia e regularmente vinculam informações de diferentes conjuntos de dados nacionais, como hospitais e dados de pacientes internados em hospitais psiquiátricos, registro de câncer e de mortalidade. Usando esses dados vinculados, esses países são capazes de monitorar ativamente a qualidade e o desempenho do sistema de saúde.

Para monitorar e desenvolver estratégias de prevenção secundária, o Brasil precisa desenvolver sistema de informação em saúde que permita vincular diferentes fontes de dados. As experiências de outros países da OCDE no desenvolvimento de sistema de informação de saúde forte dentro de uma estrutura de governança de dados que proteja a privacidade das informações de saúde dos pacientes, a qual é apresentada em OCDE (2019^[79]), seria útil para o Brasil seguir tais caminhos.

Um sistema de informação de saúde mais forte também poderia facilitar a racionalização dos esforços para convidar a população-alvo para o rastreamento de hipertensão e diabetes. Atualmente, essas triagens são em grande parte oportunistas e não há informações sobre quem as está recebendo. Além disso, não é possível aos municípios ou equipes de APS identificar a quem enviar os convites. O atual processo de registro da população na APS do Brasil representa uma oportunidade para o desenvolvimento de programas organizados de rastreamento. O Brasil poderia enviar cartas-convite personalizadas, sem duplicação, apenas para quem faz parte da população-alvo e não está em tratamento, e para quem não acompanhou resultados preocupantes de um check-up anterior. Essas abordagens personalizadas e direcionadas são consideradas mais eficazes no recrutamento de pessoas que precisam de check-ups de saúde (Bunten et al., 2020^[80]).

No futuro, o Brasil poderia considerar o financiamento por pacotes de serviços como mecanismo para melhorar a gestão de condições crônicas na APS

O Brasil inovou recentemente em seu esquema de financiamento na APS com o programa Previne Brasil. Para o futuro, outra alternativa a explorar são os pagamentos em pacote, em particular, para condições crônicas. Eles consistem em um pagamento por paciente com doença crônica para cobrir o custo de todos os serviços de atenção à saúde prestados por todos os provedores durante um período específico. Tal sistema foi introduzido nos países da OCDE para incentivar a coordenação de cuidados entre prestadores ou fornecer um conjunto mais amplo de cuidados (por exemplo, educação, verificações regulares, verificações específicas ocasionais). O financiamento por pacotes de serviços pode encorajar a colaboração dentro de cada local de atendimento ou mesmo entre locais diferentes. Essa modalidade também pode contribuir para uma maior padronização do atendimento exigindo, por exemplo, a adesão aos critérios de qualidade, ou fortalecer a disponibilidade de dados por intermédio da exigência da coleta de indicadores de monitoramento ou integração de sistemas de dados em todos os ambientes de atendimento e controle de custos no geral (OCDE, 2016^[81]).

Embora o desenho e as características dos financiamentos por pacotes de serviços difiram entre os países da OCDE, os modelos desenvolvidos na Austrália e no Canadá podem ser de particular interesse para o Brasil e outros países. Nesses países, o pagamento em pacote é responsável pela complexidade do paciente, que é pré-requisito importante para incentivar a participação de prestadores de APS (OCDE, 2020^[78]).

3.4. Conclusão

No Brasil, a mortalidade por câncer não foi reduzida na última década, enquanto o câncer de mama e de colo do útero reduziram suas chances de sobrevida mais longa após o diagnóstico. Essa constatação vai na direção oposta aos resultados obtidos nos países da OCDE, exigindo uma ação urgente para reverter essas tendências. Embora o rastreamento do câncer de mama e do colo do útero tenha aumentado nos últimos anos, sua cobertura permanece bem abaixo dos padrões recomendados, limitando seu potencial de contribuir para melhores desfechos do câncer. Para enfrentar o ônus da doença, o Brasil fortaleceu a governança e a prestação de cuidados ao câncer, porém, ainda há muito a ser feito, com ênfase na promoção e prevenção. Há espaço para expandir a cobertura de rastreamento - notadamente desenvolvendo programas baseados na população, introduzindo convites personalizados mais sistemáticos para o rastreamento do câncer e desenvolvendo melhores estratégias de comunicação e educação com o uso de novas tecnologias. O Brasil também pode procurar expandir os esforços em novos locais de câncer, como pulmão e colo retal, uma vez que representam grande carga de doença, merecendo análise mais aprofundada dos benefícios potenciais de investir em programas nacionais de rastreamento. Enquanto isso, o desenvolvimento de sistema de rastreamento mais abrangente para o rastreamento do câncer, com informações no nível individual de cada paciente, ajudaria o Brasil na administração dos programas de rastreamento (por exemplo, garantindo cobertura efetiva da população-alvo) e seria uma rica fonte de dados para avaliar periodicamente a eficácia dos protocolos de rastreamento existentes.

Por outro lado, hipertensão e diabetes também representam fardo para a saúde da população brasileira e para o sistema de saúde. Por exemplo, a prevalência tanto da pressão arterial elevada quanto da glicemia em jejum é maior do que a média dos países da OCDE. No caso do diabetes, a mortalidade não diminuiu nos últimos anos no Brasil, ao contrário do que tem sido observado nos países da OCDE. Portanto, o Brasil poderia fortalecer suas atividades de check-up da APS ao adotar programas de rastreamento de hipertensão e diabetes tipo 2 de base populacional, visando a grupos populacionais de alto risco bem definidos. Isso vai junto com o desenvolvimento de itinerários claros de gerenciamento de doenças, onde as equipes de APS e cada paciente individual podem tomar as medidas adequadas para gerenciar sua doença. As diretrizes clínicas atuais e o registro de pacientes na APS são bons pontos de partida para continuar nessa direção. Há também espaço claro para os enfermeiros da APS desempenharem papel mais ativo na educação do paciente, promoção do rastreamento e gerenciamento de doenças, enquanto os farmacêuticos comunitários podem ser introduzidos em ações direcionadas para gerenciar essas condições crônicas. Os sistemas de informação em saúde precisam ser mais desenvolvidos a fim de fornecer mais e melhores informações às equipes e aos pacientes da APS, o que permitiria melhorar as decisões de manejo clínico na APS e capacitar os pacientes a assumir um papel de liderança em suas próprias ações de prevenção e controle.

Referências

- Barberato, L., M. Scherer and R. Lacourt (2019), *The pharmacist in the Brazilian primary health care: Insertion under construction*, Associação Brasileira de Pós - Graduação em Saúde Coletiva, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182410.30772017>. [77]
- Bibbins-Domingo, K. et al. (2016), "Screening for colorectal cancer: US preventive services task force recommendation statement", *JAMA - Journal of the American Medical Association*, Vol. 315/23, pp. 2564-2575, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.5989>. [37]

- Bunten, A. et al. (2020), "A systematic review of factors influencing nhs health check uptake: Invitation methods, patient characteristics, and the impact of interventions", *BMC Public Health*, Vol. 20/1, pp. 1-16, <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-019-7889-4>. [80]
- Camilloni, L. et al. (2013), *Methods to increase participation in organised screening programs: A systematic review*, BioMed Central, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-464>. [31]
- Cipullo, J. et al. (2010), "Hypertension prevalence and risk factors in a Brazilian urban population", *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Vol. 94/4, pp. 488-494, <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000014>. [64]
- CONITEC (2020), *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 2*, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde, Brasília, <http://conitec.gov.br/> (accessed on 7 March 2021). [51]
- Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede (ed.) (2016), *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, <http://www.inca.gov.br> (accessed on 16 February 2021). [5]
- Costa, R. et al. (2018), "Trend analysis of the quality indicators for the Brazilian cervical cancer screening programme by region and state from 2006 to 2013", *BMC Cancer*, Vol. 18/1, pp. 1-9, <http://dx.doi.org/10.1186/s12885-018-4047-9>. [11]
- CTFPHC (2016), "Recommendations on screening for lung cancer - Canadian Task Force on Preventive Health Care", *CMAJ*, Vol. 188/6, pp. 425-432, <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.151421>. [39]
- Da Costa Vieira, R., A. Formenton and S. Bertolini (2017), *Breast cancer screening in Brazil. Barriers related to the health system*, Associação Médica Brasileira, <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.05.466>. [9]
- DATASUS (2021), *Painel-Oncologia - Notas Técnicas*, DATASUS, Brasil, http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def (accessed on 2 March 2021). [7]
- Department of Health (2014), *Medicare Benefits Schedule (MBS) - Health assessment for people aged 45 to 49 years who are at risk of developing a chronic disease*, Department of Health, Australian Government. [65]
- Diabetes Canada (2018), "Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada", *Can J Diabetes*, Vol. 42/Suppl 1, pp. S1-S325. [69]
- Duncan, B. et al. (2020), "The burden of diabetes and hyperglycemia in Brazil: A global burden of disease study 2017", *Population Health Metrics*, Vol. 18/S1, p. 9, <http://dx.doi.org/10.1186/s12963-020-00209-0>. [48]
- ECIBC (2020), *European guidelines on breast cancer screening and diagnosis*, European Commission Initiative on Breast Cancer, <https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/european-breast-cancer-guidelines> (accessed on 2 March 2021). [25]

- ECIBC (2020), *Inviting women to subsequent rounds of screening: Letters with fixed appointment to screening*, European Commission Initiative on Breast Cancer, <https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/european-breast-cancer-guidelines/Invitation-to-screening-and-decision-aid/subsequent-invitations/fixe-date> (accessed on 2 March 2021). [30]
- Eriksen, C. et al. (2021), *What is the effectiveness of systematic population-level screening programmes for reducing the burden of cardiovascular diseases?*, WHO Regional Office for Europe. WHO Health Evidence Network (HEN), Copenhagen. [63]
- European Observatory on Health Systems and Policies and M. Petersen (2019), "Achieving better health and well-being via the Danish e-Health portal sundhed.dk", *Eurohealth*, Vol. 25/2, pp. 20-23, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332595> (accessed on 3 March 2021). [42]
- Finnish Cancer Registry (2020), *Cervical cancer screening - Syöpärekisteri*, <https://cancerregistry.fi/screening/cervical-cancer-screening/> (accessed on 1 March 2021). [21]
- Fontham, E. et al. (2020), "Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society", *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, Vol. 70/5, pp. 321-346, <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21628>. [19]
- Gioia, S. et al. (2018), "Brazil Needs Organized Breast Cancer Screening: Pilot Project in Rio De Janeiro", *Journal of Global Oncology*, Vol. 4/Supplement 2, pp. 31s-31s, <http://dx.doi.org/10.1200/jgo.18.54900>. [27]
- GLOBOCAN (2020), *Global Cancer Observatory*, International Agency for Research on Cancer - World Health Organisation, <https://gco.iarc.fr/> (accessed on 8 March 2021). [3]
- Gmeinder, M., D. Morgan and M. Mueller (2017), "How much do OECD countries spend on prevention?", *OECD Health Working Papers*, No. 101, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/f19e803c-en>. [61]
- Habicht, T. et al. (2018), "Estonia: Health System Review", *Health Syst Transit*, Vol. 20/1, pp. 1-189, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30277217/> (accessed on 28 January 2021). [59]
- IARC (2017), *Cancer Screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening*, International Agency for Research on Cancer; European Commission. [28]
- INCA (2020), *Câncer de pulmão*, Instituto Nacional de Câncer, <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pulmao> (accessed on 2 March 2021). [38]
- INCA (2020), *Histórico das ações | INCA - Instituto Nacional de Câncer*, <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/historico-das-acoes> (accessed on 15 February 2021). [4]
- INCA (2020), *Prevenção do câncer do colo do útero*, Instituto Nacional de Câncer, <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controlado/prevencao> (accessed on 26 February 2021). [15]
- INCA (2019), *Câncer de intestino - versão para Profissionais de Saúde*, Instituto Nacional de Câncer, <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-intestino/profissional-de-saude> (accessed on 2 March 2021). [33]

- INCA (2013), *Cancer in Brazil: Data from the Population-Based Registries*, National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, <http://www.inca.gov.br> (accessed on 2 March 2021). [8]
- Kim, H. et al. (2012), “National screening program for transitional ages in Korea: A new screening for strengthening primary prevention and follow-up care”, *Journal of Korean Medical Science*, Vol. 27/SUPP, <http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2012.27.S.S70>. [60]
- Levi, J. et al. (2019), “High-risk HPV testing in primary screening for cervical cancer in the public health system, São Paulo, Brazil”, *Cancer Prevention Research*, Vol. 12/8, pp. 539-546, <http://dx.doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-19-0076>. [23]
- Macinko, J., D. Leventhal and M. Lima-Costa (2018), “Primary Care and the Hypertension Care Continuum in Brazil”, *Journal of Ambulatory Care Management*, Vol. 41/1, pp. 34-46, <http://dx.doi.org/10.1097/JAC.0000000000000222>. [53]
- Maier, C., L. Aiken and R. Busse (2017), “Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation”, *OECD Health Working Papers*, No. 98, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en>. [73]
- Malila, N., C. Senore and P. Armaroli (2012), “European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition Organisation”, *Endoscopy*, Vol. 44/SUPPL3, pp. SE31-SE48, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1309783>. [35]
- Martínez-González, N. et al. (2015), “The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: A systematic review”, *Human Resources for Health*, Vol. 13/1, p. 55, <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-015-0049-8>. [74]
- Martínez-Mesa, J. et al. (2013), “Inequalities in Pap smear screening for cervical cancer in Brazil”, *Preventive Medicine*, Vol. 57/4, pp. 366-371, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.06.026>. [12]
- Mezei, A. et al. (2017), “Cost-effectiveness of cervical cancer screening methods in low- and middle-income countries: A systematic review”, *International Journal of Cancer*, Vol. 141/3, pp. 437-446, <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.30695>. [17]
- Ministério da Saúde (2021), *HIPERDIA. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos- Notas Técnicas*. [54]
- Ministério da Saúde (2020), *Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne*, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família, https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_indicadores_de_desempenho_200210.pdf (accessed on 5 March 2021). [58]
- Ministério da Saúde (2020), *Manual - Como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia*, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Brasília, <http://aps.saude.gov.br> (accessed on 5 March 2021). [55]
- Ministério da Saúde (2013), *Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS*, Ministério da Saúde, Brasília, <http://www.conselho.saude.gov.br> (accessed on 3 March 2021). [13]

- Ministério da Saúde (2013), *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, <http://www.dab.saude.gov.br> (accessed on 4 March 2021). [52]
- Ministério da Saúde (2013), *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, <http://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxNA==> (accessed on 4 March 2021). [50]
- Ministério da Saúde (2010), *Rastreamento*, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, <http://www.saude.gov.br/dab> (accessed on 27 January 2021). [49]
- Ministério da Saúde and INCA (2017), *Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil*, Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2015/Relatorio_DDT_CancerMama_final.pdf. (accessed on 16 February 2021). [6]
- Nascimento, B. et al. (2020), "Trends in prevalence, mortality, and morbidity associated with high systolic blood pressure in Brazil from 1990 to 2017: Estimates from the "global Burden of Disease 2017" (GBD 2017) study", *Population Health Metrics*, Vol. 18/S1, p. 17, <http://dx.doi.org/10.1186/s12963-020-00218-z>. [45]
- NHS (2018), *NHS RightCare » Diabetes pathway*, <https://www.england.nhs.uk/rightcare/products/pathways/diabetes-pathway/> (accessed on 28 January 2021). [62]
- NHS England (2018), *NHS RightCare » Diabetes pathway*, <https://www.england.nhs.uk/rightcare/products/pathways/diabetes-pathway/> (accessed on 7 March 2021). [72]
- OCDE (2021), *OECD Health Statistics 2021*, <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> (accessed on 15 January 2021). [1]
- OCDE (2021), *Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID-19 pandemic*, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9a5ae6da-en>. [57]
- OCDE (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/a92adee4-en>. [78]
- OCDE (2019), *OECD Reviews of Public Health: Chile: A Healthier Tomorrow*, OECD Reviews of Public Health, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264309593-en>. [2]
- OCDE (2019), *OECD Reviews of Public Health: Japan: A Healthier Tomorrow*, OECD Reviews of Public Health, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264311602-en>. [40]
- OCDE (2019), *Recommendation of the Council on Health Data Governance*, OECD/LEGAL/0433, <http://legalinstruments.oecd.org> (accessed on 7 March 2021). [79]
- OCDE (2016), *Better Ways to Pay for Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en>. [81]

- OCDE (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Health Policy Studies, [34]
 OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.
- OCDE/The World Bank (2020), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, [46]
 OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/6089164f-en>.
- Pousinho, S. et al. (2016), "Pharmacist Interventions in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials", *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, Vol. 22/5, pp. 493-515, <http://dx.doi.org/10.18553/jmcp.2016.22.5.493>. [75]
- Quarti Machado Rosa, M. et al. (2018), "Disease and Economic Burden of Hospitalizations Attributable to Diabetes Mellitus and Its Complications: A Nationwide Study in Brazil", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 15/2, p. 294, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15020294>. [47]
- Ribeiro, A. et al. (2018), *hallenges to implementing a comprehensive cervical cancer screening program in Brazil: lessons from three cities to consider when moving on*, IPVC, Sydney, <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44737> (accessed on 1 March 2021). [24]
- Ronco, G. (2020), *Core elements of the new HPV-based cervical cancer screening programme in Italy*, HPV World, <https://www.hpvworld.com/articles/core-elements-of-the-new-hpv-based-cervical-cancer-screening-programme-in-italy/> (accessed on 1 March 2021). [22]
- Sabatino, S. et al. (2012), *Effectiveness of interventions to increase screening for breast, cervical, and colorectal cancers: Nine updated systematic reviews for the guide to community preventive services*, Elsevier, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2012.04.009>. [41]
- Silva, G. et al. (2017), "Early detection of breast cancer in Brazil: data from the National Health Survey, 2013", *Revista de Saúde Pública*, Vol. 51/suppl 1, pp. 1S-8S, <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000191>. [10]
- TJCC (2021), *Portal Movimento TJCC - Todos Juntos Contra o Câncer*, <https://tjcc.com.br/> (accessed on 4 March 2021). [14]
- USPSTF (2021), *Final Recommendation Statement - Lung Cancer: Screening*, United States Preventive Services Task Force, <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/lung-cancer-screening> (accessed on 2 March 2021). [36]
- USPSTF (2016), *Screening for High Blood Pressure in Adults: Recommendation Statement*, <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/> (accessed on 6 March 2021). [67]
- USPSTF (2015), *Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: Screening*, United States Preventive Services Taskforce, <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/screening-for-abnormal-blood-glucose-and-type-2-diabetes> (accessed on 7 March 2021). [70]
- Uy, C. et al. (2017), *Text messaging interventions on cancer screening rates: A systematic review*, JMIR Publications Inc., <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.7893>. [32]

- von Karsa, L. et al. (2015), “Executive summary”, in Anttila, A. et al. (eds.), *European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening*, Office for Official Publications of the European Union, Luxembourg, <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/a41a4c40-0626-4556-af5b-2619dd1d5ddc/language-en/format-PDF/source-search> (accessed on 17 February 2021). [18]
- Wang, Y., Q. Yeo and Y. Ko (2016), “Economic evaluations of pharmacist-managed services in people with diabetes mellitus: a systematic review”, *Diabetic Medicine*, Vol. 33/4, pp. 421-427, <http://dx.doi.org/10.1111/dme.12976>. [76]
- WHO (2021), “The Global Health Observatory: Explore a world of health data”, <https://www.who.int/data/gho>. [16]
- WHO (2019), *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report*. [43]
- WHO (2018), *HEARTS Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: evidence-based treatment protocols*, World Health Organisation, Geneva. [68]
- WHO (2017), *Guide to cancer early diagnosis*, World Health Organisation, Geneva, https://www.who.int/cancer/publications/cancer_early_diagnosis/en/ (accessed on 2 March 2021). [26]
- WHO (2014), *WHO position paper on mammography screening*, World Health Organisation, Geneva, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/137339> (accessed on 2 March 2021). [29]
- Williams, B. et al. (2018), *2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension*, Oxford University Press, <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>. [66]
- Wong, W. (2017), “Exploring the Potential of Clinical Pathways for Diabetes”, *Journal of Clinical Pathways*, Vol. 2/Suppl 1, pp. S5-S6, <https://www.journalofclinicalpathways.com/article/exploring-potential-clinical-pathways-diabetes> (accessed on 7 March 2021). [71]
- Yeh, P. et al. (2019), *Self-sampling for human papillomavirus (HPV) testing: A systematic review and meta-Analysis*, BMJ Publishing Group, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001351>. [20]
- Zhang, J. and A. et (2020), “Risk factors for disease severity, unimprovement, and mortality in COVID-19 patients in Wuhan, China”, *Clinical Microbiology and Infection*, Vol. 26/6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2020.04.012>. [56]
- Zhou, B. et al. (2017), “Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants”, *The Lancet*, Vol. 389/10064, pp. 37-55, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31919-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31919-5). [44]

4 Qualidade e resultados na atenção primária à saúde

Buscando expandir o acesso à APS de alta qualidade, o Brasil deu passos importantes para melhorar a distribuição de médicos, desenvolver novas formas de organização de serviços, introduzir novos modelos de financiamento e implementar uma série de iniciativas de qualidade, perfeitamente alinhadas com as experiências dos países da OCDE. No entanto, o sistema de APS brasileiro ainda não alcançou a cobertura populacional universal, e é caracterizado por grandes disparidades na qualidade do atendimento e um sistema de referência fraco. A APS também oferece tradicionalmente poucos procedimentos de baixa complexidade e não é abrangente o suficiente para atender às necessidades em evolução dos pacientes. Enfrentar esses desafios exige o fortalecimento do sistema de triagem e, ao mesmo tempo, a expansão da gama de serviços prestados pelas equipes de saúde da família. Também são necessários esforços para garantir a implementação de iniciativas de qualidade em todo o país. Uma maior orientação e apoio do governo federal serão necessários para ajudar os municípios com baixa capacidade.

4.1. Introdução

O Brasil reconheceu que uma APS forte é a base de um sistema de saúde eficaz, eficiente e responsivo às necessidades dos pacientes. Na última década, o Brasil implementou uma ampla gama de reformas para desenvolver o sistema de modo correspondente e melhorar a qualidade do atendimento e a gama de serviços prestados pelas equipes de saúde da família (eSF). As reformas incluem o desenvolvimento de padrões de atendimento, diretrizes, carteira de serviços de atenção à saúde, o estabelecimento de programas de pagamento por desempenho e a produção e publicação de dados que sustentam a APS. No entanto, análises gerais sobre a APS no Brasil sugerem espaço significativo para melhorar a qualidade e os resultados da prestação de serviços. Enquanto o fardo dos fatores de risco para a saúde e as condições crônicas têm crescido no Brasil, a conformidade com as normas de cuidados preventivos e a detecção e gestão de condições crônicas dão alguns motivos de preocupação. Além disso, a APS tradicionalmente se caracteriza pela baixa oferta de serviços de atenção à saúde, oferecendo poucos procedimentos e cirurgias de baixa complexidade.

Este capítulo avalia o sistema de APS do Brasil no que diz respeito à qualidade e aos resultados da atenção oferecida. Começa com uma visão geral das recentes reformas para expandir a APS e promover a melhoria da qualidade. O capítulo então aponta para seu desempenho no exame de alguns indicadores da qualidade da APS nos países da OCDE. O capítulo termina com algumas sugestões importantes para garantir maior qualidade e resultados dos serviços de APS.

4.2. Reformas recentes na APS no Brasil

Após a implementação da ESF em 1994 (descrita no Capítulo 2), várias reformas importantes foram introduzidas de 2011 a 2019 para continuar a expandir a APS no Brasil. As reformas pretendem reestruturar a APS por meio de novas regulamentações para melhorar a distribuição de médicos, desenvolver novas formas de organização dos serviços e novos modelos de financiamento da APS.

4.2.1. Esforços consideráveis foram feitos para recrutar e reter profissionais em áreas mais remotas

Diversas iniciativas foram tomadas no Brasil na última década para recrutar e reter profissionais em áreas mais vulneráveis. O Programa de Interiorização de Trabalho em Saúde implementado de 2001 a 2004 teve como primeiro objetivo melhorar a distribuição e a formação de médicos e enfermeiros de forma a garantir a sua prestação em zonas carentes e remotas do país. No entanto, apenas 469 médicos aderiram ao programa. Outra estratégia federal foi o Programa de Valorização da Atenção Básica - PROVAB, implantado em 2011 para estimular os profissionais de saúde a trabalharem um ano na APS em áreas com carência desses profissionais (portaria nº 2.087, de 1 de setembro de 2011). O programa previa o pagamento de bolsa federal de R\$ 10 mil mensais. Incluía ainda pós-graduação prático-teórica obrigatória de 12 meses e a atividade de conclusão nas unidades de APS. Para garantir a qualidade do serviço prestado, os médicos foram avaliados, trimestralmente, por gestores e instituições, além de realizarem autoavaliações. Os participantes bem avaliados receberam uma pontuação adicional de 10% no exame de residência médica. Embora o PROVAB tenha ajudado a atrair mais médicos em áreas remotas, os números não foram suficientes para atender às necessidades dos municípios-alvo. Os profissionais médicos mostraram interesse limitado pelo programa. Em 2013, o programa contratou 3.800 médicos, que foram alocados em 1.300 municípios diferentes (Pereira et al., 2016^[1]).

O Programa Mais Médicos para o Brasil foi então instituído como iniciativa do governo federal em 2013 para suprir a carência de médicos na APS e diminuir as desigualdades regionais em saúde. O PMM foi uma intervenção do lado da oferta com três pontos que se complementam, com especial ênfase no fortalecimento da oferta de APS em comunidades carentes (Stein and Ferri, 2017^[2]; WHO, 2018^[3]):

- (1) Transferência de fundos aos municípios para fortalecer a infraestrutura da APS;
- (2) Melhorar o acesso e a qualidade do treinamento nas escolas de medicina; e
- (3) Recrutamento de médicos brasileiros e estrangeiros para atuar nas equipes da ESF.

Os municípios prioritários para participação no programa foram aqueles com população vivendo em extrema pobreza, população residente em reservas indígenas, municípios com baixíssimo índice de desenvolvimento humano ou situados em áreas de extrema pobreza e com comunidades rurais das regiões Norte e Nordeste (Pereira et al., 2016^[1]).

O Ministério da Saúde pagava o salário mensal dos médicos cadastrados no programa. O acordo estabelecia que o Brasil pagaria cerca de R\$ 10 000 (EUR 2.126; US\$ 2.321) por mês para cada profissional. Os custos de alimentação, hospedagem e transporte foram custeados pelo município. Os médicos teriam um contrato de 3 anos, renovável uma vez (Biernath, 2020^[4]). Os médicos do PMM não são obrigados a prestar o exame de competência nacional exigido para outros médicos exercerem a medicina no Brasil. Em vez disso, os médicos do PMM são obrigados a concluir curso de treinamento obrigatório de três semanas fornecido pelas autoridades de saúde brasileiras antes de poderem ser designados para os municípios. Além disso, todos os médicos do PMM são obrigados a participar de breves sessões de treinamento organizadas pelas autoridades brasileiras em intervalos regulares. Cursos de aprendizagem online também estão disponíveis para os médicos do PMM.

No geral, o PMM levou a melhorias positivas. O programa possibilitou realizar investimentos consideráveis na infraestrutura das unidades de APS em todos os municípios participantes, com o fornecimento de novos equipamentos e reformas (Pereira et al., 2016^[1]). Evidências mais recentes confirmam que o PMM canalizou recursos adicionais com sucesso para fortalecer a infraestrutura da APS, com os recursos do PMM levando à construção de 3.496 novas unidades básicas de saúde e reforma de 3.417 unidades até 2015 (Santos et al., 2017^[5]). Segundo Biernath (2020), mais de 26 mil instalações de APS foram construídas ou reformadas em todo o Brasil.

Além disso, o PMM tem contribuído para melhorias no acesso à formação médica. Dados obtidos do Censo da Educação Superior sugerem que o PMM atingiu seu objetivo de médio prazo de ampliar o número de novas vagas até 2017. Estima-se que 92% das novas vagas de graduação em medicina criadas entre 2010 e 2018 ocorreram após o lançamento do PMM em 2013 (Figueiredo et al., 2021^[6]). Ele permitiu também a criação de 11.500 novas vagas para formação médica e 12.400 vagas para residência médica, abertas a profissionais brasileiros e estrangeiros (WHO, 2018^[3]).

Por último, as evidências mostram que o PMM melhorou os incentivos para os profissionais de saúde trabalharem em áreas carentes e o recrutamento de profissionais médicos de fora do país. Como os brasileiros demoraram a aceitar cargos em comunidades carentes (apenas 938 médicos se inscreveram para 15.460 vagas nos primeiros meses do programa) (Biernath, 2020^[4]), acordos de cooperação entre o Brasil e Cuba, facilitados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) garantiram uma oferta adequada de médicos. Mais de 20 mil médicos cubanos foram mobilizados para o sistema de saúde brasileiro (representando dois terços dos profissionais que aderiram ao programa) (WHO, 2018^[3]). No total, foram criados 18.240 postos de trabalho durante o PMM. Destes, 8.332 foram preenchidos por cubanos, 4.525 por brasileiros formados localmente, 2.824 por brasileiros que se formaram no exterior e 451 por médicos de outras nacionalidades (Biernath, 2020^[4]).

Hone e colegas (2020) sugeriram que o PMM estava associado ao aumento de 12% no número de médicos da APS em seu quinto ano de implementação, com efeitos mais pronunciados entre os municípios que tinham níveis mais baixos de disponibilidade de médicos no início do programa (Hone et al., 2020^[7]).

Entre 2013 e 2014, o número de municípios com menos de 0,1 médicos por mil habitantes diminuiu 75%, passando de 374 para 95 (Pereira et al., 2016^[1]). De modo mais geral, o número de municípios com escassez de médicos caiu de 1.200 em 2013 para 777 em 2015 (Biernath, 2020^[4]).

Além disso, a melhoria da oferta de médicos em regiões remotas do Brasil evitou o total de 521 mil internações hospitalares em 2015, gerando grande economia para o sistema de saúde brasileiro (Biernath, 2020^[4]). O PMM levou a reduções nas hospitalizações de adultos, principalmente por gastroenterite infecciosa, pneumonias bacterianas, asma, infecções renais e urinárias e doença inflamatória pélvica (Maffioli et al., 2019^[8]), embora não tenha reduzido as hospitalizações devido a outras condições evitáveis como hipertensão (Özçelik et al., 2020^[9]). A mortalidade amenizável também foi reduzida significativamente após o PMM, com os maiores benefícios nos municípios priorizados para alocação de médicos e onde a densidade de médicos era baixa antes da implementação (Hone et al., 2020^[7]). O impacto positivo do PMM inclui maior satisfação do paciente com os serviços públicos de atenção à saúde e uma melhor relação médico-paciente (Biernath, 2020^[4]) (o Capítulo 5 deste relatório fornece detalhes adicionais sobre a MPD).

O Programa Mais Médicos ainda está em vigor, mas será gradualmente substituído pelo novo programa federal denominado Programa Médicos pelo Brasil (ver Capítulo 5).

4.2.2. Novas configurações de cuidados foram estabelecidas para promover uma maior coordenação e integração de cuidados

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram originalmente criados em 2008 para ampliar a capacidade do sistema brasileiro de atenção à saúde, a fim de atender às necessidades crescentes da população e passar de organizações verticais de saúde para modos horizontais de organização.

A PNAB 2017 estimulou ainda mais o desenvolvimento dos NASF, de forma a expandir a abrangência da APS para os usuários e proporcionar maior resolução da APS por meio de maior coordenação da atenção à saúde de forma longitudinal. Os NASFs passaram a se chamar Unidades Ampliadas de Saúde da Família e APS (NASF-AB). A organização está estruturada territorialmente, dependendo das necessidades locais. Os NASFs-AB devem funcionar de forma integrada para dar suporte clínico, médico e pedagógico aos profissionais da APS (Barros da Silva, Carlos da Silva and de Araujo Oliveira, 2020^[10]). Os NASFs-AB são equipes multidisciplinares, que devem atuar de forma integrada. O objetivo abrangente é apoiar equipes de ESF e APS para populações específicas (Consultórios na Rua, equipe fluvial) apoiando-as na gestão de problemas de saúde, bem como ampliando o leque de serviços oferecidos na comunidade (Ministerio da Saude, 2021^[11]).

Três tipos de NASFs-AB são reconhecidos:

- Os NASFs-AB 1 incluem 5 a 9 equipes de ESF e/ou APS para populações específicas (equipe de assistência de rua, equipe ribeirinha e fluvial). Mínimo de 200 horas por semana (carga de trabalho semanal mínima de 20h e máxima de 80h)
- Os NASFs-AB 2 incluem 3 a 4 equipes de ESF e/ou APS para populações específicas (equipe de assistência de rua, equipe ribeirinha e fluvial). Mínimo 120 horas por semana (carga horária de trabalho semanal mínima de 20h e máxima de 40h)
- Os NASFs-AB 3 incluem 1 a 2 equipes de ESF e/ou APS para populações específicas (equipe de assistência de rua, equipe ribeirinha e fluvial). Mínimo 80 horas por semana (carga horária de trabalho semanal mínima de 20h e máxima de 40h)

A composição do NASF-AB é definida com base nas necessidades de saúde do território e da família apoiada ou equipes de APS. Pode ser composto por assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, ginecologistas, obstetras, psiquiatras, médicos geriatras, entre outros.

As atividades desenvolvidas pelos NASFs-AB incluem atendimento clínico nas unidades da APS, visitas domiciliares, ações multissetoriais, prevenção em saúde, educação em saúde, discussão de casos com as equipes e construção conjunta de Projetos Terapêuticos Únicos (Barros da Silva, Carlos da Silva and

de Araujo Oliveira, 2020^[10]) (Sales et al., 2020^[12]). A equipe multidisciplinar que trabalha no NASF-AB tem a oportunidade de compartilhar problemas, trocar conhecimentos e práticas, e definir juntos possíveis intervenções por meio da Comunidade de Práticas.

Os NASFs são guiados pelas seguintes prioridades:

- É uma equipe formada por diferentes profissões e especialidades;
- É reconhecido como suporte especializado para APS, mas não especialidades ambulatoriais ou serviço hospitalar;
- Deve estar disponível para dar suporte a situações de saúde agendadas e emergenciais;
- Realiza ações em colaboração com a eSF ou equipes de APS para aumentar a oferta de serviços de saúde em ambientes de APS.

As avaliações existentes dos NASFs-AB mostram resultados globais positivos (Barros da Silva, Carlos da Silva and de Araujo Oliveira, 2020^[10]; Sales et al., 2020^[12]). As ações desenvolvidas pelos NASFs foram percebidas positivamente pelas equipes multidisciplinares. Enfermeiros e médicos reconheceram que a formação multiprofissional permitiu uma maior prestação de serviços, com maior coordenação e comunicação entre os membros da equipe (Sales et al., 2020^[12]). Constatou-se que uma equipe NASF da cidade de Recife (Pernambuco, Brasil) melhora a qualidade do encaminhamento e também gera maior coordenação e continuidade do atendimento (Barros da Silva, Carlos da Silva and de Araujo Oliveira, 2020^[10]).

A Nota técnica de 27 de janeiro de 2020 apresenta a nova configuração do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Dado o vasto território do Brasil e a heterogeneidade dos ambientes locais, esta nota técnica dá flexibilidade aos gestores municipais para organizar e definir a composição e organização da equipe e a jornada de trabalho semanal.

Outro desenvolvimento interessante no Brasil é a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (CONASS, 2020^[13]). Criadas em 2011, as RAS são grandes redes de atenção à saúde que visam a reduzir a fragmentação da saúde. As equipes de ESF e APS têm papel fundamental a desempenhar aqui, por serem identificadas como o centro de coordenação da atenção de todo o setor de saúde.

As RAS são semelhantes às comunidades territoriais de profissionais de saúde destinadas a melhorar o atendimento centrado no paciente. São organizados por Regiões de Saúde, as quais são formadas por aglomerações de municípios, com o objetivo de integrar a organização, o planejamento e a prestação dos serviços de atenção à saúde a nível regional (desde APS, saúde mental, saúde pública, pronto-socorro e atendimento especializado e Cuidados hospitalares). As RAS são pactuadas pelos Municípios e estados pelas Comissões Intergestoras, de acordo com as necessidades de saúde da população, capacidades regionais e municipais (em termos de estrutura operacional, incluindo sistemas de apoio, logística e governança) e modelo de atenção à saúde.

Existem Redes de Atenção à Saúde temáticas, que incluem:

- Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil (Rede Cegonha)
- Rede de Urgência e Emergência (Rede de Atenção às Urgências)
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Condições Crônicas como câncer, sobrepeso ou obesidade;
- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
- Rede de atenção à saúde mental

O CONASS tem trabalhado ativamente no desenvolvimento das RAS ao longo dos últimos anos, especialmente com o desenvolvimento da Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS) e do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) (CONASS, 2020^[13]; CONASS, 2018^[14]). A PAPS e o MACC fornecem orientação técnica e gerencial para apoiar gestores e trabalhadores de saúde em estados e

municípios na implantação e organização de RAS. O PAPS consiste em um conjunto de oficinas, tutoriais e treinamentos de curta duração para profissionais da saúde e equipes gestoras dos Estados e Municípios. O desenvolvimento do MACC no Brasil é baseado na conhecida Pirâmide Kaiser Permanente (*Kaiser Permanente Pyramid Population Management*), no Modelo de Cuidado Crônico de Wagner (*Wagner Chronic Care Model*) e o “modelo arco-íris” Dahlgren-Whitehead de fatores sociais de saúde (CONASS, 2018^[14]).

O uso de PAPS e MACC foi testado em vários municípios, como em Curitiba (Paraná), Santo Antônio do Monte (Minas Gerais) e Tauá (Ceará) (ver Quadro 4.1). As avaliações dos programas-piloto têm sido positivas no que tange à melhor gestão das condições crônicas por meio de maior integração da atenção primária e especializada à saúde (CONASS, 2018^[14]; CONASS, 2020^[13]).

Quadro 4.1. Implantação da RAS em Tauá (Ceará)

Uma nova configuração de APS foi desenvolvida no município de Tauá (Ceará) com o estabelecimento de uma RAS em 2014. O projeto é liderado pelo CONASS em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Secretaria Municipal de Saúde de Tauá, Escola de Saúde Pública do Ceará e Fiocruz Ceará.

O projeto teve início com a utilização do PAPS, que propõe nova forma de organização dos serviços de saúde neste município. O desenvolvimento da RAS também foi apoiado por várias oficinas com a participação de todos os profissionais de saúde, e a utilização do MACC para identificar a população de risco, incluindo crianças menores de 2 anos, gestantes, hipertensos e diabéticos.

A estratificação de risco foi usada para compreender melhor os perfis de saúde e risco da comunidade, para realizar uma gestão proativa das necessidades dos pacientes e definir a intervenção na atenção primária e especializada antes da ocorrência de quaisquer resultados adversos.

As ações das equipes são baseadas em indicadores definidos pela gestão, tais como:

- ações preventivas para sífilis congênita (detecção precoce de infecção em gestantes, notificação e tratamento oportuno de gestantes e parceiros, encaminhamento adequado à maternidade)
- atualização de imunização para idosos;
- melhor monitoramento das condições crônicas de acordo com as diretrizes de prática clínica recomendadas e coordenação da atenção secundária para pacientes de alto e muito alto risco.

As evidências do impacto dessa RAS no Ceará são positivas, com redução das complicações por condições crônicas; redução das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, melhoria da qualidade do serviço de atenção à saúde e maior oferta de serviços de APS.

Fontes: CONASS (2020^[13]), Estudos sobre a planificação de atenção à Saúde no Brasil – 2008 a 2019: uma revisão de escopo.

4.2.3. O Brasil embarcou em importante reforma para financiar a APS

O financiamento federal da APS foi alterado recentemente com a Portaria 2.979 (12 de novembro de 2019) que define o Previne Brasil. Até 2019, os repasses federais aos municípios baseavam-se em mecanismo de repasse regular e automático de recursos federais. Cada município recebeu recursos per capita anuais para cobrir o custo das atividades básicas de atenção à saúde e incentivos para a implementação de programas recomendados pelo Ministério da Saúde do Brasil. A transferência federal consistia essencialmente em:

- Dois componentes de capitação “PAB Fixo” e “PAB Variável”. O “componente fixo” do PAB Fixo multiplicava um valor específico do município pelo número de residentes na área de abrangência dos municípios. Em 2019, esse valor fixo entre os municípios variava entre R\$ 23 e R\$ 28, dependendo de alguns poucos fatores socioeconômicos, como PIB per capita e índice de pobreza. O componente de capitação variável dependia do credenciamento da eSF, implantação de algumas estratégias e programas prioritários como Estratégia de Saúde da Família ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- Um bônus voluntário de pagamento por desempenho baseado no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da APS (PMAQ) (descrito na próxima seção);

Em 2020, o novo modelo de financiamento da APS Previne Brasil entrou em vigor. Esse novo modelo de financiamento modifica substancialmente a forma como a federação aloca recursos para a APS aos municípios (Ministério da Saúde, 2019^[15]). O objetivo do Previne Brasil é acelerar a expansão das eSF (chegar a 50 mil eSF até 2022), e fortalecer a qualidade da APS. O novo modelo de financiamento inclui:

- Capitação ponderada calculada de acordo com a população cadastrada na eSF ou na equipe da APS, a vulnerabilidade socioeconômica e o perfil demográfico da população cadastrada e alguns fatores geográficos.
- Bônus de pagamento por desempenho (P4P). O programa é obrigatório e focado em sete áreas prioritárias, incluindo atendimento pré-natal, saúde da mulher, imunização infantil e atendimento para doenças crônicas (hipertensão e diabetes mellitus) (descrito na próxima seção). O programa P4P considera os resultados dos indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde.
- Incentivos para ações estratégicas e áreas prioritárias, que visam 16 programas (Tabela 4.1). As ações contemplam características específicas de acordo com as necessidades de cada município.

Tabela 4.1. Incentivos para ações estratégicas no Brasil, 2020

Áreas de ação	Ações
Promoção de saúde	Programa Saúde na Hora, Programa Saúde na Escola, Programa Academia da Saúde
Cuidado odontológico	Equipe de Saúde Bucal; Unidade Odontológica Móvel, Centro de Especialidades Odontológicas, Laboratório Regional de Prótese Dentária
Tecnologia da Informação e Comunicação	Informatização de instalações de APS
Educação médica	Incentivo aos municípios, com residência médica e multiprofissional
Apoio à população vulnerável	Equipe da APS da Prisão, Ações para adolescentes em situação de privação de liberdade individual, eSF Ribeirinha, Unidade Básica de Saúde Fluvial, Equipe de Consultório na Rua
Outras áreas	Agentes comunitários de saúde, microscopista

Fonte: Ministério da Saúde (2021^[16]), Previne Brasil, <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/incentivosacoes/>

A nova abordagem brasileira para ajustar os pagamentos por capitação na APS está em linha com as políticas da OCDE nesta área (já implementada no Chile, Israel, Portugal, Nova Zelândia, Reino Unido ou Países Baixos, por exemplo). A nova fórmula de capitação visa a alocar recursos de acordo com as necessidades. O valor da capitação única será aplicável à população cadastrada em equipes de família e de APS, ajustada para fatores socioeconômicos, demográficos e geográficos. O baixo nível socioeconômico será identificado se as pessoas receberem benefícios do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada ou tiverem pequenas pensões. O fator demográfico identifica crianças com menos de 6 anos e pessoas com mais de 64 anos como aquelas com necessidades maiores.

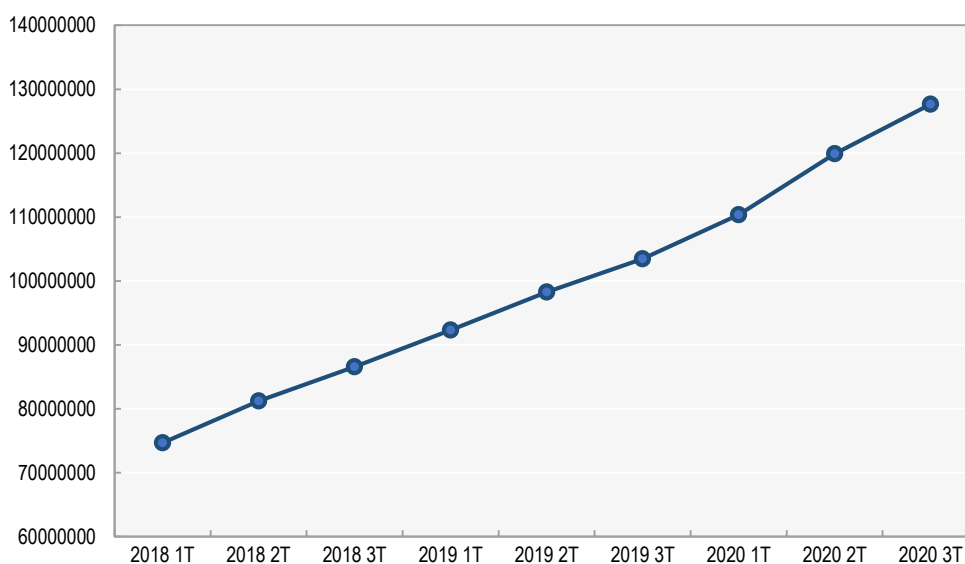
Finalmente, os municípios são agrupados em cinco grupos diferentes com base em sua urbanização, usando uma tipologia existente do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

No que se refere à ponderação dos pacientes, o paciente de referência sem baixo nível socioeconômico na faixa etária de 6-64 anos cadastrado no tipo mais urbano de município (tipo 1) tem o valor base 1. Este valor base aumentará em 30% se o paciente tiver status socioeconômico baixo ou não pertencer à faixa etária acima mencionada. Caso o paciente seja cadastrado em município com tipo médio de urbanização (tipo 2 e 3), o valor recebido será multiplicado pelo fator 1,45. Para os dois tipos de município mais rurais (tipo 4 e 5), o valor será multiplicado por 2. Consequentemente, o novo ajuste de capitação é melhor ao levar em consideração as diferenças de necessidade (associadas à idade), do que o método anterior. Ajustar os pagamentos capitalizados de acordo com o risco é passo importante para garantir que os municípios com maior necessidade populacional devido à maior idade e situação socioeconômica menos favorável recebam os recursos de que precisam para atender a todos. Isso pode limitar o risco de aumentar as desigualdades no acesso aos serviços de APS.

Em 2020, o valor recebido pelos municípios da federação variou de R\$ 51,35 para um paciente de meia-idade (6-64 anos) sem baixo nível socioeconômico residente em município urbano a R\$ 133,52 para paciente de baixa condição econômica ou uma idade fora da faixa etária de 6-64 anos residente no tipo de município mais rural. Esses valores calculados serão ajustados para baixo caso os profissionais que atuam na ESF não possuam o nível de qualificação exigido.

Também existem diferenças nas metas de cadastro para cada eSF com base no grau de urbanização. Nos municípios mais urbanos, a expectativa é que a eSF registre 4.000 pessoas. Nos dois tipos de município com urbanização média, este número fica em 2.750. Nos municípios mais rurais, a expectativa é de que 2 mil pessoas se cadastrem em cada eSF. Variações por eSF são aceitáveis dentro de limites definidos. O novo mecanismo de financiamento incentiva a eSF a cadastrar pessoas de forma a incluir os 50 milhões de pessoas ainda não cadastradas. Um melhor cadastramento induzirá a uma identificação mais adequada das pessoas vinculadas a cada eSF, para estimular um atendimento longitudinal e coordenado mais adequado.

Imagem 4.1. O número de pessoas cadastradas em uma eSF aumentou desde 2018



Fonte: Ministério da Saúde (2021^[17]), SAPS, Cadastro Individual de Equipes de Saúde da Família.

O número de pessoas cadastradas já tem aumentado significativamente desde 2018 (Imagem 4.1). O número de pessoas cadastradas em uma eSF aumentou 70% entre 2018 e 2020, com cerca de 61% da população coberta por uma eSF (chegando a 127 milhões de cadastrados até novembro de 2020).

Em 2019, o governo federal anunciou que os municípios receberão R\$ 401 milhões a título de apoio financeiro para aumentar o número de cadastrados (será de R\$ 8.900 para cada município) (Ministerio da Saude, 2019^[18]). Embora vários pesquisadores mencionem as dificuldades de alguns municípios em conseguirem cadastrar pessoas nas eSF e o medo de perder transferências federais (Harzheim et al., 2020^[19]), é importante destacar que um método mais sistemático de cadastramento no Brasil ajudará a construir um perfil das necessidades de saúde da população cadastrada. Cadastrar pessoas nas eSFs é pré-requisito para melhor conhecimento e monitoramento longitudinal das pessoas. Além disso, a iminência de receber valores capitalizados com desconto se os profissionais que atuam nas eSFs não possuírem a qualificação exigida deve estimular os municípios a garantir que os profissionais de saúde sejam suficientemente qualificados.

Em 2020, 52% dos custos orçamentários para o fornecimento de APS foram alocados com base na capitação ponderada, sendo 24% como salários para agentes comunitários de saúde (um subcomponente das ações estratégicas), 15% de pagamentos de incentivos para ações estratégicas e áreas prioritárias e 9% como bônus de desempenho. No âmbito da COVID-19, o governo federal decidiu manter o valor dos recursos recebidos em 2019 para cada município, e prestar assistência financeira pontual às famílias e equipes de APS (Quadro 4.2 e Tabela 4.2).

Em 2020, o orçamento destinado à APS pelo governo federal foi de R\$20,9 bilhões, ante R\$ 17,5 bilhões em 2019 (CONASEMS, 2020^[20]). No total, o governo federal aumentou seu orçamento de APS em cerca de R\$ 3,4 bilhões entre 2019 e 2020.

Quadro 4.2. Apoios fornecidos às famílias e equipes de APS durante a pandemia de COVID-19

O Governo Federal Brasileiro forneceu assistência financeira pontual a famílias e equipes de APS por meio de uma série de recursos em bloco durante a pandemia COVID-19. Esses pagamentos excepcionais foram dados em uma base geral para garantir uma APS rápida e eficaz para gerenciar casos de COVID-19 e para manter os cuidados de rotina para pacientes não COVID-19. Municípios com grupos populacionais vulneráveis (grupos indígenas ou presidiários) foram especificamente identificados para receber financiamento adicional. Recursos complementares também foram concedidos a instituições de saúde mental, com valores que variam de R\$ 28.305 a R\$ 400 mil, dependendo do porte e tipo da unidade psicossocial.

Além do apoio financeiro, o Ministério da Saúde publicou várias diretrizes para apoiar a família e as equipes de APS na gestão do aumento da demanda de atenção à saúde, mantendo a continuidade dos cuidados para todos os pacientes.

Espera-se que as unidades de eSFs e APS:

- Ajudem a diagnosticar e tratar pacientes com sintomas leves de COVID-19 por meio de testes e fornecendo cuidados e exames apropriados, quando disponíveis;
- Monitorem as pessoas com COVID-19 para ajudá-las a administrar seus cuidados em casa com segurança e eficácia;
- Facilitem o encaminhamento rápido e eficaz para hospitais nos casos de deterioração.

Como em outros países da OCDE, foram criados centros de cuidados especiais de COVID-19 (ver Tabela 4.2) com profissionais de saúde e equipamentos específicos para tratar de pacientes com sintomas leves de COVID-19 e garantir a continuidade dos cuidados em outras unidades de APS. Padrões e protocolos de segurança específicos foram estabelecidos para pacientes de alto risco. Por

exemplo, protocolos de segurança para salas de parto foram implementados para garantir que a equipe seja assintomática. Quanto à assistência odontológica, um conjunto de dez recomendações foi dado aos municípios para fins de adequar a oferta de atendimento, incluindo o incentivo à telemedicina e ao mesmo tempo garantir a continuidade de atendimento para emergências odontológicas. Foram desenvolvidas campanhas informativas para fornecer educação ao paciente sobre o COVID-19.

Para garantir a continuidade do cuidado, foi disponibilizado às unidades de APS e eSFs uma ferramenta online denominada “Consultório Virtual de Saúde da Família”. Os trabalhadores da APS podem receber o equipamento necessário, treinamento e suporte técnico 24 horas por dia. Os trabalhadores da APS também podem receber apoio psicológico por meio de uma linha de ajuda telefônica.

Tabela 4.2. Exemplos de políticas introduzidas no Brasil para manter a continuidade do atendimento para todos os pacientes durante a pandemia

	Medidas das políticas
Teleconsulta	Linha direta para auxiliar os trabalhadores da APS a administrar casos de COVID-19
Plataforma de teleconsulta online e TeleSUS	Serviço de teleconsulta para garantir a continuidade da APS. Cerca de 2.300 profissionais foram certificados para usar o sistema.
Centros de assistência de COVID-19	Desenvolvimento de 3.395 centros em todo o Brasil. Receberam verbas federais mensais especiais, entre R\$ 60 mil a R\$ 100 mil, de acordo com o porte da população do município.
Centros de Referência Comunitária	Centros comunitários responsáveis pela triagem de casos suspeitos de COVID-19, atendendo pessoalmente quando necessário, monitoramento das pessoas em casa, testes em grupos de pacientes de alto risco e divulgação do serviço TeleSUS. Os grupos focais desses centros são comunidades carentes e favelas. Cerca de 130 centros foram implantados, com gastos mensais de R\$ 8,2 milhões.
Rastreamento de contatos da COVID-19	Esforço destinado a integrar a vigilância da saúde e a APS para melhor identificar e acompanhar os casos e contatos de COVID-19 em nível local
Outro uso de saúde digital para manter o acesso a cuidados para pacientes com condições crônicas	Três projetos pontuais implementados em cooperação com a Universidade Federal de Minas Gerais visam a desenvolver plataformas digitais para garantir a continuidade do atendimento e disponibilizar outros instrumentos digitais para reduzir o encaminhamento para atendimento especializado. Os três projetos somados somam mais de R\$ 9 milhões.

Vários países da OCDE também expandiram a APS para reduzir a pressão sobre os sistemas de saúde e minimizar complicações e morte direta da crise COVID-19 (OCDE, 2021^[21]):

- Uso de centros de cuidados comunitários COVID-19 para tratar de pacientes com sintomas leves da doença, fornecer educação aos pacientes sobre a COVID-19 e trabalhar em estreita cooperação com outros centros de APS, como na Islândia, Eslovênia e Reino Unido;
- Expansão dos programas domiciliares para melhorar o acesso ao atendimento para todos os pacientes durante a crise e para aliviar a pressão sobre os hospitais no Canadá, Espanha ou Estados Unidos;
- Aproveitamento da telemedicina para apoiar o acesso a serviços e informações essenciais. A remoção das barreiras institucionais foi necessária durante a primeira onda da pandemia COVID-19, como a expansão dos benefícios do seguro para incluir telemedicina (Estônia), expansão dos pagamentos aos provedores (Canadá e Austrália), projeto de novos serviços de telemedicina (Canadá e Bélgica), até a suspensão de requisitos de consultas pessoais antes de serem atendidos virtualmente (França).

- Reorganização das tarefas e responsabilidades na APS, principalmente para permitir que os farmacêuticos comunitários estendam as receitas e receitem medicamentos para doenças crônicas, como na França, Portugal ou Estados Unidos.

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil e OECD (2021^[21]), Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID-19 pandemic, <https://dx.doi.org/10.1787/9a5ae6da-en>.

4.2.4. A Agência para o Desenvolvimento da APS está sendo criada

A Agência para o Desenvolvimento da APS (ADAPS) é uma agência social autônoma criada pela Lei 13.958 de dezembro de 2019. É uma organização privada sem fins lucrativos. A Agência promoverá a execução de políticas para o desenvolvimento da APS em nível nacional, incluindo o novo *Programa Médicos pelo Brasil* (ver Capítulo 5).

O Conselho Consultivo será composto por 12 representantes: seis do Ministério da Saúde, um do CONASS, um do CONASEMS, um da associação médica brasileira, um do conselho federal de medicina, um da Federação Nacional dos Médicos do Brasil e um do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A ADAPS será responsável pela prestação de serviços de APS, formação e qualificação profissional, pesquisa e extensão, incorporação de tecnologia de gestão de atenção à saúde, monitoramento e avaliação das atividades de atenção à saúde e execução do novo *Programa Médicos pelo Brasil*. A expectativa é que o novo ADAPS dê suporte às ações dos municípios para a execução da PNAB. Este é um avanço bem-vindo para fornecer apoio a municípios vulneráveis com baixa capacidade e maiores necessidades de atenção à saúde.

4.3. O Brasil implementou uma série de iniciativas para apoiar melhorias na qualidade do atendimento

Diversas iniciativas foram introduzidas no SUS para melhorar a qualidade e o desempenho da APS no Brasil. As reformas incluem o desenvolvimento de padrões de atendimento e diretrizes, da carteira de serviços de atenção à saúde, dos programas de pagamento por desempenho e a produção e publicação de dados que sustentam a APS.

4.3.1. Poucas instituições são responsáveis pela melhoria da qualidade da APS

Conforme mencionado no Capítulo 2, a PNAB descreve os aspectos da governança, os papéis dos diferentes agentes e outros aspectos das definições de políticas e governança para a APS.

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) realiza auditorias nas Secretarias Municipais de Saúde para verificar o cumprimento da PNAB. Com base nas atividades de auditoria, o DENASUS também é responsável por monitorar o cumprimento das recomendações do Ministério da Saúde. O Departamento propõe e promove métodos para auxiliar a execução e implementação de políticas. Pode fornecer suporte técnico e metodológico aos estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria do SUS. No entanto, o DENASUS é uma entidade central do Sistema Nacional de Auditoria do SUS e não atua como fiscal de saúde para fornecer verificação independente de que os padrões de atendimento estão sendo cumpridos.

4.3.2. O padrão de atendimento e as diretrizes ajudam a estruturar as respostas da ESF para a maioria dos problemas de saúde

No Brasil, as diretrizes clínicas da prática são desenvolvidas por organizações governamentais e não governamentais em níveis de governo local, estadual ou federal. O Ministério da Saúde e algumas sociedades profissionais e científicas como a Associação Médica Brasileira, a Sociedade Brasileira de Diabetes ou a Sociedade Brasileira de Cardiologia estão envolvidos nas diretrizes de prática clínica (GPCs).

Existem também os¹ Cadernos de Atenção Básica em Atenção Primária, que são diretrizes de prática clínica projetadas especificamente para as eSFs, no intuito de melhorar a prestação de APS de alta qualidade (Ministerio de Saude, 2021^[22]). São produzidos pelo CONASS para fornecer orientações, por exemplo, sobre como melhor atender às necessidades de saúde das pessoas, garantindo o diagnóstico de morbidade, iniciando e monitorando o tratamento e o controle de doenças ou fatores de risco. Essas diretrizes estão facilmente disponíveis para as eSFs.

Muitos dos Cadernos da APS abordam doenças específicas ou fatores de risco, como atendimento ao fumante (Cadernos de Atenção Básica 40), obesidade (Cadernos de Atenção Básica 38), hipertensão arterial (Cadernos de Atenção Básica 37), diabetes mellitus (Cadernos de Atenção Básica 36) e saúde mental (Cadernos de Atenção Básica 34).

Existe um caderno de APS para tratar de doenças crônicas (Cadernos 35), publicado em 2014. O caderno destaca a atual importância das condições crônicas e a complexidade de tais doenças e dos fatores de risco inter-relacionados. Aborda conceitos comuns a diversas doenças crônicas e apresenta diretrizes para a organização da APS, por exemplo, na promoção da saúde e prevenção de doenças com aplicações ao tabagismo e doenças cardiovasculares, ou ao tabagismo e hipertensão arterial. O caderno da APS apresenta alguns modelos de estratificação de risco e alguns estudos de caso para orientar os profissionais de saúde. Inclui também estratégias para mudança de hábitos, promoção da alimentação saudável e prática de atividade física, abordagens para construção e monitoramento de planos de cuidado e apoio ao autocuidado (Ministerio de Saude, 2014^[23]).

Embora tais diretrizes sejam úteis, os cadernos da APS ainda são definidos de maneira muito restrita e não atendem às expectativas dos pacientes sobre atenção à saúde integrada. Existem muito poucas diretrizes de prática clínica abordando a integração de cuidados para doenças crônicas de alta prevalência (ver também Capítulo 3). Além disso, faltam informações sobre seu uso eficaz. A implementação é de responsabilidade dos municípios, mas não há mecanismo em nível federal para monitorar o cumprimento, nem incentivos sistemáticos para estimular a aplicação das diretrizes. Evidências recentes mostram que a conformidade com as guias de prática clínica é insatisfatória, dada a observação inadequada de acompanhamento do controle do diabetes e da pressão arterial para pessoas com hipertensão (Leite Simão et al., 2017^[24]; da Silva Rêgo and Radovanovic, 2018^[25]). Outro estudo mostra que o grau de cumprimento das normas de cuidados preventivos pode ser melhorado no Brasil (Guanais et al., 2019^[26]). O mesmo estudo mostra que menos de 50% dos homens da população-alvo relataram terem verificado a pressão arterial no último ano e a medição dos níveis de colesterol nos últimos cinco anos.

Além disso, embora as guias de prática clínica de alta qualidade sejam fundamentais para melhorar a gestão da atenção à saúde, alguns estudos observaram a baixa qualidade das GPCs no Brasil. Cerca de 77% das GPCs foram consideradas de “baixa qualidade” (de Godoi Rezende Costa Molino et al., 2016^[27]). Fatores que prejudicaram a qualidade da GPC incluíram a falta de equipe multidisciplinar para o grupo de desenvolvimento, nenhuma consideração das preferências dos pacientes, uma falta de rigor de desenvolvimento e conflito de interesses, entre outros (de Godoi Rezende Costa Molino et al., 2016^[27]).

4.3.3. A Carteira de APS define os protocolos e serviços oferecidos na APS

O SAPS instituiu a Carteira de APS (Carteira de Serviços de Atenção Primária à Saúde, CaSAPS). A carteira define e apresenta os procedimentos e serviços que devem ser oferecidos na APS para reduzir a heterogeneidade das práticas existentes entre municípios, mas também entre unidades de APS de um mesmo município. Ajuda as eSFs a se organizarem na rotina do serviço e a buscarem as competências e habilidades adequadas para oferecer as ações e serviços definidos no protocolo por meio de diversas ações, como estratégias de desenvolvimento pessoal contínuo, monitoramento e avaliação (da Cunha et al., 2020^[28]).

A CASAPS é uma das ferramentas mais importantes de apoio aos municípios e eSF na prestação de um atendimento de qualidade. A carteira já foi utilizada no Rio de Janeiro, Curitiba e Florianópolis, dentre outros locais (da Cunha et al., 2020^[28]). O Rio de Janeiro desenvolveu sua própria carteira de serviços de APS para abordar a questão da alta concentração de pacientes nos níveis secundário e terciário de atenção em busca de procedimentos de baixa complexidade, como lavagem do ouvido ou extração de unhas (Salazar, Campos and Luiza, 2017^[29]). Esta é uma fonte de desperdício de recursos para o sistema de atenção à saúde, sobrecarregando os serviços de emergência e internação e reduzindo a qualidade do atendimento para condições da APS (Salazar, Campos and Luiza, 2017^[29]).

A carteira contém 210 ações e serviços organizados em cinco grupos: “Promoção da saúde para adultos e idosos” (44 itens), “Atenção à saúde de Crianças e adolescentes” (27 itens), “Procedimentos de APS” (17 itens), e “Atenção à saúde bucal” (21 itens). Cada item está associado a recomendações, materiais para consulta e listas de insumos para implementação.

A elaboração da carteira é baseada na análise e avaliação dos serviços implementados nas cidades brasileiras, e em consultas a diversos órgãos como Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS, Associações Profissionais da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) ou a Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO) (da Cunha et al., 2020^[28]).

No município do Rio de Janeiro, a utilização da Carteira de Serviços foi associada a um melhor desempenho em comparação a outros municípios que não utilizam carteira semelhante (da Cunha et al., 2020^[28]).

Embora o desenvolvimento de tais carteiras de APS contribua para fortalecer os atributos de um setor de APS forte e abrangente, um desafio importante refere-se à necessidade de ter treinamento apropriado para os provedores de APS serem capazes de entregar ações e serviços de alta qualidade. As eSFs precisam ter o equipamento adequado e suficiente e capacidade para executar os procedimentos e serviços de APS.

4.3.4. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da APS teve um impacto positivo na qualidade

O governo federal introduziu o programa de pagamento por desempenho (P4P) para as eSFs em 2011, denominado Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da APS (PMAQ-BA). O programa definiu padrões de atendimento de acordo com a PNAB para avaliar o desempenho das eSFs em relação a uma ampla gama de indicadores de estrutura, processo e resultados.

Já ocorreram três ciclos (em 2011/2013, 2013/2015 e 2015/2019). Embora o programa tenha sido voluntário, quase 100% de todas as eSFs, equipes de saúde bucal, NASFs e centros de especialidades odontológicas foram cadastrados na terceira rodada do PMAQ (em comparação com 71% na 1ª rodada e 91% na 2ª rodada).

Os indicadores selecionados foram infraestrutura, gestão para o desenvolvimento da APS, valorização do trabalhador, acesso e qualidade da atenção à saúde e satisfação do usuário. Na 3ª rodada, mais de 650 indicadores foram incluídos em relação à qualidade estrutural do atendimento (por exemplo,

disponibilidade de medicamentos e equipamentos), processo de atendimento (por exemplo, conteúdo do atendimento pré-natal e taxas de conclusão do tratamento), qualidade do atendimento (por exemplo, satisfação do paciente), utilização de atenção à saúde (por exemplo, volume de pacientes) e processos de gestão (por exemplo, proporção de consultas agendadas) (Kovacs et al., 2021^[30]).

Os processos de certificação consistiram em autoavaliação e avaliação externa das equipes, envolvendo avaliação das instalações, exame de indicadores de saúde e entrevistas com profissionais de atenção à saúde, gestores municipais e usuários dos serviços. As avaliações externas foram realizadas por instituições acadêmicas independentes por meio da coleta de indicadores e da realização de entrevistas (Macinko, Harris and Rocha, 2017^[31]). Uma pontuação média foi então calculada e agrupada de acordo com o índice geral de desenvolvimento humano de seus municípios para criar vários estratos de ambientes socioeconômicos semelhantes.

Cada equipe recebeu o bônus de acordo com sua classificação em comparação com uma pontuação média para seu estrato:

- Aqueles com pontuação igual ou inferior à média de seu estrato recebiam 20% do bônus;
- Aqueles acima da média receberam 60% do bônus;
- Aqueles significativamente acima da média recebem 100% do bônus.

De 2011 a agosto de 2018, o Ministério da Saúde investiu R\$ 9,85 bilhões (US\$ 2,52 bilhões). O bônus varia de R\$ 1.700 (US\$ 434,55) a R\$ 11.000 (US\$ 2.811,79) por equipe e mês com base no seu desempenho (de Medeiros et al., 2020^[32]).

Uma consideração importante foi o fato de que a pontuação de cada equipe foi disponibilizada publicamente no site do Ministério da Saúde. Aumentou, assim, a transparência e permitiu aos cidadãos e gestores de saúde verem o desempenho geral de cada equipe e as avaliações associadas. Cada equipe foi comparada às médias municipais, estaduais e nacionais, o que ajudou a fomentar uma cultura de melhoria da qualidade nos serviços de APS.

Os dados disponíveis mostram que o PMAQ levou ao aumento no investimento federal em infraestrutura e um grande aumento nos incentivos de desempenho (Macinko, Harris and Rocha, 2017^[31]). Além disso, o PMAQ tem sido associado ao aumento na prestação de cuidados a gestantes e crianças menores de 2 anos, com melhora mais significativa entre os prestadores de APS com pior desempenho (de Medeiros et al., 2020^[32]). O impacto positivo do PMAQ também é confirmado por uma avaliação recente que mostra efeitos positivos na qualidade e no acesso da APS (Soares and Ramos, 2020^[33]). Em média, os municípios que aderiram ao PMAQ apresentaram taxas de internação por doenças crônicas 9% inferiores aos que não aderiram *ceteris paribus*. O efeito do programa foi mais acentuado na região Nordeste do Brasil (taxas de internação por doenças crônicas 14% inferiores para municípios que aderiram ao programa), e menos evidente na região Sudeste (taxas de internações por doenças crônicas 5% menores para municípios que aderiram ao programa). Kovacs et al. (2021) também mostraram que as desigualdades de renda existentes na prestação de APS de qualidade foram eliminadas durante os três períodos de implementação do PMAQ, principalmente devido à característica do projeto que ajustou os pagamentos financeiros para as desigualdades socioeconômicas (municípios mais carentes receberam recompensas maiores do que municípios mais ricos) (Kovacs et al., 2021^[30]).

No entanto, várias falhas do programa foram observadas, incluindo o grupo muito grande de indicadores usados (com quase 900 perguntas) e foco muito grande nos indicadores de estrutura, com pouca ênfase nos indicadores de resultados. Segundo o Ministério da Saúde, o elevado número de indicadores resultou em problemas de monitoramento e falta de adesão por parte dos gestores municipais. Também é relatado que a avaliação externa no âmbito do PMAQ foi muito criticada por não ser realizada pelos profissionais de saúde. Além disso, os pagamentos feitos pelo Ministério da Saúde eram direcionados ao município e não à eSF. Os municípios eram livres para fornecer pagamentos de bônus para a equipe, mas pouco se sabe sobre a prática real (Macinko, Harris and Rocha, 2017^[31]).

Apesar dessas falhas, o programa PMAQ resultou na melhoria da qualidade da APS, notadamente porque foi possível, durante os 8 anos de implementação, monitorar melhorias na infraestrutura, suprimentos médicos, medicamentos e resultados de saúde.

4.3.5. O Previne Brasil estabeleceu novo esquema de pagamento por desempenho

Com a reforma do modelo de financiamento da APS, o governo federal introduziu novo programa P4P em 2020 como parte do programa Previne Brasil.

O novo programa P4P é obrigatório e focado em menos áreas prioritárias do que o programa PMAQ anterior. O número inicial de indicadores usados neste programa foi fixado em sete em 2020 e aumentará para 21 em 2022.

Em 2020, a prioridade é dada ao cuidado pré-natal, saúde da mulher, imunização infantil e duas condições crônicas (hipertensão e diabetes mellitus) (Ministério da Saúde, 2019_[15]). Os indicadores selecionados são:

- Parcela de mulheres grávidas com seis ou mais consultas de pré-natal nas primeiras 20 semanas de gravidez
- Parcela de gestantes com exames para sífilis e HIV realizados
- Parcela de gestantes com exame odontológico
- Teste de Papanicolau realizado para detectar câncer do colo do útero
- Cobertura de vacinas inativas contra poliomielite e pentavalentes
- Parcela de pacientes com diagnóstico de hipertensão cuja pressão arterial é medida a cada seis meses
- Parcela de pacientes com diagnóstico de diabetes e nível de hemoglobina controlado.

Para cada um dos sete indicadores, pesos de 1 ou 2 são atribuídos para calcular o Indicador Sintético Final. Os pesos refletem a relevância clínica e epidemiológica do indicador, bem como o grau de dificuldade em atingir as metas. Isso traduz o esforço de gestores e equipes na execução de ações, programas e estratégias. Tabela 4.3 apresenta as metas gerais, as metas para 2020 e os pesos definidos para cada indicador.

Tabela 4.3. Metas e pesos atribuídos para cada indicador de desempenho, 2020

	Domínios e indicadores	Metas gerais	Metas para 2020	Pesos
Saúde da mulher	Parcela de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal nas primeiras 20 semanas de gravidez	>=80%	60%	1
	Parcela de gestantes com exames para sífilis e HIV realizados	>=95%	60%	1
	Parcela de gestantes com exame odontológico	>=90%	60%	2
	Teste de Papanicolau realizado para detectar câncer do colo do útero	>=80%	40%	1
Atendimento de crianças	Cobertura de vacinas inativas contra poliomielite e pentavalentes	>=95%	95%	2
Atendimento para doenças crônicas	Parcela de pacientes diagnosticados com hipertensão arterial que tem a sua pressão arterial medida a cada 6 meses	>=90%	50%	2
	Parcela de pacientes diagnosticada com diabetes com nível controlado de hemoglobina.	>=90%	50%	1

Fonte: Ministério da Saúde (2019_[34]), NOTA TÉCNICA Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS.

A pontuação de desempenho para cada indicador variará de zero a dez, considerando as metas para 2020 e a escala de ponderação. Se o resultado para um determinado indicador for de 30%, enquanto a meta é de 60% para 2020, a pontuação final desse indicador será 5,0 (Ministério da Saúde, 2019^[34]).

Outros indicadores a serem incluídos nos anos de 2022 serão discutidos após a avaliação e cobrirão as seguintes áreas: atendimento de recém-nascidos; atendimento de bebês (menores de 1 ano); HIV, tuberculose, atendimento odontológico, hepatite, saúde mental, câncer de mama, ação multiprofissional e medidas globais, incluindo a experiência do paciente. A medição da experiência do paciente se baseará em pesquisas de base populacional realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que utilizam a Ferramenta de Avaliação da APS (PCATool), o Questionário de Relacionamento Médico-Paciente (PDRQ-9) e o Nível de Satisfação do Paciente (NSP)) (Ministério da Saúde, 2019^[15]).

Embora todos esses padrões de atendimento sejam baseados em provas científicas e selecionados com base na relevância epidemiológica e clínica, existem todos os indicadores de processo para avaliar a qualidade do atendimento prestado.

O programa P4P e os respectivos recursos repassados correspondem a 9% (R\$ 1,8 bilhão) do orçamento vinculado ao Programa Previne Brasil. Os indicadores de desempenho são coletados a cada quatro meses, e os bônus são pagos mensalmente aos municípios com base no desempenho de suas respectivas equipes.

O valor da remuneração por desempenho varia de acordo com a classificação da equipe (Ministério da Saúde, 2020^[35]). O pagamento por desempenho descrito abaixo, referente a 100% do Indicador Sintético Final, é equivalente a:

- R\$ 3.225,00 para a eSF;
- R\$ 2.418,75 para Equipe APS Modalidade II 30h; e
- R\$ 1.612,50 para Equipe APS Modalidade I 20h.

Os resultados estão disponíveis publicamente no Sistema de Informação de Saúde para APS (SIAB) na forma de relatórios e painéis e na plataforma da web do e-Gestor AB para que todos os municípios e estados possam seguir e adotar estratégias de melhoria da qualidade (e-Gestor AB, 2021^[36]).

4.3.6. O Governo Brasileiro tem investido muitos esforços na produção e publicação de dados que sustentam a APS

Diversas iniciativas têm sido implementadas para monitorar os recursos e atividades do setor de APS no Brasil. No âmbito do Ministério da Saúde, o Departamento de Informação em Saúde (DATASUS) mantém diversos bancos de dados, incluindo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), o Sistema de Pré-natal (SIPRENATAL) e o Sistema de Informações da APS (SISAB, anteriormente denominado SIAB), para citar alguns.

O SISAB foi instituído pela Portaria GM/MS no. 1 412 de julho de 2013 para fins de financiamento e implementação do PNAB. Os agentes comunitários de saúde coletam mensalmente dados de saúde e sociais, monitoramento de grupos de risco, problemas de saúde prioritários, acompanhamento de crianças, e acerca de certas doenças e fatores de risco para a saúde, incluindo alcoolismo, invalidez, diabetes, epilepsia, hipertensão, malária ou tuberculose (Lopes, Monteiro and Santos, 2020^[37]). O SISAB também integra as informações relacionadas aos programas sociais, incluindo o Programa Saúde na Escola ou o Programa Academia da Saúde.

Embora o SISAB reúna uma quantidade impressionante de indicadores que sustentam a APS, a maioria dos indicadores são insumos e indicadores de processo, incluindo, por exemplo, o número de eSFs, pessoas cadastradas em uma eSF, agentes comunitários de saúde ou gestantes que recebem primeiros serviços de pré-natal (SISAB, 2021^[38]).

É justo observar que o Brasil desenvolveu alguns indicadores acionáveis para apoiar a melhoria da qualidade na APS, notadamente por meio da estratégia PMAQ e do novo programa Previnde Brasil. Em 2020, os indicadores de qualidade elaborados como parte do programa P4P são indicadores de processo com foco na saúde materna, programa de triagem de câncer de colo do útero, cobertura de imunização e controle de hipertensão e diabetes. Ainda assim, são boas medidas da qualidade do atendimento prestado por cada eSF.

São disponibilizados publicamente indicadores de insumos e processos, discriminados por Unidade da Federação e Região, por área urbana ou rural e por faixa etária. Os dados podem ser apresentados em diversos formatos como tabelas, gráficos, mapas e documentos técnicos, a fim de facilitar sua interpretação e análise. Esta é uma importante iniciativa de qualidade no Brasil, pois a publicação aberta promove a transparência no setor de APS e amplia as possibilidades de melhoria da qualidade do atendimento. No entanto, é importante observar que os dados não são publicados em um nível mais local e granular. Até o momento, os pacientes não têm permissão para monitorar a atividade e a qualidade da APS no nível da eSF. Os gestores municipais de saúde e eSFs têm, no entanto, acesso aos seus resultados de desempenho através do portal e-Gestor AB (e-Gestor AB, 2021^[36]).

Ao mesmo tempo, relatórios nacionais baseados nas bases de dados do DATASUS estão disponíveis ao público para avaliar e monitorar a saúde da população e do sistema de atenção à saúde. Os “Indicadores de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações”, por exemplo, reportam dados sobre expectativa de saúde, taxas de mortalidade e incidência específicas de doenças, prevalência de fatores de risco para a saúde e alguns recursos e atividades de atenção à saúde². A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, que foi publicada em conjunto pelo IBGE e pelo SAPS, tem como foco especial o acesso e uso dos serviços de APS³. A Pesquisa fornece dados sobre o acesso na APS, algumas taxas de prevalência de fatores de risco para a saúde e alguns indicadores de qualidade em torno da saúde materna ou de programas de triagem de câncer. É importante ressaltar que o módulo de APS da pesquisa consistia em 26 itens distribuídos em 10 componentes baseados no Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCAT) desenvolvida por Starfield e Shi (Pinto and Silva, 2021^[39]). O uso do PCAT permitiu avaliar os atributos e as características de uma APS forte: acesso de primeiro contato, longitudinal, coordenação, abrangência, orientação familiar e orientação comunitária (a próxima seção deste capítulo apresenta os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019). A incorporação de instrumentos padronizados e validados internacionalmente para a avaliação dos serviços de APS é um grande passo no Brasil para melhorar a prestação de cuidados de alta qualidade centrados no paciente. Isso demonstra a grande vontade política para fortalecer os serviços de APS no Brasil.

Ademais, é importante observar que o Sistema de APS e-SUS foi desenvolvido para ser utilizado em múltiplos ambientes de informatização e atenção, desde unidades de APS sem computador até aquelas com computador e internet (Sousa et al., 2019^[40]). O Sistema e-SUS APS é composto por dois *softwares*: coleta de dados simplificada e prontuários individuais de saúde. A coleta de dados simplificada foi desenvolvida especificamente para ambientes não informatizados. É um *software* para inserir conjunto de arquivos que inclui o processo de trabalho das eSFs. Hoje, apenas cerca de 40% das eSFs adotam os prontuários individuais de saúde (ver também Capítulo 6).

Embora haja muitos dados que sustentem a APS no Brasil, alguns estudos observaram a baixa confiabilidade e qualidade das informações coletadas para o planejamento e a tomada de decisão pública (Lopes, Monteiro and Santos, 2020^[37]). Como os municípios podem ser penalizados com o cancelamento de seus recursos de financiamento, o processo de trabalho é bastante motivado por metas de produção. Há relatos de que os agentes comunitários de saúde, responsáveis pela coleta de dados, não preencheram devidamente os formulários por não possuírem conhecimento e treinamento para a execução da tarefa. Até o momento, esses dados não foram utilizados para estimar a prevalência de doenças, caracterizar o perfil epidemiológico da população, avaliar o estado de saúde e, mais importante ainda, estar vinculados a outros sistemas de informação. (Lopes, Monteiro and Santos, 2020^[37]). Este é um desafio também relatado pela Estudo do Sistema de Saúde do Brasil da OCDE (OCDE, 2021^[41]).

4.4. Resultados associados à APS

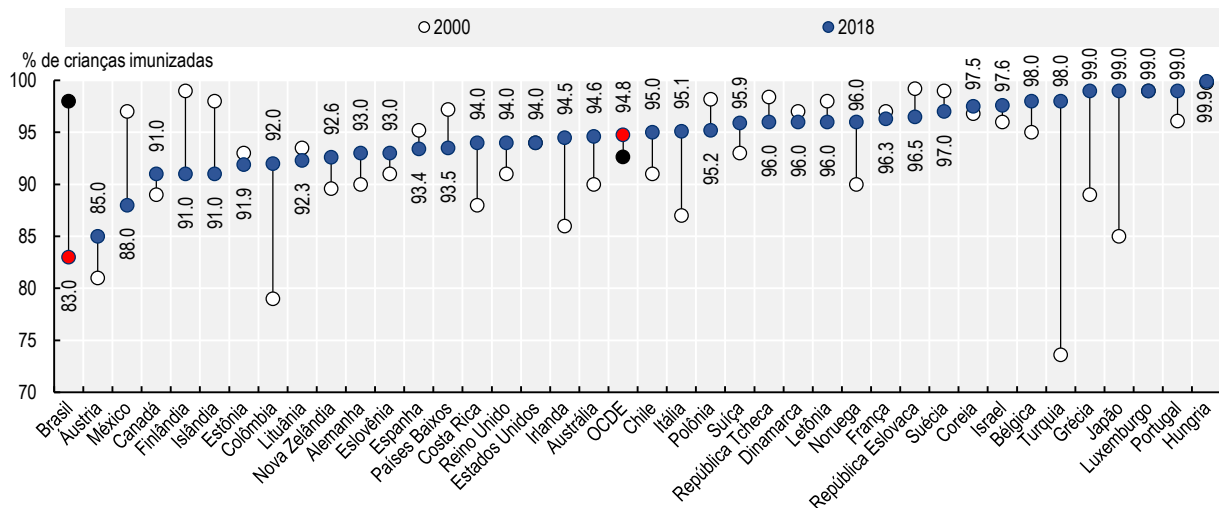
Apesar do progresso, vários indicadores relativos à qualidade da APS colocam o Brasil entre os países de baixo desempenho. A APS no Brasil tem se caracterizado tradicionalmente por oferecer poucos procedimentos e cirurgias de baixa complexidade. Além disso, dados internacionais demonstram que o Brasil está atrás de outros países no que diz respeito aos cuidados preventivos e ao trato das condições crônicas. Grandes diferenças regionais na qualidade da atenção à saúde também sugerem que algumas áreas remotas e vulneráveis requerem mais atenção e mais apoio do que outras para melhorar a qualidade da APS.

4.4.1. Brasil fica atrás de outros países em cuidados preventivos

Há fortes evidências de que as vacinas fornecem proteção segura e eficaz contra doenças como difteria, tétano, coqueluche, sarampo e hepatite B. A proporção de crianças protegidas dessas doenças pode ser considerada um indicador de qualidade na APS. De acordo com o Observatório Global de Saúde da OMS, 84% das crianças brasileiras com cerca de 1 ano foram vacinadas contra o sarampo, abaixo da média dos países da OCDE (95%). Além disso, 83% das crianças brasileiras com cerca de 1 ano de idade foram vacinadas contra difteria, tétano e coqueluche, em comparação com a média da OCDE de 95% (Imagem 4.2). Na mesma linha, o Brasil alcançou 83% de cobertura de vacinação contra hepatite B para crianças com cerca de 1 ano de idade, em comparação com a média da OCDE de 91%.

Há também desigualdades significativas nas taxas de vacinação contra febre amarela nos estados brasileiros onde tal vacinação tenha sido recomendada, variando, em 2018, de 21,8% no Sergipe a 100% no Distrito Federal e Roraima (a média nacional para todos os estados onde a vacina é recomendada é de 64,1%).

Imagem 4.2. Taxas de vacinação para difteria, toxóide tetânico e coqueluche (DTP3), crianças com cerca de 1 ano de idade, 2000 e 2018 (ou último ano disponível)

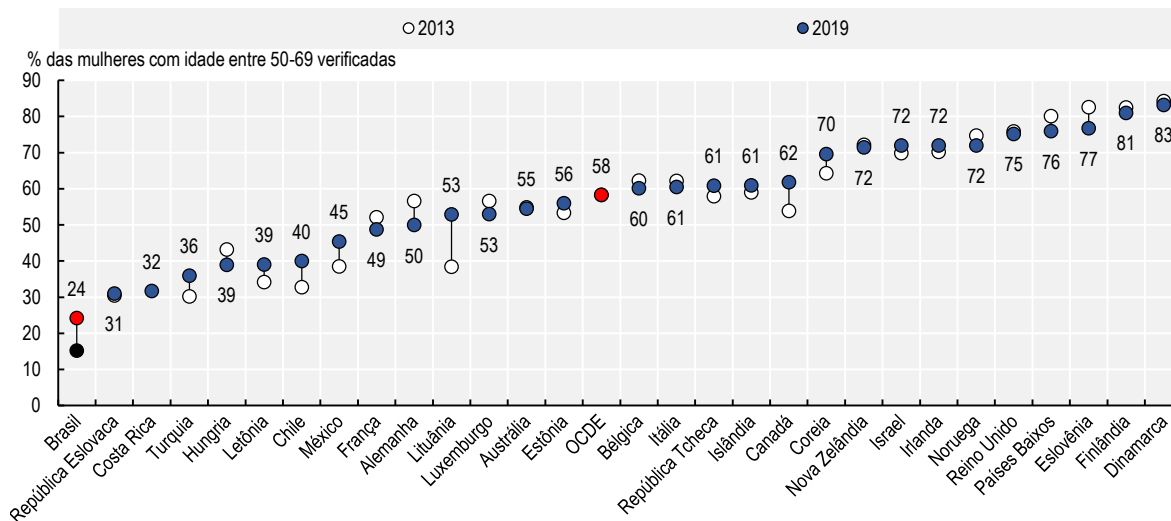


Fonte: OECD (2021^[42]), Estatísticas de Saúde da OCDE, <http://stats.oecd.org>; Ministério da Saúde do Brasil.

Dados internacionais também mostram que a triagem do câncer de mama e do colo do útero precisa melhorar. Embora a triagem do câncer de mama no Brasil tenha melhorado nos últimos anos, a cobertura da triagem do câncer de mama no Brasil (24%) é muito baixa quando comparada aos países da OCDE. O Brasil está abaixo de todos os países da OCDE e bem abaixo dos 58% da cobertura média

(Imagem 4.3). Na mesma linha, a triagem do câncer do colo do útero no Brasil era de 37,1% em 2019, bem abaixo da cobertura média da OCDE de 58% (ver Capítulo 3 sobre Triagem na APS).

Imagem 4.3. Cobertura de triagem de câncer de mama no Brasil e em países da OCDE, 2013 e 2019 (ou último ano disponível)



Observação: Os dados do programa são usados para todos os países. O Brasil representa os anos de 2014 e 2019.

Fonte: OECD (2021^[42]), Estatísticas de Saúde da OCDE, <http://stats.oecd.org>; Ministério da Saúde do Brasil.

Cuidados preventivos inadequados também foram destacados por estudos anteriores. Indicadores de medidas de experiência relatada pelo paciente para a prevenção, detecção e tratamento de doenças crônicas mostram que, entre os usuários do SUS, apenas cerca de uma entre cinco pessoas relatou que seus médicos de APS enviaram um lembrete para fazer um *check-up* de saúde (Guanais et al., 2019^[26]). Além disso, apenas 22% dos usuários do SUS indicaram ter recebido alguma recomendação sobre estilos de vida saudáveis de seu médico de família, e menos de 40% dos usuários do serviço público fizeram consulta preventiva nos últimos 2 anos.

Mais cuidados preventivos são necessários no Brasil em um momento em que as doenças estão se transformando em doenças crônicas.

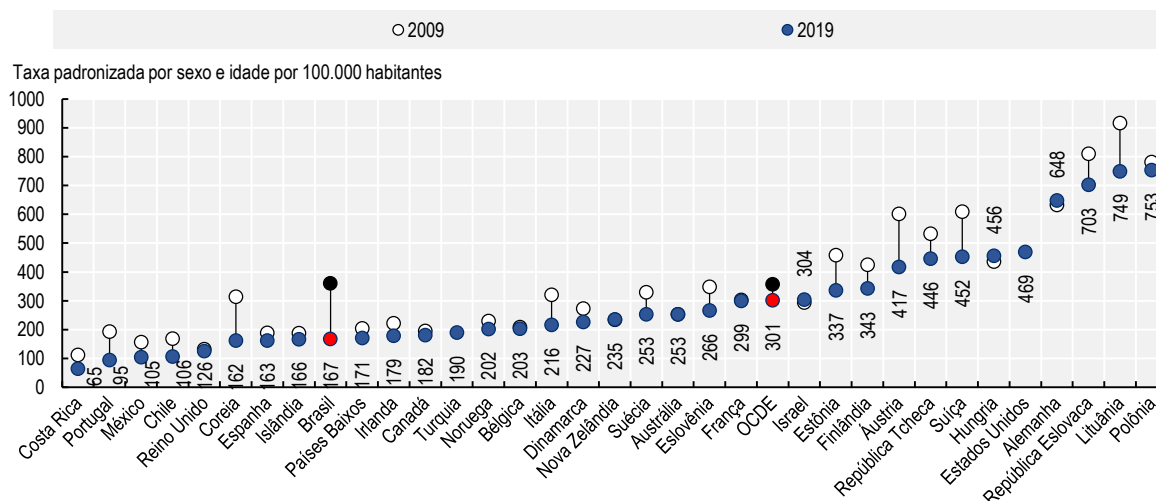
4.4.2. Os indicadores sobre o cuidado de condições crônicas no Brasil são pouco favoráveis

As hospitalizações por condições crônicas, também conhecidas como hospitalizações evitáveis, são utilizadas como um indicador indireto da eficácia geral da APS. Há evidências crescentes de que a gestão proativa de algumas condições crônicas pode prevenir ou reduzir a necessidade de internação hospitalar aguda (OCDE, 2020^[43]). Condições sensíveis ao atendimento ambulatorial, como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência cardíaca congestiva e diabetes, são condições para as quais a APS acessível e eficaz geralmente pode reduzir o risco de complicações e prevenir a necessidade de hospitalização. A base de evidências para o tratamento eficaz para essas condições está bem estabelecida e grande parte dela pode ser fornecida em nível de APS. Portanto, um sistema de APS de alto desempenho deve ser capaz de evitar, em grande medida, qualquer deterioração aguda do estado de saúde de pessoas que vivem com condições crônicas e prevenir sua internação em hospitais.

No Brasil, as hospitalizações por doenças crônicas são menores do que nos países da OCDE. A taxa de internações por diabetes em hospitais em 2019 foi de 92 internações por 100.000 pessoas, abaixo da

média da OCDE de 131 (ver Capítulo 3). Além disso, as taxas de internação hospitalar por insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e hipertensão são menores no Brasil do que a média da OCDE, mas ainda maiores do que em outros países da ALC, incluindo Costa Rica, México ou Chile (Imagem 4.4).

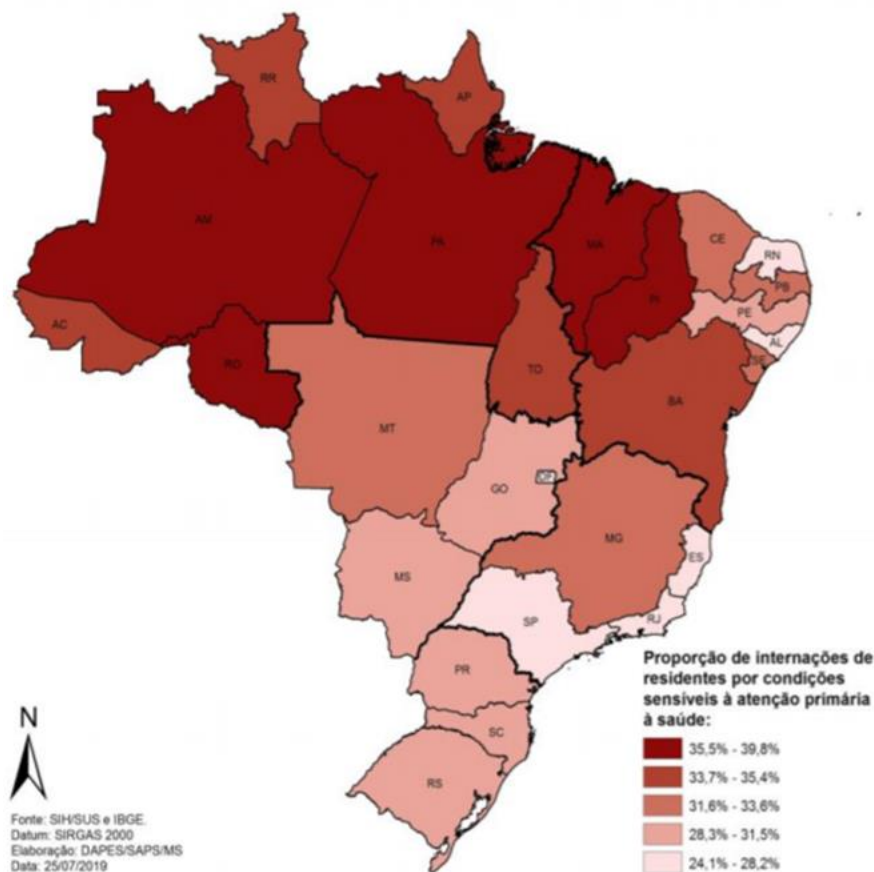
Imagem 4.4. Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e admissão hospitalar com hipertensão em adultos, 2009 e 2019 (ou último ano disponível)



Fonte: OECD (2021^[42]), Estatísticas de Saúde da OCDE, <http://stats.oecd.org>; Ministério da Saúde do Brasil.

No Brasil, taxas mais baixas de internações hospitalares evitáveis podem ser resultado de uma prevalência mais baixa de condições crônicas do que nos países da OCDE. Ao mesmo tempo, embora o desempenho seja em média bom, existem diferenças significativas entre as regiões. Há uma gradação Norte-Sul, onde as regiões Norte e Nordeste apresentam taxas de hospitalização mais altas por condições crônicas (Imagem 4.5).

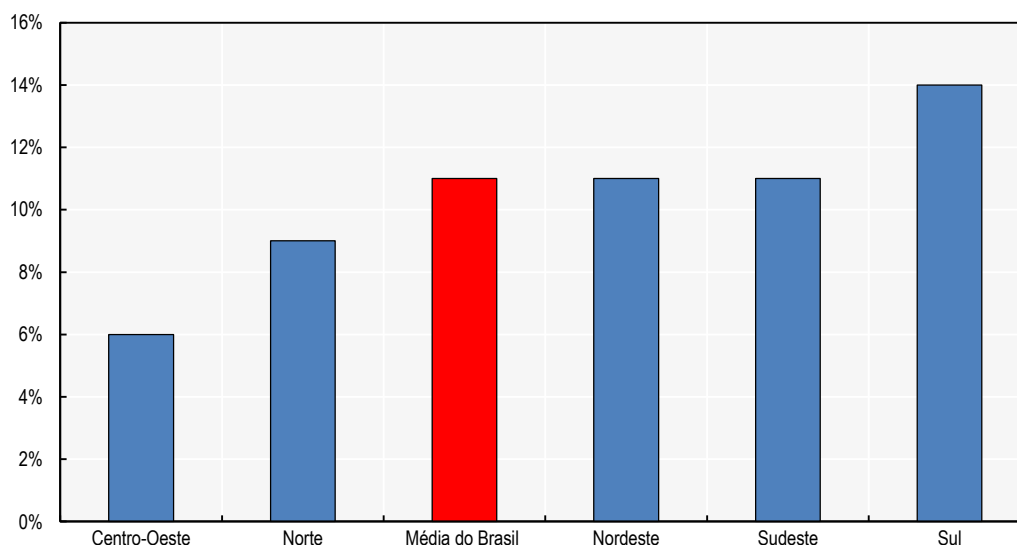
Imagem 4.5. Parcela de internações de residentes por condições sensíveis à APS, população com 60 anos ou mais por região, 2019



Fonte: (Ministério da Saúde, 2020^[44]), Plano Nacional de Saúde 2020-23.

A *Health Interview Survey* de 2019 também corrobora a gradação Norte-Sul. Assim, os pacientes diabéticos têm maior probabilidade de complicações (medida em internações) no Nordeste do que no Sudeste (IGBE, 2020^[45]).

As altas taxas de hospitalização por condições crônicas mostram que nem sempre os cuidados recomendados são oferecidos às pessoas com essas condições. Isso é confirmado pelos indicadores de desempenho reportados no sistema SIAB. Dois indicadores referem-se a se as pessoas com diabetes e hipertensão estão recebendo os cuidados recomendados ou tratamento eficaz para suas condições. Em 2020, apenas 4% dos hipertensos tiveram a pressão arterial medida a cada semestre, e apenas 11% dos diabéticos tiveram seu nível de hemoglobina controlado (SISAB, 2021^[38]). Embora essas pontuações de desempenho muito baixas certamente reflitam dificuldades no registro e monitoramento das atividades de APS pelos municípios, elas causam certa preocupação. Novamente, as regiões Sul e Sudeste relatam maior pontuação de desempenho do que as regiões Norte e Centro-Oeste no que diz respeito ao trato de pacientes com diabetes (Imagem 4.6).

Imagem 4.6. Parcela de pacientes com diabetes com nível de hemoglobina controlado, 2020 (Q3)

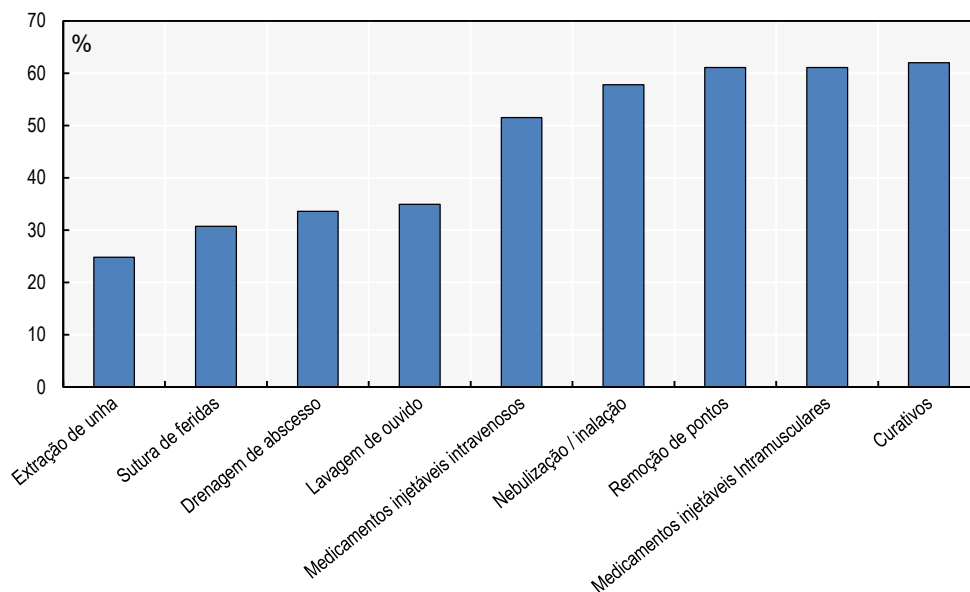
Fonte: Ministério da Saúde (2021^[46]), SAPS, Indicadores de desempenho por regiões, <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>

Essas desigualdades em favor das regiões mais ricas podem ser explicadas por uma maior oferta de serviços de APS, profissionais de saúde, equipamentos e adesão às diretrizes da prática clínica ou às diretrizes de tratamento padrão. O uso de protocolo de diretrizes terapêuticas para hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e serviço de saúde mental é consistentemente menor em pequenas áreas geográficas (Salazar, Campos and Luiza, 2017^[47]). Kovacs et al. (2021) também confirmaram que as eSFs localizadas em áreas mais carentes tiveram desempenho significativamente pior do que aquelas em áreas mais ricas. A análise da pontuação de desempenho do PMAQ em 20 grupos de renda mostra que uma renda familiar mensal maior de R\$ 1 000 estava associada a uma pontuação PMAQ 1,59 ponto percentual maior (Macinko, Harris and Rocha, 2017^[31]).

4.4.3. Procedimentos simples e pequenas cirurgias nem sempre são realizados pelas equipes de saúde da família

Procedimentos e cirurgias simples devem ser amplamente fornecidos em ambientes de APS. Isso é tanto uma questão de buscar por uma melhor segurança e qualidade no atendimento, quanto uma necessidade econômica. Porém, os dados disponíveis do programa PMAQ mostram que apenas 62,8% das eSFs realizaram procedimentos de baixa complexidade ou pequenas cirurgias em 2012. Pior, apenas um terço das eSFs realizava sutura de feridas e drenagem de abscesso. A maior participação nacional para procedimentos de baixa complexidade é em torno de 60% para remoção de pontos, curativos ou medicamentos intramusculares injetáveis (Imagem 4.7). Ainda assim, é muito pouco se o Brasil quiser aumentar a responsabilidade da APS.

Imagem 4.7. Historicamente, a APS tem oferecido um baixo fornecimento de procedimentos



Fonte: Adaptado de Salazar, Campos and Luiza (2017^[47]), The Rio de Janeiro Municipality's Services Portfolio and Health Actions in Primary Care in Brazil, <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33442016>.

A baixa oferta de procedimentos e cirurgias simples é fonte de fragmentação do atendimento e encaminhamento inadequado para atendimento mais especializado. Alta rotatividade de médicos, formação inadequada para exercer a função de médicos de APS e a falta de equipamentos ou recursos são os principais fatores que contribuem para a dificuldade de realização desses procedimentos nas eSFs (Salazar, Campos and Luiza, 2017^[47]).

4.4.4. Há espaço para melhorar as experiências dos pacientes com serviços públicos de APS

Dados recentes da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 mostram que a experiência do paciente com APS no Brasil precisa melhorar ainda mais. A APS obtém uma pontuação geral de 5,9 em uma escala de 0 a 10, que está abaixo do valor de referência de 6,6 recomendado pela metodologia PCAT (IBGE, 2019^[48]). Algumas diferenças aparecem quando se considera os domicílios registrados e não registrados (Tabela 4.4). A pontuação geral foi 6 para pessoas registradas contra 5,5 para pessoas não registradas. A pontuação geral da APS também foi mais favorável entre domicílios que receberam pelo menos uma visita de agentes comunitários de saúde ou outros membros da eSF e para pessoas com condições crônicas. Pessoas que moram na região Sul também relataram pontuação mais elevada (6,3) do que pessoas que moram na região Norte (5,5).

Dados menos recentes analisaram a centralidade das pessoas na APS no Brasil. A boa comunicação provedor-paciente e o envolvimento destes nas decisões de cuidado e tratamento são as principais dimensões da centralização no paciente, juntamente com a dimensão da coprodução, que resulta na autogestão do paciente e a coordenação do atendimento (OCDE, Forthcoming^[49]). Os resultados do ciclo PMAQ 2017 mostraram que cerca de 90% dos pacientes relataram que os médicos da APS forneciam explicações fáceis de entender e os envolviam nas decisões sobre cuidados e tratamento. Uma adaptação do *Commonwealth Funds International Health Policy Survey* para o contexto da ALC mostrou grande variação na experiência do paciente entre usuários públicos e privados (Guanais et al., 2019^[26]). Os

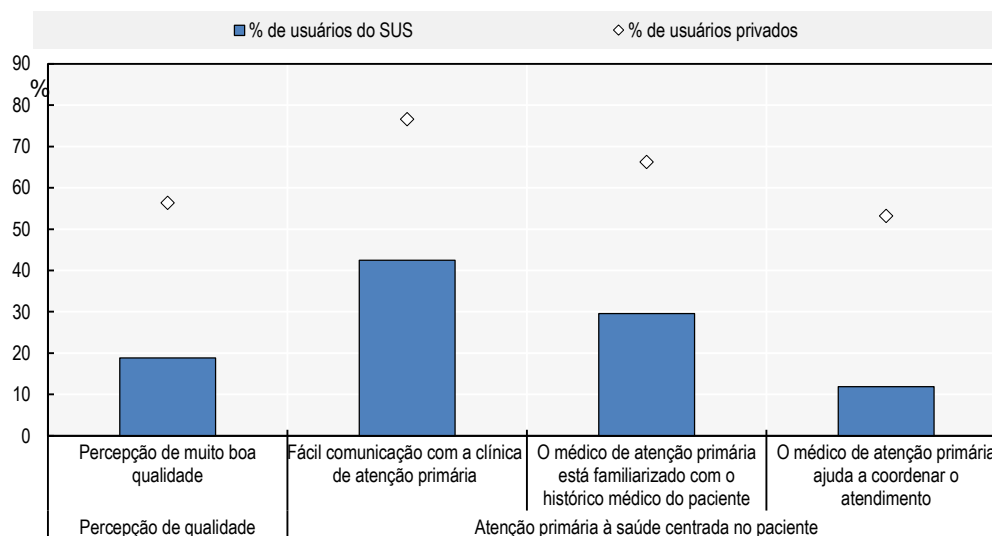
usuários do SUS foram consistentemente menos propensos a relatar uma experiência positiva com a APS do que os usuários privados (Imagem 4.8).

Tabela 4.4. Pontuação média geral da APS (valor de 0 a 10) dependendo das características individuais

Características individuais	Sim	Não
Hipertensão arterial	6,2	5,7
Diabetes	6,3	5,8
Doença cardíaca	6,4	5,8
Depressão	6,1	5,8
O domicílio está registrado na unidade de saúde da família	6,0	5,5
Visita de agentes comunitários de saúde	6,1	5,7
Pontuação geral por regiões		
Norte	5,5	
Nordeste	5,8	
Sudeste	5,8	
Sul	6,3	
Centro-Oeste	5,8	

Fonte: IBGE (2019^[48]), Pesquisa Nacional de Saúde: Atenção primária à saúde e informações antropométricas, <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>

Imagem 4.8. Os usuários do SUS relatam consistentemente menos experiências de pacientes com APS do que usuários privados, 2013



Observação: As prevalências são ajustadas por sexo, idade, nível de educação e estado de saúde autorrelatado.

Fonte: Autores, adaptado de (Guanais et al., 2019^[26]), From the patient's perspective: experiences with primary health care in Latin America and the Caribbean.

4.5. Garantindo um dividendo de maior qualidade da APS no Brasil

4.5.1. Fortalecimento do sistema de filtragem para melhor reconhecer o papel central das eSFs

Embora o objetivo geral da Estratégia de Saúde da Família fosse fortalecer o acesso ao atendimento, 20 anos após sua implementação, apenas cerca de 65% da população brasileira está atualmente cadastrada em uma eSF. O número de cadastrados vem aumentando nos últimos anos com o Programa Previne Brasil (Imagem 4.1). Ainda assim, isso é muito baixo para atender às novas necessidades de atenção à saúde dos brasileiros, caracterizadas pelo aumento da carga de condições crônicas e fatores de risco para a saúde.

Além disso, muitos brasileiros têm acesso direto a especialidades ambulatoriais e hospitalares para doenças menores que poderiam ser tratadas de forma mais eficaz em ambientes primários. A última Pesquisa sobre Informações de Saúde, por exemplo, constatou que cerca de 50% da população diabética identificou unidades básicas de saúde como último contato com o sistema de saúde, 11% usaram unidades públicas especializadas em hospitais, 6% unidades públicas de urgência e 30% profissionais ou clínicas particulares (IBGE, 2020^[50]). O último exemplo confirma que uma proporção significativa da população usa unidades públicas especializadas ou departamentos de emergência para a prestação de serviços crônicos, enquanto esses tipos de condições são mais bem tratados em ambientes de APS. Estes dão fortes argumentos para fortalecer o sistema de filtragem no Brasil com um sistema de cadastramento sistemático nas eSFs, que melhor controlam e orientam o paciente para o atendimento especializado.

O sistema de filtragem com um médico de APS nomeado ou uma eSFs que fornece a coordenação de cuidados gerais pode conduzir a melhores cuidados para os pacientes, particularmente para aqueles com doenças crônicas. Ele diz respeito ao arranjo em que um paciente só é visto por um especialista do hospital se autorizado pelo médico da APS, que é por sua vez responsável por supervisionar e coordenar as necessidades de saúde e fornecer atendimento. Em recente análise sistemática da literatura, Sripa, Hayhoe, Garg et al. confirmaram que a filtragem foi associada à melhor qualidade de atendimento e encaminhamento apropriado para futuras visitas ao hospital e investigação (Sripa et al., 2019^[51]). A gestão geral da filtragem resultou em menos hospitalizações e uso de cuidados especializados, mas também levou à menor satisfação do paciente porque limita sua escolha (Sripa et al., 2019^[51]). Além disso, um sistema de cadastro sistemático permite construir perfil das necessidades de saúde da população cadastrada, o que melhora a continuidade do cuidado por meio de melhor relacionamento entre os pacientes e os prestadores de APS (Starfield, Shi and Macinko, 2005^[52]; Kringos et al., 2010^[53]). Ter um médico da APS como fonte regular de atendimento mostra consistentemente os benefícios para uma variedade de resultados de saúde e relacionados à saúde (Starfield, Shi and Macinko, 2005^[52]). Tal esquema permite a prestação de cuidados contínuos e integrais, com foco na prevenção e no tratamento das doenças de longa duração.

Alguns países da OCDE introduziram sistema de registro obrigatório para encorajar os atendimentos certos no lugar certo (Quadro 4.3). Na Noruega, a reforma do Profissional de Clínica Geral Regular introduzida em 2000 exigia que todos os cidadãos se cadastrassem junto a um profissional de clínica geral (CG) de sua escolha. Os profissionais de clínica geral tornaram-se a fonte usual de atendimento às pessoas e agora são responsáveis por coordenar a prevenção, investigação e tratamento individual das necessidades de atenção à saúde. Essa abordagem também é usada no Chile, Portugal e Itália: nesses países, a população é obrigada a se cadastrar com um médico da APS que controla o acesso aos cuidados de saúde secundários (OCDE, 2020^[43]). O fortalecimento do sistema de filtragem, exigindo que todos os indivíduos se registrem em uma eSF, é uma reforma que o Brasil deseja considerar no futuro para fortalecer o papel e acelerar a expansão das eSFs. Isso ajudaria a construir registros de pacientes precisos e reconhecer melhor o papel central de coordenação das eSFs.

Quadro 4.3. Apresentando um sistema de cadastramento obrigatório na Noruega

Enquanto antes de 2000 os cidadãos noruegueses podiam consultar os CGs sem restrições, a reforma do Profissional de Clínica Geral Regular introduziu um sistema de cadastro obrigatório. O piloto da reforma foi realizado em quatro municípios em 1993, antes de sua implementação nacional.

Com a reforma, o profissional de clínica geral passou a ser responsável por fornecer e coordenar a prevenção, investigação e tratamento das necessidades de atenção à saúde. Ele também é responsável pelas decisões sobre a necessidade de encaminhamento para atenção secundária e vincular-se à seguridade social e aos serviços sociais, quando apropriado. A reforma também especificou que os GPs devem se envolver em atividades de saúde pública, atendimento de emergência, atendimento fora do expediente e supervisionar estudantes e médicos em treinamento.

A implementação nacional foi um sucesso, com cerca de 100% dos noruegueses agora cadastrados em um CG. O esquema foi considerado um dos serviços públicos de maior sucesso na Noruega, com alta satisfação entre os pacientes e CGs (Svedahl et al., 2019^[54])

Fontes: OECD (2014^[55]), *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards*, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264208469-en>

4.5.2. Expandir a gama de serviços de atenção à saúde prestados pelas eSFs para a prevenção de doenças, tratamento e gestão de condições de longo prazo

Em reconhecimento aos desafios apresentados na Seção 4.4, há uma necessidade crescente de apoiar e encorajar as eSFs a fornecer um serviço de APS moderno. Uma função fundamental de uma APS moderna é a prestação de cuidados contínuos e integrais, com foco na promoção da saúde, prevenção, tratamento, acompanhamento de diagnósticos e gestão de condições crônicas e de longa duração.

Estudos mostram que a APS, quando bem equipada, pode lidar com uma ampla gama de problemas de saúde, incluindo promoção, cuidados preventivos, tratamento e acompanhamento de diagnósticos e procedimentos técnicos simples (Starfield, Shi and Macinko, 2005^[52]; Kringos et al., 2010^[53]). Um escopo abrangente de serviços de APS está consistentemente associado a menor hospitalização por condições crônicas, melhores resultados de saúde e redução das desigualdades em saúde (OCDE, 2020^[43]; Starfield, Shi and Macinko, 2005^[52]; Kringos et al., 2010^[53]).

O alicerçamento da maior abrangência dos serviços de APS passa pela entrega das ações definidas na Carteira da APS e pela garantia de que todos os municípios tenham condições de oferecer essas ações e serviços de atenção à saúde de maneira adequada. No Rio de Janeiro, a Carteira de Serviços de Saúde tem se mostrado importante ferramenta norteadora para padronizar e melhorar a gama de serviços oferecidos pelas eSFs (Salazar, Campos and Luiza, 2017^[47]). Para todos os procedimentos definidos, o Rio de Janeiro reporta melhor desempenho do que a média nacional ou outros centros urbanos. Uma importante alavanca da política tem sido o uso de acordos de gestão para promover a conformidade com a Carteira de Serviços de Saúde. Um indicador denominado “taxa de execução de itens da carteira de serviços” é monitorado trimestralmente como parte do contrato, o que permite apontar problemas na prática e tomar ações corretivas. Essa boa prática poderia ser consolidada em todo o país. Outra opção a ser considerada seria monitorar os índices de cumprimento dos CaSAPs e vinculá-los aos incentivos financeiros atribuídos nas Ações Estratégicas do Programa Previne Brasil.

Na mesma linha, embora uma série de diretrizes clínicas sejam produzidas no Brasil, não há requisitos e poucos incentivos para que as eSFs cumpram o nível padrão de atendimento. Existe o risco, então, de que essas diretrizes não sejam adequadamente adotadas pelas eSFs. Experiências de países da OCDE

podem ser úteis para o Brasil em seus esforços para melhorar a conformidade com as diretrizes clínicas. Alguns países da OCDE fornecem subsídios aos municípios para estimular a conformidade com as diretrizes de prática clínica. Na Suécia, o governo central fornece subsídios aos governos regionais para encorajar a implementação das diretrizes (OCDE, 2013^[56]). As novas diretrizes sobre demência, por exemplo, foram acompanhadas de subsídios a serem desembolsadas ao governo municipal, que ficou então livre para usar os fundos adicionais como bem entendesse. Essa abordagem mantém a responsabilidade local pela implementação eficaz, ao mesmo tempo que atrai recursos e apoio nacionais (OCDE, 2013^[56]). Seguramente, o Ministério da Saúde poderia usar o Programa Previne Brasil para monitorar e encorajar o cumprimento mais sistemático das diretrizes clínicas.

Ao mesmo tempo, é necessário apoiar a educação médica continuada (EMC). Conforme mencionado anteriormente, diversos órgãos como o CONASS, CONASEM, a Associação Médica Brasileira ou a Sociedade Brasileira de Medicina de Família organizam diversos treinamentos, conferências e aprendizagem online. No entanto, uma estrutura EMC mais formal que deixe clara a expectativa sobre cada membro da ESF e os apoie para atendê-la será necessária para fornecer abrangência dos serviços de APS e em linha com a melhor evidência disponível.

4.5.3. O monitoramento e avaliação comparativa da qualidade dentro da APS precisa melhorar

Um elemento fundamental dentro de um setor de APS fortalecido é uma infraestrutura de dados capaz de monitorar e comparar as atividades e resultados da APS de maneira consistente em nível nacional, municipal e de provedor (OCDE, 2020^[43]).

O Brasil coleta diversos indicadores de acesso à APS, fatores de risco e qualidade para a saúde materna, imunização infantil, triagem do câncer de mama e gerenciamento de hipertensão e diabetes como parte do Programa Previne Brasil. Embora seja uma iniciativa importante para o monitoramento da qualidade, cinco indicadores de qualidade são indicadores de processo e apenas 2 indicadores são medidas de resultados intermediários. Uma melhor mensuração dos resultados e experiências dos pacientes com APS deve ser prioridade no Brasil.

Será importante para o Brasil coletar um conjunto mais rico de indicadores de qualidade em gama mais ampla de atividades preventivas e gerenciamento de condições crônicas como consumo de álcool, obesidade, triagem de câncer ou saúde mental. A experiência de Portugal pode ser útil para informar o Brasil sobre o desenvolvimento de candidatos a indicadores. Portugal dispõe de ampla infraestrutura de informação de qualidade para a APS, recolhida no âmbito dos acordos de contratação com órgãos de APS (OCDE, 2015^[57]). Os indicadores fornecem informações à alta administração para avaliar o desempenho e as realizações, comparados com outras instituições (OCDE, 2015^[57]). Os indicadores são coletados em vários domínios, saúde da mulher e planejamento familiar; saúde materna; saúde infantil e juvenil; hipertensão; diabetes; triagem de câncer; saúde mental ou experiência do paciente (Tabela 4.5).

Tabela 4.5. Exemplos de indicadores recolhidos em Portugal

Domínios	Indicadores
Hipertensão	Proporção de clientes com hipertensão com pelo menos um registro de IMC nos últimos 12 meses
	Proporção de usuários com hipertensão com registro da pressão arterial em cada semestre
Diabetes	Proporção de usuários com diabetes com pelo menos um exame do pé registrado no último ano
	Proporção de clientes com diabetes com regime de gestão de registros (três itens) no último ano
	Proporção de clientes com diabetes com consulta de vigilância de enfermagem de diabetes no último ano
	Proporção de clientes com diabetes com pelo menos dois testes de HgbA1c no último ano
	Proporção de clientes com diabetes com o último registro HgbA1c menor ou igual a 8,0%
	Proporção de usuários com diabetes com pelo menos um ou fazendo referência a um registro de realização de exame de retina no último ano

Domínios	Indicadores
Saúde mental	Proporção de usuários com mais de 18 anos e diagnóstico de depressão para os quais foi prescrita terapia antidepressiva
	Proporção de usuários com idade superior a 65 anos que não tinham ansiolíticos ou sedativos ou hipnóticos prescritos no período
Triagem e prevenção	Parcela de mulheres com mamografia nos últimos dois anos
	Proporção de usuários com anos de idade com triagem de câncer de cólon e reto realizado
	Proporção de usuários com 14 anos ou mais com quantificação do tabagismo nos últimos três anos
	Proporção de usuários com idade igual ou superior a 14 anos e tabagistas, com quem foi realizada consulta de tabagismo no último ano
Produtos farmacêuticos	Proporção de usuários com 14 anos ou mais de idade com quantificação do consumo de álcool, registrada nos últimos três anos
	Proporção de usuários com idade superior a 75 anos com medicamentos crônicos menores que cinco prescrições
	Proporção de medicamentos com cobrança de embalagem que são genéricos
Experiência do paciente	Proporção de usuários com mais de 65 anos sem receita de trimetazidina no último ano
	Proporção de usuários satisfeitos ou muito satisfeitos
	Número de reclamações por 1.000 consultas médicas realizadas por médicos ou enfermeiras

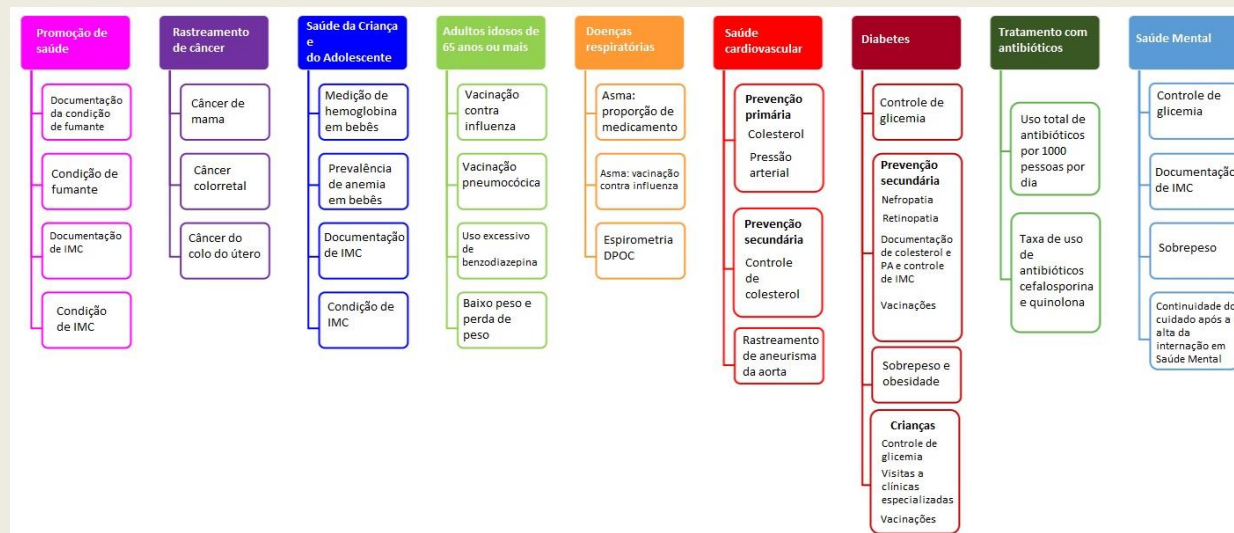
Fonte: OECD (2015^[57]), *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>.

Outro exemplo de boas práticas através da OCDE vem do Programa Nacional de Indicadores de Qualidade em IMC Saúde Comunitária (QICH). O programa é usado para monitorar e melhorar a qualidade dos serviços de APS preventiva, diagnóstica e terapêutica em Israel. Os indicadores em QICH cobrem nove áreas clínicas: promoção da saúde, saúde da criança e do adolescente, triagem do câncer (câncer de mama, colorretal e do colo do útero), saúde do idoso, doenças respiratórias, saúde cardiovascular, diabetes, tratamento com antibióticos e saúde mental. O QICH incorpora um foco na prevenção primária e gestão de condições crônicas, conforme demonstrado pela inclusão de indicadores relacionados a fatores de risco na população em geral, e o foco em DPOC e asma, diabetes, doenças cardiovasculares e saúde mental (Quadro 4.4). A qualidade dos dados para QICH é garantida por meio do uso de definições de indicadores padrão por todos os fundos de saúde e um ciclo de auditoria de qualidade de dados sistemático para garantir a validade e comparabilidade. Avaliações anteriores mostraram que a qualidade dos cuidados de saúde comunitários melhorou ao longo do tempo para quase todas as categorias de cuidados, prevenção primária, tratamento e eficácia dos cuidados (QICH, 2017^[58]). Na área de tratamento do diabetes, por exemplo, uma avaliação recente encontrou uma melhoria na maioria dos indicadores de qualidade (de 53% para 75% para a pontuação de qualidade composta). Foram observadas quedas nas taxas de cegueira, doença renal em estágio terminal relacionada ao diabetes, amputações de membros inferiores e mortalidade relacionada ao diabetes (Calderon-Margalit et al., 2018^[59]). Melhorias de qualidade também foram observadas para a saúde dos idosos (Podell et al., 2018^[60]). O uso extensivo de registros eletrônicos de saúde por planos de saúde é fator chave para o sucesso do QICH.

Quadro 4.4. O Programa Nacional de Indicadores de Qualidade em Atenção à Saúde Comunitária em Israel

Os indicadores em QICH cobrem nove áreas clínicas: promoção da saúde, saúde da criança e do adolescente, triagem do câncer (câncer de mama, colorretal e do colo do útero), saúde do idoso, doenças respiratórias, saúde cardiovascular, diabetes, tratamento com antibióticos e saúde mental. No total, são coletados vinte e oito indicadores (Imagem 4.9). Esses indicadores são baseados em diretrizes nacionais e internacionais que refletem as evidências científicas atuais, as práticas internacionais, a relevância para o sistema de atenção à saúde israelense e a viabilidade de produção.

Imagem 4.9. Programa Nacional de Indicadores de Qualidade na Atenção à Saúde Comunitária



Uma auditoria interna é realizada dentro de cada plano de saúde, a direção do programa QICH também realiza uma auditoria de dados e uma auditoria externa é realizada por uma auditoria externa certificada. Ao longo do processo de auditoria, foram examinadas metodologias, processos de controle, documentação e lições aprendidas, fomentando uma melhoria contínua no reporte de indicadores.

Tabela 4.6. Resultados de desempenho a nível nacional para indicadores selecionados, 2017-19

Domínios	Indicadores	2017	2018	2019
Promoção de saúde	Documentação dos componentes do IMC (idades de 20 a 64 anos)	90,33%	89,51%	89,16%
Triagem de câncer	Triagem insuficiente para câncer do colo do útero (mulheres com idades entre 35 e 54 anos que não foram examinadas nos últimos 5 anos)	35,71%	34,64%	32,65%
Saúde infantil	Documentação dos componentes do IMC em crianças (14 a 18 anos)	74,94%	76,71%	77,54%
Saúde do idoso	Uso de benzodiazepínicos de longa ação em adultos mais velhos (com 65 anos ou mais)	2,29%	2,17%	1,88%
Doenças respiratórias	Razão de medicação para asma (RMA) maior ou igual a 0,5 (idades de 5 a 45 anos)	69,71%	70,67%	71,94%
Saúde cardiovascular	Taxa de nível de colesterol LDL menor ou igual a 160 mg/dL em pessoas com baixo risco de doença cardíaca (idades de 35 a 74 anos)	90,18%	90,35%	90,49%
Diabetes	Diabetes descontrolada: HbA1c maior que 9% em indivíduos com diabetes mellitus (com 18 anos ou mais)	9,98%	9,60%	9,01%
Antibiótico	Documentação do teste molecular de HCV entre aqueles com um teste sorológico positivo	83,34%	85,55%	87,59%
Saúde mental	Controle adequado de HbA1c em indivíduos com TMG (Transtorno Mental Grave) e diabetes mellitus (idades de 18 a 84 anos)	71,15%	71,83%	72,07%

Fonte: QICH (2017^[58]); National Program for Quality Indicators in Community Health Care in Israel, <https://en.israelhealthindicators.org/publications>

O feedback regular para os provedores sobre a qualidade e os resultados, bem como a publicação aberta para pacientes com dados de desempenho em nível municipal e eSF também pode levar à aspiração de melhoria contínua. Nessa frente, o Brasil precisará melhorar a transparência do nível de agregação dos dados e garantir que os pacientes possam monitorar a atividade e a qualidade da APS no nível de eSF.

Para apoiar maior cuidado centrado no paciente, também é importante coletar medidas de experiência relatadas pelo paciente junto às APS (OCDE, 2021^[61]). Essa abordagem é feita internacionalmente. Na Inglaterra, por exemplo, a Pesquisa de Pacientes de Clínicos Gerais avalia a experiência dos pacientes em serviços de atenção à saúde prestados por práticas de Clínica Geral dentro do *National Health Service* (Inglaterra) (OCDE, 2020^[43]). Tal pesquisa avalia a experiência de acessibilidade, agendamento de consultas, a qualidade do atendimento recebido dos profissionais de atenção à saúde, a saúde do paciente e a experiência de sua clínica geral. Cerca de 2 milhões de pacientes cadastrados em clínica geral são entrevistados duas vezes por ano. A Comissão de Qualidade do Atendimento utiliza os resultados desta pesquisa em sua regulamentação, monitoramento e inspeção das práticas de clínica geral na Inglaterra. A Pesquisa de Pacientes de Clínica Geral oferece relato de cada clínica médica e seu desempenho com base na última pesquisa. A ferramenta de análise também fornece comparação de desempenho entre as práticas de Clínica Geral.

Em 2017, a OCDE lançou as Pesquisas de Indicadores Relatados por Pacientes (em inglês, Patient Reported Indicators Survey ou PaRIS) para abordar a necessidade de compreender os resultados e as experiências das pessoas com doenças crônicas (Quadro 4.5) (OCDE, 2021^[61]), na qual os países trabalham juntos no desenvolvimento, padronização e implementação de nova geração de indicadores que medem os resultados e as experiências de atenção à saúde que mais importam para as pessoas. O inquérito internacional de pessoas vivendo com condições crônicas que é parte de PaRIS será o primeiro desse tipo a avaliar os resultados e experiências de pacientes atendidos na APS em vários países. A pesquisa PaRIS visa a preencher uma lacuna crítica na APS, ao perguntar sobre aspectos como acesso a cuidados de saúde, tempo de espera, bem como qualidade de vida, dor, funcionamento físico e bem-estar psicológico. A iniciativa ajudará a abrir um diálogo com os prestadores de serviços sobre como melhorar ainda mais o desempenho dos serviços e sistemas de saúde para se tornarem mais centrados nas pessoas. O Brasil pode querer participar da pesquisa PaRIS da OCDE para entender como os resultados e experiências de cuidados no Brasil se comparam aos dos países da OCDE.

Quadro 4.5. Pesquisa PaRIS da OCDE

Em 2017, a OCDE lançou as Pesquisas de Indicadores Relatados por Pacientes (PaRIS) para abordar a necessidade de compreender os resultados e as experiências das pessoas com doenças crônicas. PaRIS oferece uma oportunidade de reunir as evidências necessárias para transformar os sistemas de atenção à saúde em sistemas centrados no paciente, com base nas necessidades das pessoas que atendem. A iniciativa inclui:

- a coleta de indicadores relatados de pacientes validados, padronizados e internacionalmente comparáveis em três áreas: próteses de quadril e joelho, tratamento do câncer de mama e saúde mental
- a coleta de novo conjunto de medidas comparáveis internacionalmente que têm como foco pacientes com uma ou mais condições crônicas, que vivem na comunidade e são amplamente tratados em APS ou outros ambientes de atendimento ambulatorial.

Fonte: OCDE (2021^[61]), Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS), <https://www.oecd.org/health/paris/>.

A inclusão dos Instrumentos PCAT na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 é um passo positivo no Brasil para entender melhor a experiência dos usuários com os serviços de APS. Esta iniciativa deve ser mantida a longo prazo.

4.5.4. O sistema de credenciamento para eSFs pode ajudar a padronizar e melhorar a qualidade do atendimento

Para padronizar a qualidade em todo o país, é necessário estabelecer um programa de credenciamento para a APS. O credenciamento é um mecanismo de controle para garantir a qualidade dos serviços de atenção à saúde, que frequentemente contribui para a melhoria da qualidade (OCDE, 2017^[62]). Ele usa padrões explícitos derivados da melhor evidência disponível para avaliar o desempenho da organização de atenção à saúde por meio de pesquisas, avaliações ou auditorias. O credenciamento é especialmente necessário quando faltam dados de desempenho.

Vários países da OCDE estabeleceram um sistema de credenciamento na APS, incluindo Austrália, Canadá, Inglaterra, Nova Zelândia ou Estados Unidos (Tabrizi and Gharibi, 2019^[63]). Nestes países, os cuidados orientados para a comunidade, segurança clínica, cuidados de alta qualidade, continuidade dos cuidados e gestão de recursos humanos tinham maior prioridade dentre os programas de credenciamento (Tabrizi and Gharibi, 2019^[63]).

A abordagem da Inglaterra para o credenciamento de serviços de atenção à saúde está na vanguarda dos esforços da OCDE e é um modelo a ser seguido por outros sistemas de saúde (Quadro 4.6). É incomumente abrangente, pois credencia todos os prestadores de cuidados primários e sociais. O credenciamento é realizado pela Comissão de Qualidade do Cuidado, um órgão estatutário independente responsável por cadastrar os prestadores de cuidados; monitorar, inspecionar e avaliar os serviços e tomar medidas para proteger a população que utiliza os serviços (Care Quality Commission, 2021^[64]). Na Austrália, a Comissão Australiana de Segurança e Qualidade em Atenção à Saúde, em colaboração com o *Royal Australian College of General Practitioners*, desenvolveu o Esquema Nacional de Credenciamento de Clínico Geral voluntário. O Esquema visa a incentivar a clínica geral segura e de qualidade na Austrália. Ele envolve a revisão de terceiros independentes de que as práticas atendem aos requisitos estabelecidos pelo *Royal Australian College of General Practitioners* e oferecem incentivos financeiros para apoiar atividades que incentivem a melhoria contínua na qualidade do atendimento.

Um ponto de partida para melhorar a qualidade na APS será construir um sistema de credenciamento para todas as eSFs a fim de realizar avaliação independente do desempenho e identificar as áreas que podem exigir melhorias. Um sistema de credenciamento no Brasil poderia ajudar a padronizar a APS nos municípios, para alcançar qualidade mais consistente em todo o país.

O estabelecimento de uma inspeção nacional de saúde semelhante à Comissão de Qualidade do Cuidado na Inglaterra ou a Haute Autorité de Santé na França poderia ajudar a fornecer uma verificação independente de que os padrões estão sendo cumpridos, identificar boas práticas e apoiar centros mais fracos para melhorar seus padrões. A nova Agência para o Desenvolvimento da APS também poderia assumir esse papel e atuar como uma fiscalização da APS. A Agência poderia, por exemplo, ser responsável pelo monitoramento e melhoria da qualidade e ter papel prescritivo na produção de visões gerais da prática atual, desempenho atual e definição de padrões e relatórios de desempenho. Também poderia desenvolver ferramentas como estrutura de avaliação, estudos aprofundados para visitar e apoiar municípios com necessidades especiais e nivelar os recursos quando necessário. Essa Agência também poderia ser uma plataforma ou fórum de contato e intercâmbio entre municípios, avaliando práticas inovadoras e consolidando iniciativas de qualidade em todo o país, quando bem-sucedidas.

Quadro 4.6. O sistema de Credenciamento na Inglaterra é abrangente

Na Inglaterra, a Comissão de Qualidade do Cuidado (CQC), um órgão estatutário independente estabelecido em 2009, é responsável pela inspeção de hospitais, assistência social para adultos, clínica geral, serviços de atenção à saúde mental, ambulâncias e serviços comunitários. Todos os provedores de atividades regulamentadas, incluindo o NHS e provedores independentes, devem se cadastrar no CQC e seguir um conjunto de padrões fundamentais de segurança e qualidade abaixo dos quais os cuidados nunca devem cair. O CQC avalia se os fornecedores estão atendendo a esses padrões fundamentais por meio de monitoramento e inspeção.

Os resultados dessas avaliações são compartilhados com o público e os cidadãos são incentivados a compartilhar suas experiências ou relatar suas preocupações ao CQC.

O sistema de atenção à saúde da Inglaterra é um dos poucos na OCDE a ter um programa de credenciamento abrangente para APS. Em março de 2020, 7.237 serviços de Clínica Geral foram inspecionados e avaliados, enquanto apenas 1.461 locais não foram. Relatórios detalhados de inspeção de prática individual estão disponíveis publicamente em site (Imagem 4.10). Os principais serviços inspecionados são os serviços de urgência e emergência, cuidados médicos, cirurgia, cuidados intensivos, maternidade e ginecologia, serviços para crianças e jovens, cuidados de fim de vida, serviços ambulatoriais e diagnóstico por imagem. Após a inspeção, os serviços de clínica geral devem atender as áreas de preocupação que tenham sido identificadas, desenvolver plano de ação para abordá-las e realizar melhorias. Relatórios detalhados de inspeção de prática individual estão disponíveis publicamente em site.

Imagem 4.10. Exemplo de uma inspeção CQC em uma cirurgia de Clínica Geral

Classificações da área de inspeção CQC

(Último relatório publicado em 8 de março de 2021)

Seguro	Inadequado	●
Efetivo	Requer melhorias	●
Cuidadoso	Bom	●
Responsivo	Requer melhorias	●
Bem coordenado	Inadequado	●

Fonte: Care Quality Commission (2021^[64]), classificações de inspeção para serviços de APS, <https://www.cqc.org.uk/search/services/doctors-gps?sort=default&distance=15&mode=html>.

4.5.5. Projetando pagamentos mais inteligentes para a APS

O esquema Previne Brasil P4P é um esquema importante para impulsionar a melhoria da qualidade no Brasil. Nos próximos anos, será importante manter e até expandir o esquema. Em comparação com outros países da OCDE, as áreas prioritárias incentivadas no Brasil têm foco mais forte na saúde infantil e materna. Nos países da OCDE, a gestão de condições crônicas é frequentemente colocada no centro dos esquemas P4P (OCDE, 2020^[43]). O programa Previne Brasil P4P planeja expandir o número de indicadores até 2022 para incluir outros indicadores sobre saúde mental, câncer de mama, ação

multiprofissional e experiência do paciente (Ministério da Saúde, 2020^[65]). Este será um passo importante, dado o crescente fardo das condições crônicas e a necessidade de abordar alguns fatores de risco para a saúde, incluindo a obesidade. A experiência de Portugal ou da Inglaterra poderá subsidiar o desenvolvimento de indicadores candidatos a serem incorporados ao programa Previne Brasil P4P

Uma segunda diferença importante entre o P4P brasileiro em comparação com a maioria dos esquemas P4P da OCDE é o fato de que os pagamentos de bônus não são feitos para o médico individual ou a estrutura para a qual ele trabalha, mas para os municípios que o empregam, sem obrigação dos municípios repassarem seus bônus para os profissionais. Isso não é comum nas APS dos países da OCDE. Geralmente, a pesquisa sugere que os esquemas P4P com pagamentos de bônus direcionados aos profissionais são mais eficazes (Eijkenaar et al., 2013^[66]).

Por último, há experiências bem-sucedidas em toda a OCDE, onde formas inovadoras de pagamento para APS foram introduzidas para encorajar maior prevenção e gestão de doenças crônicas e incentivar os provedores a trabalharem juntos de forma eficaz. Além do programa P4P, existem três formas inovadoras de pagamento nos países da OCDE (OCDE, 2020^[43]) (ver também Tabela 4.7):

- **Pagamentos adicionais:** Pagamentos adicionais para remunerar atividades específicas a fim de direcionar algumas dimensões das prestações de cuidado, como o estabelecimento de planos de cuidado, reuniões colaborativas de cuidado ou a provisão de educação do paciente. Em 2018, 11 países da OCDE usaram pagamentos adicionais para pagar pela coordenação ou prevenção. Na Dinamarca, os médicos de clínica geral são remunerados pela coordenação, nomeadamente quando têm mais responsabilidade pelo tratamento de doentes crônicos (por exemplo, diabetes).
- **Pagamentos em pacote:** O objetivo é agrupar atividades de atenção à saúde separadas em uma tarifa única para condições crônicas. A tarifa única deve cobrir o custo de todos os serviços de atenção à saúde prestados por toda a gama de prestadores durante um período de tempo específico. Nesse tipo de arranjo, um grupo de provedores de atenção à saúde é coletivamente responsável pela entrega de uma ampla gama de atividades para um grupo populacional predefinido, geralmente envolvendo pelo menos a APS e atendimento secundário. As evidências mostram que os pagamentos em pacote levam a uma melhor colaboração dentro e entre os ambientes de atendimento e podem contribuir para uma maior padronização do atendimento e para o desenvolvimento de sistemas de TI sofisticados. Em 2018, 5 países da OCDE usaram pagamentos em pacote. Os Países Baixos, por exemplo, estabeleceram pagamentos em pacote para grupos de atenção para pacientes diagnosticados com Diabetes tipo 2, DPOC e doenças cardiovasculares.
- **Pagamentos baseados na população:** Este esquema de pagamento é uma extensão do pagamento em pacote, não se restringindo a episódios particulares de cuidados ou condições. Consiste em um pagamento feito a grupos de provedores de saúde, bem como a empresas de gestão, para cobrir a maioria dos serviços de atenção à saúde para um grupo definido da população. Em vez de pagar os provedores em “silos”, o dinheiro segue os pacientes entre os provedores, cobre a maioria dos serviços de atenção à saúde e tem uma visão mais abrangente do bem-estar da população. Em 2018, apenas 2 países da OCDE usaram pagamentos baseados na população, incluindo, por exemplo, a Iniciativa “Gesundes Kinzigal” na Alemanha.

Tabela 4.7. Novas formas de pagamento para APS em toda a OCDE

Pagamentos adicionais	Pagamentos em pacote	Pagamentos baseados na população
Austrália, Áustria, Canadá, Dinamarca, França, Alemanha, Islândia, Israel, Itália, México, Suécia	França, Itália, Países Baixos, Canadá, Austrália, Bélgica	Estados Unidos (Organizações de Assistência Responsáveis), Alemanha (Gesundes Kinzigal GmbH)

Fonte: OECD (2020^[43]), Realising the Potential of Primary Health Care, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.

4.5.6. Ampliar o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde para promover o atendimento integrado

Dado o contexto de transição epidemiológica para vidas mais longas e aumento da prevalência de condições crônicas, um importante desafio no Brasil é mudar o foco dos serviços de atenção à saúde para lidar com episódios mais longos de necessidades de atenção à saúde. Para tanto, é necessária maior integração entre a APS, o atendimento de emergência, o atendimento especializado e o serviço social de assistência. As interações entre vários prestadores de atenção à saúde sobre os casos dos pacientes e as transições de um serviço para outro devem ser oportunas, seguras e contínuas para o paciente e sua família (OCDE, Forthcoming^[67]). A APS precisa desempenhar papel fundamental para atingir esse objetivo.

O impacto do atendimento integrado inclui melhor acesso, maior satisfação para pacientes e profissionais de saúde, atendimento mais adequado, atendimento preventivo aprimorado, redução de internações hospitalares evitáveis, vida independente prolongada e admissão em atendimento institucional em data mais futura, melhoria do estado de saúde e qualidade de vida (Nolte and Pitchforth, 2014^[68]; Curry and Ham, 2010^[69]).

No Brasil, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é um ambicioso instrumento que visa a reduzir a fragmentação da saúde dentro do sistema de saúde brasileiro. Conforme mencionado anteriormente, a implementação da RAS é apoiada pela Planificação da Atenção à Saúde (PAS) e Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) desenvolvido pelo CONASS (CONASS, 2020^[13]; CONASS, 2018^[14]). A RAS insere-se no âmbito das Regiões de Saúde, com apoio técnico, logístico e gerencial para fomentar a integração efetiva.

No entanto, a implementação da RAS no Brasil é desafiada pelo modelo de governança burocrático e liderança institucional fraca, problemas da força de trabalho como treinamento e qualificação inadequados em relação à colaboração e coordenação interprofissional, um sistema de informação fraco e políticas de pagamento que apoiam o atendimento integrado (Ministério da Saúde, 2014^[70]). Isso resultou em uma difusão baixa e desigual da iniciativa RAS em todo o país. O Brasil precisará trabalhar nessas quatro frentes para promover a atenção integrada e garantir a implementação efetiva da RAS (Quadro 4.7).

O Brasil poderia aprender com outros países da OCDE que embarcaram em caminhos diferentes para operacionalizar a integração do atendimento, como o País Basco da Espanha com Organizações de Atenção Integrada, o Reino Unido com Redes de APS e os Estados Unidos com Organizações de Atendimento Responsáveis.

Quadro 4.7. Promovendo atenção integrada e garantindo a implementação efetiva da RAS no Brasil

Liderança e modelo de governança mais fortes

A importância da liderança e da gestão para a implementação bem-sucedida de atenção integrada, bem como a prestação de serviços de atenção integrada já foi demonstrada em estudos recentes (Borgermans and Devroey, 2017^[71]). Embora não haja modelo único para todos, as estratégias consolidadas parecem frequentemente ser desenvolvidas com base em consultas com as principais partes interessadas, para que possam ser implementadas de forma eficaz, ao mantê-los responsáveis coletivamente e comprometidos com o cumprimento dos objetivos comuns de promoção da prestação de cuidados integrados.

Melhor planejamento da força de trabalho e treinamento educacional moderno

Para garantir que os trabalhadores da APS trabalhem junto com outros profissionais de atenção à saúde, é necessário aumentar os esforços para desenvolver o treinamento apropriado para equipes multidisciplinares, gestão de casos e desenvolver novas funções para a coordenação de cuidados. Na Alemanha, um programa nacional de treinamento com foco na gestão de casos foi disponibilizado para os enfermeiros, a fim de fortalecer seu papel na prestação de coordenação de cuidados. O País Basco na Espanha criou novas funções, como enfermeiros de contato e medicina interna de encaminhamento para coordenar e organizar os cuidados. Na Austrália também foram estabelecidos os coordenadores de cuidados para que pacientes com câncer ou doenças crônicas de longo prazo entrem em contato com profissionais de saúde, interajam com a equipe de atenção à saúde do paciente, ajudem a organizar triagens de saúde, resolvam barreiras de acesso às redes de saúde e forneçam acompanhamento da educação em saúde.

Sistemas de informação e dados mais fortes

Dados sólidos e sistemas de informação são essenciais para apoiar o atendimento integrado. Com o crescente número de pacientes com necessidades complexas recebendo vários serviços durante longos episódios de cuidados, tais sistemas podem ajudar a melhorar a comunicação e a coordenação entre os pacientes e seus provedores, aumentar a precisão dos diagnósticos e da tomada de decisões clínicas, ajudar a monitorar e fornecer serviços remotos apropriados e fornecer aos pacientes mais acesso ao seu histórico de saúde. No Brasil, a vinculação de dados continua insuficiente, prejudicando o compartilhamento de informações no contexto da atenção integrada (ver (OCDE, 2021^[41])).

Modelos de pagamento mais inteligentes

Os modelos de pagamento precisam incentivar os provedores de diferentes setores da saúde a trabalharem juntos de forma eficaz. A governança fragmentada no Brasil pode prejudicar a alocação de recursos na atenção à saúde, dificultando a prestação de assistência integrada. Ao mesmo tempo, existem alguns bons mecanismos de pagamento de provedores que encorajam maior coordenação e integração de cuidados - como pagamentos adicionais, pagamentos em pacotes ou pagamentos baseados na população. Os pagamentos adicionais recompensam cuidados mais coordenados, seguros e eficazes e estão disseminados nos países da OCDE em relação à APS (Tabela 4.7). O pagamento baseado na população, por exemplo, agrupa em um único pagamento todos os serviços prestados aos pacientes, incluindo prevenção e tratamento em hospitais, atenção primária e de longo prazo. Nos Estados Unidos, os ACO recebem orçamento virtual para ampla gama de serviços e são incentivados por contratos de poupança compartilhada pelos pagadores para coordenar o atendimento em diferentes níveis de maneira eficiente.

Fonte: OECD (2020^[43]), Realising the Potential of Primary Health Care; OECD (Forthcoming^[67]) Strengthening Performance of Integrated Care Delivery across OECD countries.

4.6. Conclusão

Buscando ampliar o acesso à APS de alta qualidade, o Brasil vem dando passos importantes para melhorar a distribuição de médicos, desenvolver novas formas de organização de serviços e introduzir novos modelos de financiamento para a APS. O desenvolvimento de diretrizes e carteira de serviços de atenção à saúde e a produção e publicação de dados que sustentam a APS também são etapas importantes para garantir cuidados de alta qualidade em todo o país. Todos esses desenvolvimentos estão bem alinhados com as experiências dos países da OCDE e levaram a grandes melhorias no acesso à APS e aos resultados de saúde da população.

No entanto, o sistema de APS brasileiro ainda é caracterizado por uma cobertura populacional relativamente baixa. Uma proporção significativa da população também tem acesso direto a especialidades ambulatoriais e hospitalares para condições menores, talvez porque a APS tenha tradicionalmente fornecido poucos procedimentos e cirurgias de baixa complexidade. As evidências disponíveis também apontam para a necessidade de aumentar a contribuição da APS para a prevenção e a gestão das condições crônicas, notadamente nas regiões Norte e Nordeste, que apresentam atenção à saúde consistentemente piores.

Estas deficiências dão fortes argumentos para fortalecer o sistema de filtragem no Brasil com um sistema de cadastramento sistemático nas eSFs, que irão controlar e orientar o paciente para o atendimento especializado. Esse é um pré-requisito para acelerar a expansão das eSFs, ajudando a construir perfil das necessidades de saúde da população cadastrada e melhor reconhecer o papel central de coordenação das eSFs. Também são necessárias ações de apoio às eSFs para uma prestação de serviços de APS mais moderna, com foco na prevenção, tratamento, acompanhamento do diagnóstico e gestão das condições crônicas. O governo federal precisará desempenhar papel mais prescritivo para fortalecer uniformemente a APS abrangente em todo o país. Isso incluiria a garantia de que todos os municípios estão bem equipados e treinados para executar adequadamente as ações e serviços definidos nas CaSAPs. Também há oportunidades para monitorar e estimular o cumprimento das diretrizes clínicas e CaSAPs por meio do Programa Previne Brasil - seja por meio das Ações Estratégicas ou do componente P4P. Coletar conjunto mais rico de indicadores de qualidade em uma gama mais ampla de atividades preventivas e gerenciamento de condições crônicas (como consumo de álcool, obesidade, triagem de câncer ou saúde mental e experiência do paciente) também apoiaria uma APS mais centrada no paciente. Um sistema de credenciamento no Brasil poderia ajudar a padronizar a qualidade da APS - principalmente em municípios com baixa capacidade e alta vulnerabilidade - para identificar áreas que podem exigir maior apoio financeiro e organizacional. A nova Agência para o Desenvolvimento da APS poderia atuar como uma inspetoria da APS, por exemplo, para fornecer verificação independente e externa de que os padrões estão sendo cumpridos, identificar boas práticas e apoiar centros mais fracos para melhorar seus padrões.

No futuro, o Brasil terá que estabelecer supervisão forte e boa gestão, desenvolver treinamento adequado, juntamente com dados e sistemas de informação sólidos para a implementação bem-sucedida do RAS. Modelos de pagamento apropriados seriam essenciais para incentivar os provedores de diferentes setores da saúde a trabalharem juntos de forma eficaz. Embora estas mudanças possam ser precipitadas no contexto atual, a introdução de pagamentos adicionais ou pagamentos em pacote é certamente algo que o Brasil poderia considerar no futuro.

Referências

- Barros da Silva, J., J. Carlos da Silva and S. de Araujo Oliveira (2020), "Family Health Support Center: reflection on its development through realist evaluation", *Saude Debate*, Vol. 44/124. [10]
- Biernath, A. (2020), "Brazil strives to replace its More Doctors programme for underserved regions", *The BMJ*, Vol. 368, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m537>. [4]
- Borgermans, L. and D. Devroey (2017), "A Policy Guide on Integrated Care (PGIC): Lessons Learned from EU Project INTEGRATE and Beyond", *International Journal of Integrated Care*, Vol. 17/4, pp. 1-12, <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.3295>. [71]

- Calderon-Margalit, R. et al. (2018), "Trends in the performance of quality indicators for diabetes care in the community and in diabetes-related health status: an Israeli ecological study", *Israel Journal of Health Policy Research*, Vol. 7/10, <http://dx.doi.org/10.1186/s13584-018-0206-3>. [59]
- Care Quality Commission (2021), <https://www.cqc.org.uk/about-us/our-purpose-role/who-we-are>. [64]
- Center, P. (ed.) (2019), *E-SUS PRIMARY CARE STRATEGY: THE BRAZILIAN DIGITAL TRANSFORMATION*, Internet Steering Committee in Brazil. [40]
- CONASEMS (2020), *Painel de Apoio - Previnde Brasil – Resultado 2020*, <https://www.conasems.org.br/painel/previnde-brasil-resultado-2020/>. [20]
- CONASS (2020), *ESTUDOS SOBRE A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL – 2008 A 2019: UMA REVISÃO DE ESCOPO*, <https://www.conass.org.br/biblioteca/cd-36-estudos-sobre-a-planificacao-da-atencao-a-saude-no-brasil-2008-a-2019-uma-revisao-de-escopo/>. [13]
- CONASS (2018), *PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: UM INSTRUMENTO DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE*, <https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-31/>. [14]
- Curry, N. and C. Ham (2010), *Clinical and service integration: the route to improved outcomes*, *The King's Fund*, 22 November 2010, The King's Fund, London, <http://www.kingsfund.org.uk/publications> (accessed on 14 August 2020). [69]
- da Cunha, C. et al. (2020), "Primary health care portfolio: Assuring of integrality in the family health and oral health teams in Brazil", *Ciencia e Saude Coletiva*, Vol. 25/4, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.31862019>. [28]
- da Silva Rêgo, A. and C. Radovanovic (2018), "Adherence of hypertension patients in the Brazil's Family Health Strategy", *Rev Bras Enferm*, Vol. 71/3. [25]
- de Godoi Rezende Costa Molino, C. et al. (2016), "Non-Communicable Disease Clinical Practice Guidelines in Brazil: A Systematic Assessment of Methodological Quality and Transparency", *PLoS ONE*, Vol. 11/11, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0166367>. [27]
- de Medeiros, O. et al. (2020), "Delivering maternal and childcare at primary healthcare level: The role of PMAQ as a pay for performance strategy in Brazil", *PLoS ONE*, Vol. 15/10, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240631>. [32]
- e-Gestor AB (2021), "Informação e Gestão de Atenção Básica", <https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>. [36]
- Eijkenaar, F. et al. (2013), "Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews", *Health Policy*, Vol. 110/2-3, pp. 115-130, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.008>. [66]
- Figueiredo, A. et al. (2021), "Evaluating medical education regulation", *Human Resources for Health*, pp. 19-33, <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-021-00580-5>. [6]
- Guanais, F. et al. (2019), *From the patient's perspective: experiences with primary health care in Latin America and the Caribbean*, Inter-American Development Bank, Washington. [26]

- Harzheim, E. et al. (2020), “New funding for a new Brazilian primary health care”, *Ciencia e Saude Coletiva*, Vol. 25/4, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>. [19]
- Hone, T. et al. (2020), “Impact of the Programa Mais médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities”, *BMC Health Services Research*, Vol. 20/873, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05716-2>. [7]
- IBGE (2020), *Pesquisa Nacional de Saude 2019 : percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : Brasil e grandes regiões*, IBGE, <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=publicacoes>. [50]
- IBGE (2019), “Pesquisa Nacional de Saude in Portuguese: Atenção primária à saúde e informações antropométricas”, <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>. [48]
- IBGE (2020), *2019 Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal-Modulo Q- Tabela 3.25*, <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados> (accessed on 10 February 2021). [45]
- Kovacs, R. et al. (2021), “Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil’s national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams”, *Lancet Glob Health*, Vol. 9. [30]
- Kringos, D. et al. (2010), “The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions”, *BMC Health Services Research*, Vol. 65. [53]
- Leite Simão, C. et al. (2017), “Quality of Care of Patients with Diabetes in Primary Health Services in Southeast Brazil”, *Journal of Environmental and Public Health*, <http://dx.doi.org/10.1155/2017/1709807>. [24]
- Lopes, F., K. Monteiro and S. Santos (2020), “How data provided by the Brazilian information system of primary care have been used by researchers”, *Health Informatics Journal*, Vol. 26/3, pp. 1617-1630, <http://dx.doi.org/10.1177/1460458219882273>. [37]
- Macinko, J., M. Harris and M. Rocha (2017), “Brazil’s national program for improving primary care access and quality (PMAQ) fulfilling the potential of the world’s largest payment for performance system in primary care”, *Journal of Ambulatory Care Management*, Vol. 40/2, <http://dx.doi.org/10.1097/JAC.000000000000189>. [31]
- Maffioli, E. et al. (2019), “Addressing inequalities in medical workforce distribution: evidence from a quasi-experimental study in Brazil”, *BMJ Global Health*, Vol. 4/6, p. e001827, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001827>. [8]
- Ministerio da Saude (2021), “Núcleo Ampliado de Saúde da Família”, <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf>. [11]
- Ministerio da Saude (2019), *Municipalities will receive R \$ 401 million to register Brazilians in the SUS*, <https://aps.saude.gov.br/noticia/6636>. [18]
- Ministério da Saude (2020), *Previne Brasil: Componentes do financiamento*, <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/pagamentodesempenho/>. [65]

- Ministério da Saúde (2014), *Redes de Atenção à Saúde*, [70]
<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/14/redes.pdf>.
- Ministério da Saúde (2021), *Previne Brasil*, [16]
<https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/incentivosacoes/>.
- Ministério da Saúde (2021), *SISAB Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica*, [17]
<https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>.
- Ministério da Saúde (2021), *SISAB Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica*, [46]
<https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>.
- Ministério da Saúde (2020), *Plano Nacional de Saúde 2020-2023*. [44]
- Ministério da Saúde (2019), *NOTA TÉCNICA Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS*, [34]
https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_indicadores_de_desempenho_200210.pdf.
- Ministério da Saúde (2019), *ORDINANCE NO. 3222 OF DECEMBER 10, 2019*, [15]
<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>.
- Ministério da Saúde (2020), *Ordinance No. 2,713, OF OCTOBER 6, 2020*, [35]
<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.713-de-6-de-outubro-de-2020-281542903>.
- Ministerio de Saude (2021), “Cadernos de Atencao Basica”, [22]
<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index/MQ==/Mg==>.
- Ministerio de Saude (2014), *Cadernos de Atencao Basica 35 : Estrategias para o cuidado da pessoa com doenca cronica*, [23]
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_ca_b35.pdf.
- Nolte, E. and E. Pitchforth (2014), *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?*, WHO, Copenhagen, <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/2530944> (accessed on 14 August 2020). [68]
- OCDE (2021), *OECD Health Statistics 2021*, <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> [42]
 (accessed on 15 January 2021).
- OCDE (2021), *OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021*, OECD Publishing, Paris, [41]
<https://dx.doi.org/10.1787/146d0dea-en>.
- OCDE (2021), *Patient-reported Indicator Survey*, <https://www.oecd.org/health/paris/>. [61]
- OCDE (2021), “Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic”, *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9a5ae6da-en>. [21]
- OCDE (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD, Paris, [43]
<https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.

- OCDE (2017), "Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality", *OECD Reviews of Health Care Quality*, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en>. [62]
- OCDE (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>. [57]
- OCDE (2014), *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards*, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264208469-en>. [55]
- OCDE (2013), *OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013*, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264204799-en>. [56]
- OCDE (Forthcoming), "People-centred care". [49]
- OCDE (Forthcoming), *Strengthening Performance of Integrated Care Delivery across OECD countries*. [67]
- Özçelik, E. et al. (2020), "Impact of Brazil's More Doctors Program on hospitalizations for primary care sensitive cardiovascular conditions", *SSM - Population Health*, Vol. 12, p. 100695, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100695>. [9]
- Pereira, L. et al. (2016), "Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013-2014", *Rural and remote health*, Vol. 16/1. [1]
- Pinto, L. and V. Silva (2021), "Primary Care Assessment Tool (PCAT): developing a new baseline for evaluating Brazilian health services", *Ciencia & Saude Coletiva*, Vol. 26/2, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021262.42552020>. [39]
- Podell, R. et al. (2018), "The quality of primary care provided to the elderly in Israel", *Israel Journal of Health Policy Research*, Vol. 7/21. [60]
- QICH (2017), *National Program for Quality Indicators in Community Health Care in Israel*, https://48fc89f4-e14d-48de-bdc0-ec96de79873e.filesusr.com/ugd/76a237_839988734c8a44d4822384e11afa6c0a.pdf. [58]
- Salazar, B., M. Campos and V. Luiza (2017), "The Rio de Janeiro Municipality's Services Portfolio and Health Actions in Primary Care in Brazil", *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 22/3, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33442016>. [47]
- Salazar, B., M. Campos and V. Luiza (2017), "The Rio de Janeiro Municipality's Services Portfolio and Health Actions in Primary Care in Brazil", *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 22/3, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33442016>. [29]
- Sales, J. et al. (2020), "Family Health Support Center in the perspective of physicians and nurses", *Escola Anna Nery*, Vol. 24/1. [12]
- Santos, L. et al. (2017), "Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 95/2, pp. 103-112, <http://dx.doi.org/10.2471/blt.16.178236>. [5]

- SISAB (2021), “Indicadores de Desempenho”, [38]
<https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>.
- Soares, C. and M. Ramos (2020), “An evaluation of PMAQ-AB effects on hospitalization for conditions susceptible to Primary Care”, *SAÚDE DEBATE*, Vol. 44/126, [33]
<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012609I>.
- Sripa, P. et al. (2019), “Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review”, *British Journal of General Practice*, Vol. 69/682, [51]
<http://dx.doi.org/10.3399/bjgp19X702209>.
- Starfield, B., L. Shi and J. Macinko (2005), “Contribution of Primary Care to Health Systems and Health”, *Milbank Q*, Vol. 83/3, [52]
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>.
- Stein, A. and C. Ferri (2017), “Innovation and achievement for primary care in Brazil: New challenges”, *BJGP Open*, Vol. 1/2, [2]
<http://dx.doi.org/10.3399/bjgpopen17X100857>.
- Svedahl, Z. et al. (2019), “Increasing workload in Norwegian general practice – a qualitative study”, *BMC Family Practice*, Vol. 68. [54]
- Tabrizi, J. and F. Gharibi (2019), “Primary healthcare accreditation standards: a systematic review”, *Int J Health Care Qual Assur*, Vol. 32/2, [63]
<http://dx.doi.org/10.1108/IJHCQA-02-2018-0052>.
- WHO (2018), *BRAZIL - The mais médicos programme. Country case studies on primary health care*, WHO, Washington. [3]

Observações

¹ Ver <https://aps.Saúde.gov.br/biblioteca/index/MQ==/Mg==>

² Ver por exemplo <http://www.ripsa.org.br/category/publicacoes-ripsa/>

³ Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101758>

5

Desafios da força de trabalho na atenção primária à saúde no Brasil

O Brasil enfrenta a escassez e a distribuição desigual de médicos entre as regiões do país, a qual se soma a uma baixa credibilidade e reconhecimento da especialização em APS. A primeira prioridade para o Brasil deve ser implementar um planejamento coerente da força de trabalho com base em uma avaliação objetiva das necessidades presentes e futuras para governar os recursos humanos em saúde. Paralelamente, o Brasil poderia examinar as experiências dos países da OCDE para treinar mais médicos rurais e fornecer incentivos financeiros e não financeiros vinculados à devolução da obrigação de serviço. Expandir o uso inteligente de enfermeiras e agentes comunitários de saúde é outra opção para lidar com a lacuna da força de trabalho. Há também oportunidades para fazer da especialidade em APS um requisito obrigatório para que se possa praticá-la e para implementar requisitos mais sólidos no que tange à educação médica continuada.

5.1. Introdução

O Brasil está lutando contra a escassez e a distribuição desigual de médicos nas regiões. O número de médicos em exercício por 1.000 habitantes em 2019 era inferior à média da OCDE (em 2,3 em comparação com 3,5), enquanto a distribuição desses médicos seguiu um gradiente Norte-Sul, onde as regiões Norte e Nordeste mostram densidade mais baixa de médicos. Ao mesmo tempo, a especialidade de medicina familiar e comunitária (MFC) é pouco atraente e desvalorizada no Brasil. Uma baixa proporção dos médicos que trabalham na APS realizaram treinamento especializado. Em 2018, apenas 5.486 médicos (1,4% de todos os especialistas no Brasil) tinham formação especializada em MFC. Embora as pessoas que vivem nas regiões Norte e Nordeste tenham as maiores necessidades de saúde, essas regiões reúnem menos de 20% de todos os especialistas em MFC.

Reconhecendo esses desafios, diversos programas foram implementados pelo governo federal para reduzir a escassez de médicos nas regiões priorizadas e melhorar o acesso e a qualidade da formação médica no país, incluindo o Programa Mais Médicos. No entanto, as vagas não preenchidas na APS ainda são a norma no Brasil, as lacunas na educação médica permanecem entre as faculdades de medicina e as disparidades geográficas no acesso à formação médica persistem. As regiões Norte e Nordeste oferecem os menores níveis de vagas *per capita* de graduação em medicina do país.

Este capítulo examina os desafios da força de trabalho para o cenário da APS no Brasil. A Seção 5.2 descreve a forma da força de trabalho da APS no Brasil em termos de taxas e proporções de médicos, enfermeiras e trabalhadores comunitários de saúde. Na Seção 5.3, os capítulos descrevem a organização e a qualidade da educação médica no Brasil. Na Seção 5.4, o capítulo explora maneiras de melhorar a distribuição geográfica dos médicos e superar a questão da escassez desses profissionais na APS. A Seção 5.5 avalia como melhorar o reconhecimento e a credibilidade da especialidade de MFC e aponta algumas alavancas políticas importantes para fortalecer a qualidade da educação médica no Brasil.

5.2. Características da força de trabalho da APS do Brasil

A força de trabalho de saúde do Brasil é caracterizada por escassez e má distribuição de médicos, que é particularmente aguda nas regiões Norte e Nordeste do país. Os números brasileiros sugerem que os médicos não veem a especialidade da APS, e áreas rurais e remotas, como atrativa e prestigiosa. A escassez e a má distribuição de médicos da APS são desafios comuns da política de força de trabalho em saúde que os países da OCDE enfrentam. Preocupações quanto à renda, oportunidades de desenvolvimento de carreira, isolamento dos colegas, bem como opções educacionais para os filhos e oportunidades profissionais para o cônjuge são os principais fatores desses desafios.

5.2.1. Densidade de médicos no Brasil permanece inferior à média da OCDE, com preocupações persistentes sobre a distribuição geográfica

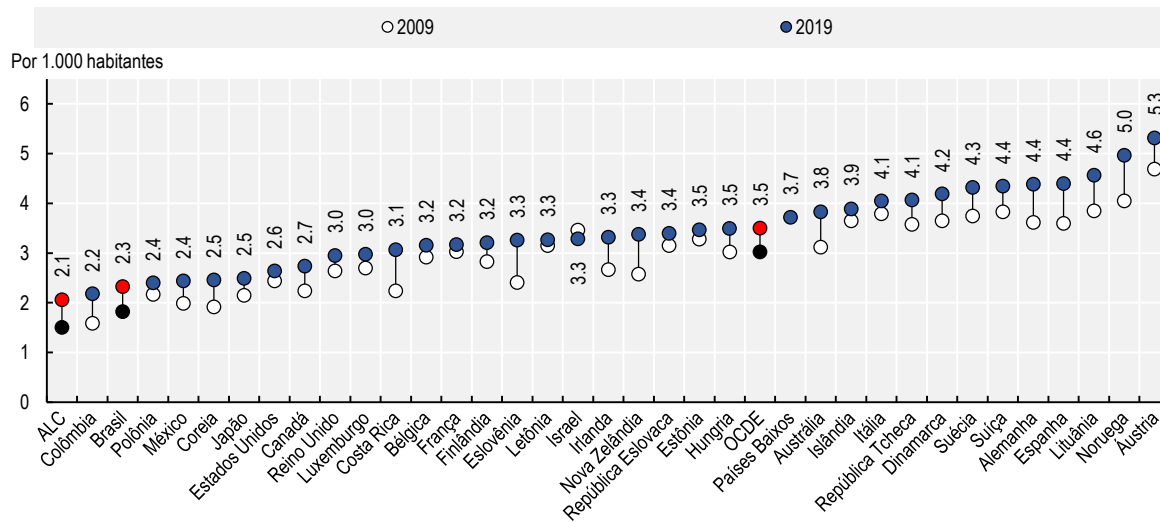
Embora o Brasil tenha claramente reconhecido que uma APS forte é a base de um sistema de saúde eficaz, eficiente e responsivo, o número de médicos de APS treinados está bem abaixo dos países da OCDE e de outros países da ALC.

No Brasil, o número de médicos em exercício por 1.000 habitantes em 2019 era muito baixo em comparação com a média da OCDE, de 2,3 em comparação com 3,5 (Imagem 5.1). Esse número está entre os de densidade mais baixa, logo acima da Colômbia (com 2,2 médicos por 1.000 habitantes e a média da ALC (2,1 médicos por 1.000 habitantes). No entanto, o número de médicos aumentou 50% no Brasil na última década.

De acordo com o Ministério da Saúde, existem cerca de 60 mil médicos atuando na APS no Brasil. Embora uma especialidade de MFC esteja estabelecida, muito poucos médicos que atuam na atenção primária à

saúde realizaram treinamento especializado em MFC. Em 2018, apenas 5.486 médicos tinham formação na especialidade Medicina de Família e Comunidade, representando apenas 1,4% do total de especialistas no Brasil (Scheffer et al., 2018^[1]). Os médicos especializados em clínica médica também possuem algumas competências aplicáveis à MFC, mas também representam uma pequena parcela dos especialistas (cerca de 11,2%) no Brasil em 2018. Juntos, esses números sugerem que o Brasil tem dificuldades em atrair médicos que se especializem em APS. A baixa atratividade das especialidades da APS pode estar associada a um menor reconhecimento, prestígio e nível de remuneração em comparação com outras especialidades.

Imagem 5.1. Médicos por 1.000 habitantes, 2009 e 2019 (ou último ano disponível)



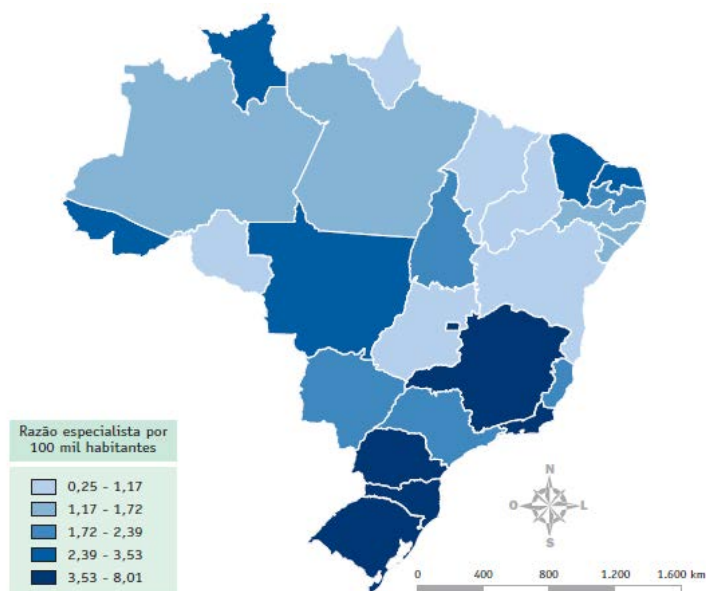
Fonte: Estatísticas da Saúde da OCDE (2021^[2]), <http://stats.oecd.org>; Ministério da Saúde do Brasil.

As diferenças regionais na distribuição de todos os médicos é uma preocupação importante no Brasil. Como em muitos países da OCDE, o número de médicos *per capita* varia consideravelmente entre as regiões. Ao todo, são 2,3 médicos por mil habitantes, mas há capitais com mais de 12 médicos por mil habitantes - como Vitória, no Espírito Santo - e regiões com valores abaixo de um médico por mil habitantes (como a região amazônica no Norte, por exemplo) (Scheffer et al., 2018^[1]). As diferenças entre municípios pequenos e grandes no Brasil são comparáveis às de outros países da OCDE.

A distribuição desigual de médicos é evidente quando se olha para algumas especialidades, como por exemplo, para o especialista em MFC. A Imagem 5.2 indica que alguns estados das regiões Norte e Nordeste têm o menor número de médicos por população, enquanto as regiões mais bem abastecidas são as Sul e Sudeste, seguidas pelo Centro-Oeste (Scheffer et al., 2018^[1]).

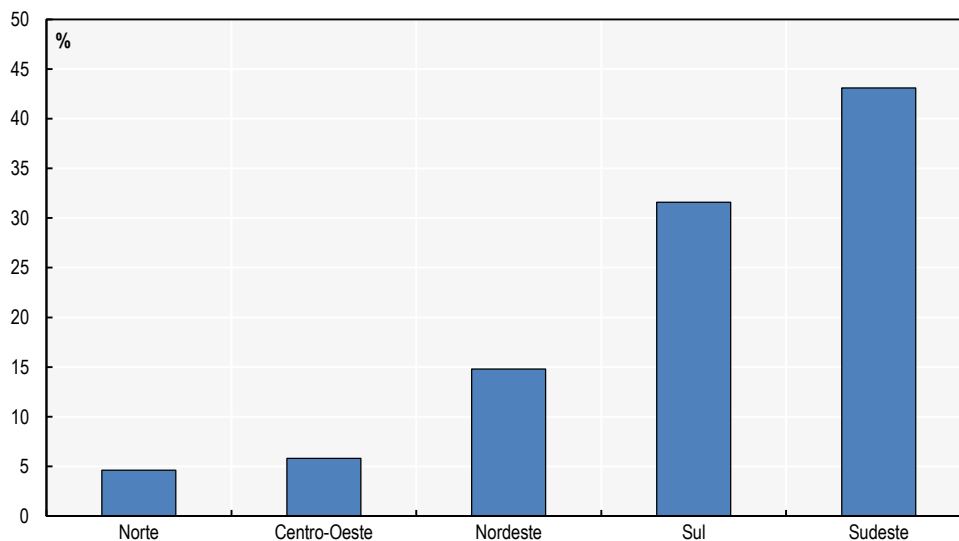
Em nível estadual, a relação especialista em MFC por 1.000 habitantes varia de 0,4 no Maranhão, na região Nordeste, a 1,6 no Rio de Janeiro. No geral, a região Norte do Brasil reúne apenas 4,6% de todos os especialistas em MFC, enquanto as regiões Sul e Sudeste reúnem quase 75% de todos os especialistas em MFC (Imagem 5.2).

Imagem 5.2. Densidade da medicina familiar e comunitária no Brasil por estados, 2018



Fonte: Scheffer et al. (2018^[11]), Demografia Médica No Brasil 2018.

Imagem 5.3. Distribuição de especialistas de família e comunidade por regiões, 2018



Fonte: Scheffer et al. (2018^[11]), Demografia Médica No Brasil 2018.

Os desequilíbrios geográficos em diferentes regiões do Brasil refletem a concentração de serviços especializados e as preferências dos médicos pela prática em ambientes urbanos. Como em muitos outros países da OCDE, os médicos brasileiros podem relutar em praticar em regiões rurais ou áreas urbanas com problemas socioeconômicos devido a preocupações com sua vida profissional (incluindo renda, jornada de trabalho, oportunidades de desenvolvimento de carreira, isolamento de colegas) e aspectos da vida social e familiar (como opções educacionais para seus filhos e oportunidades profissionais para seus cônjuges) (OCDE, 2019^[31]).

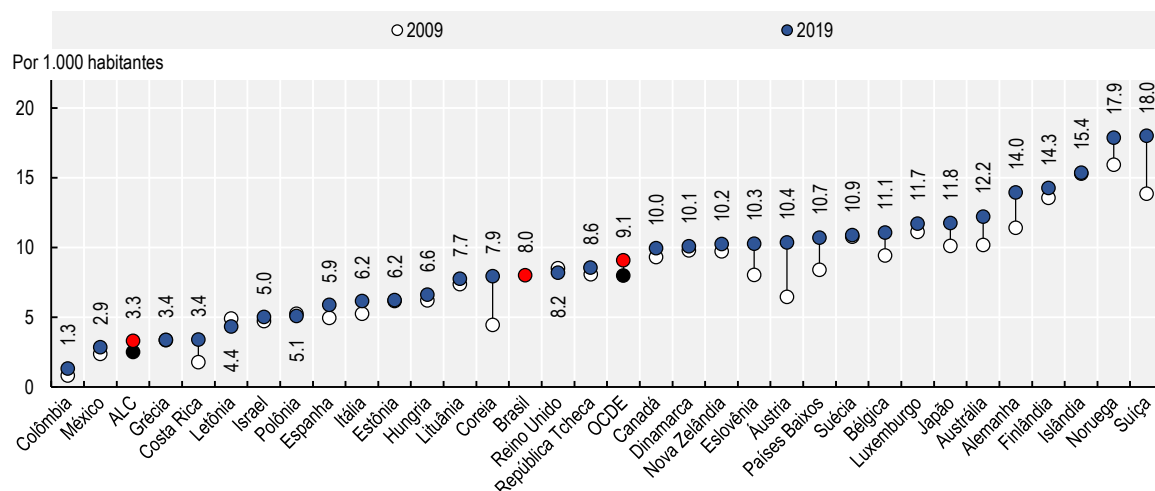
Também é importante notar que os desequilíbrios geográficos de médicos em geral, e médicos de APS em particular, são desproporcionalmente vivenciados por pessoas que vivem em áreas remotas e rurais, as quais possuem as maiores necessidades de cuidados de saúde e onde as vulnerabilidades sociais são maiores (Oliveira et al., 2017^[4]). Isso significa que o setor de APS enfrenta duplo desafio de alta demanda de saúde e escassez de pessoal, o que pode levar a um acesso desigual aos cuidados (Barbosa and Cookson, 2019^[5]). A escassez e os desequilíbrios geográficos na força de trabalho precisam ser tratados com prioridade, pois podem levar a desfechos de saúde mais baixos, menor qualidade de saúde e necessidades não atendidas para a população que vive em regiões carentes (ver Capítulos 2 e 4).

5.2.2. A força de trabalho de enfermagem no Brasil aumentou significativamente nas últimas décadas

Em 2019, o Brasil contava com 414.712 enfermeiras e produzia anualmente cerca de 50.000 enfermeiras em seus programas de graduação em enfermagem (Cassiani and Silva, 2019^[6]). Na região da América Latina, o Brasil é o único país que formou enfermeiros no mestrado profissional, o qual cresceu 156% no período 2011-2020.

A força de trabalho de enfermagem do Brasil aumentou na última década, atingindo 8 enfermeiras por mil habitantes em 2019, aproximando-se da média da OCDE de 9,1 (Imagem 5.4). Isso é muito mais alto do que a média da ALC de 3,3 enfermeiras por 1.000 habitantes. O aumento do volume de enfermeiros é explicado principalmente pela implantação de novas regulamentações federais, incluindo a criação de equipes específicas de APS (equipes Ribeirinhas, Programa Academia da Saúde, equipes de atenção domiciliar, dentre outras), que exigem enfermeiros.

Imagem 5.4. Enfermeiros por 1.000 habitantes, 2009 e 2019 (ou último ano disponível)



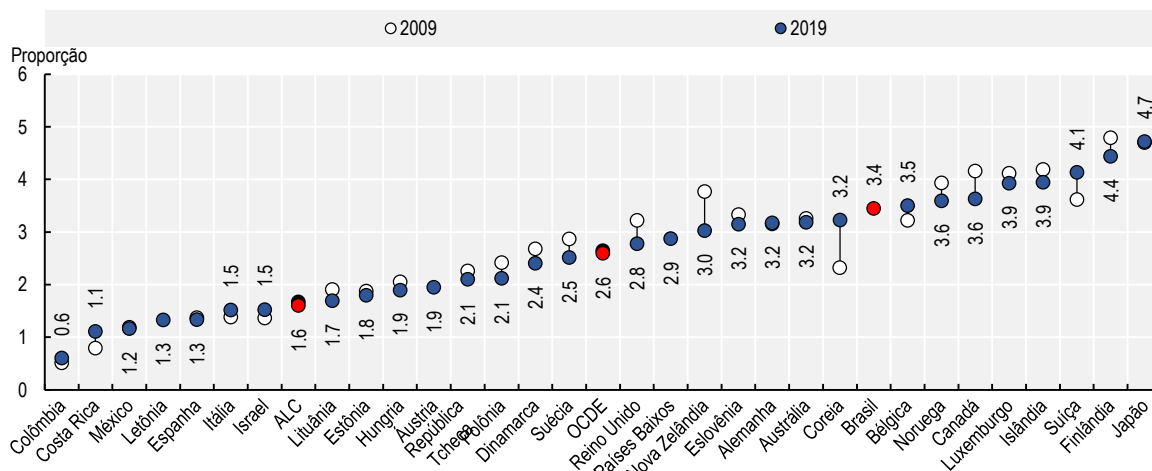
Fonte: Estatísticas da Saúde da OCDE (2021^[2]), <http://stats.oecd.org>; Ministério da Saúde do Brasil.

A combinação de habilidades - a proporção de enfermeiros para médicos - é relativamente maior no Brasil (Imagem 5.5) do que a média da OCDE e da ALC. Os enfermeiros superam os médicos no Brasil, com 3,4 enfermeiros por médico, em comparação com a média da OCDE de 2,6 e a média da ALC de 1,6.

Esta é uma notícia bem-vinda para responder às mudanças na demanda por serviços de saúde. Há a necessidade de melhor combinação de habilidades de profissionais de saúde no contexto do rápido envelhecimento da população e o aumento da carga de condições crônicas no Brasil (ver Capítulo 2). Atualmente, não há discussão sobre a expansão da função de enfermagem ou a implementação de

funções avançadas para enfermeiras, assim como foi introduzido com algum sucesso em outros países da OCDE, como Austrália, Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, alguns países nórdicos e, mais recentemente, na França. Nesses países, os enfermeiros de prática avançada fornecem maior apoio no cuidado de pacientes com doenças crônicas e aqueles com morbidades complexas, trabalhando em cooperação com médicos e especialistas da APS em equipes e outros ambientes de saúde e cuidados prolongados. Uma interação e comunicação aprimoradas entre os membros das eSFs são críticas para o sucesso da mudança de tarefas e redistribuição de funções.

Imagem 5.5. Proporção de enfermeiras para médicos, 2009 e 2019 (ou último ano disponível)



Fonte: Estatísticas da Saúde da OCDE (2021^[2]), <http://stats.oecd.org>; Ministério da Saúde do Brasil.

5.2.3. Os agentes comunitários de saúde desempenham papel crucial na APS

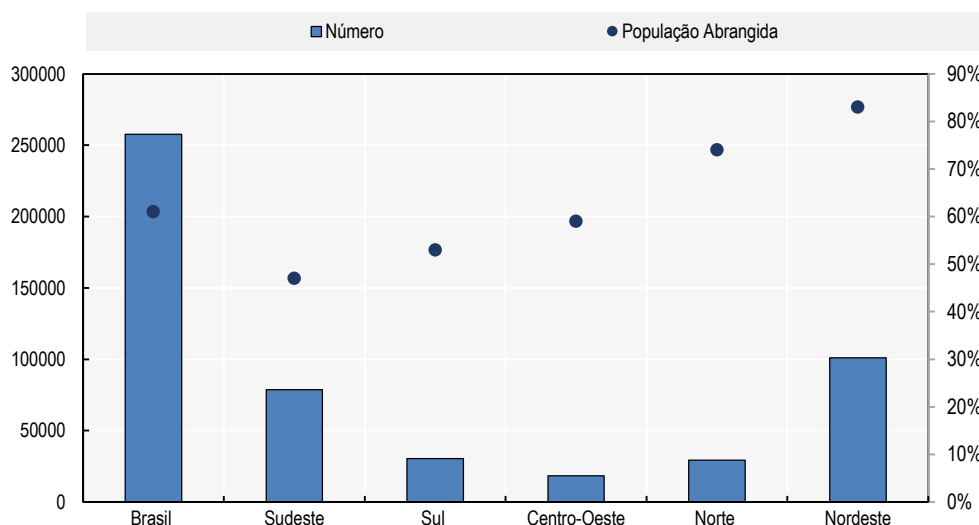
Com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), os agentes comunitários de saúde (ACS) passaram a ter papel fundamental no sistema de APS brasileiro. Os ACS são profissionais de saúde pública de primeira linha, geralmente membros das comunidades em que trabalham e, portanto, têm conhecimento valioso das necessidades das pessoas e são fontes confiáveis de informação (Grossman-Kahn et al., 2018^[7]; Wadge et al., 2016^[8]). Enquanto uma gama de diferentes profissionais de saúde está envolvida na prestação de APS (médicos, enfermeiras, nutricionistas, farmacêuticos ou assistentes sociais etc.) (ver Capítulo 2), existem até 12 ACSs envolvidos em cada eSF. Em 2020, mais de 250.000 ACS serviam 61% da população, ante 60.000 em 1998. A população atendida por ACS é maior nas regiões Nordeste e Norte (com pelo menos 74% da população coberta por ACS) (Imagem 5.6).

Ao contrário de muitos países da OCDE, no Brasil, os ACS fornecem uma ampla gama de suporte para serviços abrangentes de APS, incluindo rastreamento clínico, promoção da saúde, determinantes sociais e dados domiciliares (Grossman-Kahn et al., 2018^[7]). Espera-se que eles resolvam muitos problemas de menor complexidade, como revisão de medicamentos para pacientes com doenças crônicas e encaminhamento de questões mais complexas para médicos e enfermeiras da eSF. As eSFs realizam entre 10 e 15 visitas domiciliares por dia e gastam em torno de 1 a 2 horas diárias nas clínicas preenchendo documentos, organizando salas de espera, realizando consultas para outros profissionais de saúde e oferecendo sessões educacionais. Eles são responsáveis por cadastrar as famílias nas áreas onde trabalham e ajudá-las a terem acesso a outros serviços do governo, como transferências monetárias condicionadas e serviços sociais. Nas eSFs, cada ACS é responsável por 150 famílias.

O requisito mínimo para se tornar um ACS é o ensino médio, mas mais de 60% possuem diploma profissional. A rotatividade é baixa por ser uma profissão considerada estável e respeitada (Wadge et al., 2016^[8]).

Apesar de sua importância para a prestação dos serviços de APS, estudos têm mostrado que os ACS não possuem muitos suportes tecnológicos para atuar na comunidade. Avaliações mostram que os ACS são eficazes na melhoria de desfechos de saúde específicos e no acesso aos cuidados de saúde (Grossman-Kahn et al., 2018^[7]), e que pode representar uma intervenção eficaz em termos de custos para fornecer serviços essenciais de saúde (Vaughan et al., 2015^[9]). No entanto, as evidências disponíveis também destacam que, em muitos municípios remotos e vulneráveis, os ACS não estão equipados com telefones celulares e tablets para permitir diagnósticos remotos e comunicação em tempo real com os postos de APS (Wadge et al., 2016^[8]).

Imagem 5.6. Número de agentes comunitários de saúde por regiões



Fonte: Ministério da Saúde (2020^[10]), Painéis de Indicadores: Agentes comunitários de saúde, <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/acs>

No geral, a pandemia da COVID-19 demonstrou a importância de se ter uma força de trabalho de saúde qualificada e suficiente para responder de forma rápida e eficaz à crise de saúde pública. Os profissionais de saúde (médicos, enfermeiras e agentes comunitários de saúde) estão na vanguarda da crise, e a pandemia colocou uma grande pressão sobre eles, afetando sua saúde física e mental. No Brasil, assim como nos países da OCDE, os investimentos em recursos humanos para a saúde são essenciais (ver Quadro 5.1).

Quadro 5.1. A pandemia COVID-19 demonstrou que os investimentos em recursos humanos para saúde são essenciais

Em todos os países da OCDE, a pandemia está tornando a escassez preexistente de médicos e enfermeiras mais visível e aguda. A escassez de médicos e enfermeiras é resultado da falta de investimento em programas de educação e treinamento e no recrutamento de novos funcionários, além da baixa retenção do pessoal existente. Essa escassez, por sua vez, resultou em uma grande carga de trabalho e um esgotamento das condições físicas e psicológicas dos profissionais de saúde.

À medida que médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde se mobilizaram na linha de frente para responder à pandemia da COVID-19, os sistemas de saúde da OCDE buscaram maneiras de aumentar o número de funcionários disponíveis durante o pico da pandemia e fazer uso mais eficiente de seu trabalho. Isso incluiu a convocação de profissionais de saúde inativos e aposentados, oferecendo-lhes algum treinamento curto para atualizar e melhorar suas habilidades (Itália, Portugal, Reino Unido, por exemplo). Outros países mobilizaram ou estabeleceram uma “lista de reserva” de profissionais de saúde para lidar com o surto e realocar o pessoal entre as regiões (França, Bélgica, Irlanda e Islândia). A COVID-19 também acelerou o papel inovador dos profissionais de saúde, removendo as barreiras estruturais e institucionais pré-existentes e permitindo uso mais eficiente do capital humano no setor da saúde. No Canadá, por exemplo, os farmacêuticos foram autorizados a estender as prescrições para além do que lhes era permitido fazer e a prescrever certos medicamentos.

Fonte: OECD/European Union (2020^[11]) Health at a Glance: Europe 2020, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

5.2.4. O planejamento da força de trabalho em saúde é, na melhor das hipóteses, muito limitado no Brasil

No Brasil, o órgão federal denominado Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) monitora as tendências da força de trabalho para apoiar o planejamento de políticas. O INEP também é responsável pelo monitoramento e avaliação da educação básica e superior nacional, e pela promoção da divulgação de indicadores e resultados de avaliação do sistema de ensino. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) é responsável pela formulação das políticas de gestão da força de trabalho em saúde, formação e qualificação da força de trabalho em saúde, regulamentação dos profissionais de saúde e regulamentação do processo de descentralização. Ela foi criada como o principal instrumento federal de mobilização e gestão da força de trabalho em saúde. A Secretaria também define a Política Nacional de Saúde de Recursos Humanos para bom desempenho do SUS, em parceria com o Ministério da Educação.

No Brasil, ao contrário de muitos países da OCDE, há falta de conhecimento das necessidades presentes e futuras de médicos e outros profissionais de atenção à saúde (Oliveira et al., 2017^[4]). O planejamento da força de trabalho em saúde não se baseia em avaliação objetiva com base nas características dos profissionais (idade e sexo), seus processos de trabalho (produtividade, carga de trabalho), as características do sistema de saúde em vigor (cobertura e tipo de serviços oferecidos) e as necessidades de saúde da população (como perfis socioeconômicos e epidemiológicos).

Em vez disso, as estimativas existentes são baseadas em quesitos de viabilidade, usando dados comparando a proporção de médicos por mil habitantes entre o Brasil e outros países para determinar uma proporção desejável e criar metas de melhoria (Oliveira et al., 2017^[4]). Uma meta fixa de proporção mínima pode ser definida, mas ela não considera os fatores contextuais descritos acima para fazer uma previsão das necessidades e demandas previstas, além da simulação dos perfis necessários e possíveis

cenários de reforma que levariam ao conjunto de recursos humanos mais adequados para atender à crescente demanda por atendimento.

Quadro 5.2. O planejamento da força de trabalho na Itália é baseado em uma abordagem de baixo para cima

Na Itália, existe uma abordagem ascendente para o planejamento de recursos humanos do Serviço de Saúde Nacional (SSN). A responsabilidade primária pelo planejamento da força de trabalho em saúde é regional, com informações enviadas ao Ministério da Saúde, o qual reúne os dados e previsões dos níveis regionais, os analisa e valida os resultados para fazer recomendações apropriadas ao Ministério da Educação relativas ao ingresso em programas de educação médica, de enfermagem e outros relacionados à saúde.

O objetivo principal do planejamento da força de trabalho em saúde na Itália é garantir número adequado de profissionais de saúde, a fim de atender à demanda e evitar desequilíbrios da força de trabalho no SSN. O Ministério da Saúde e as regiões chegam a um acordo sobre o número de alunos para ingressar em programas de educação e treinamento relacionados.

Fonte: OECD (2014_[12]), OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising Standards, <https://doi.org/10.1787/9789264225428-en>.

Isso é diferente de muitos países da OCDE, como Itália ou Estados Unidos, os quais possuem bases sólidas para o planejamento da força de trabalho. Nos Estados Unidos, o *National Center for Health Workforce Analysis* oferece pesquisas, dados, ferramentas e projeções sobre a força de trabalho em saúde para informar o planejamento de programas e a formulação de políticas (HRSA, 2021_[13]). Na Itália, as necessidades nacionais de recursos humanos são estabelecidas com base nas necessidades relatadas regionalmente para estabelecer o planejamento de recursos humanos do SSN (Quadro 5.2). Tal análise se baseia em uma abordagem ascendente, em que as informações das regiões são enviadas ao Ministério da Saúde para que esse elabore recomendações ao Ministério da Educação (OCDE, 2014_[12]). As experiências dos países da OCDE podem ser úteis para o Brasil em seus esforços para definir política de gestão da força de trabalho mais clara para gerir os recursos humanos da saúde. O Brasil já coleta dados de nível municipal com frequência mensal, o que significa que os dados de pré-requisitos já se encontram disponíveis para melhor informar a gestão da força de trabalho. O uso mais inteligente desses dados é recomendado para entender melhor os desafios da força de trabalho no Brasil, incluindo, por exemplo, a escassez e distribuição geográfica desigual de médicos. Maior coordenação entre os municípios e o nível federal poderia ajudar nessa direção.

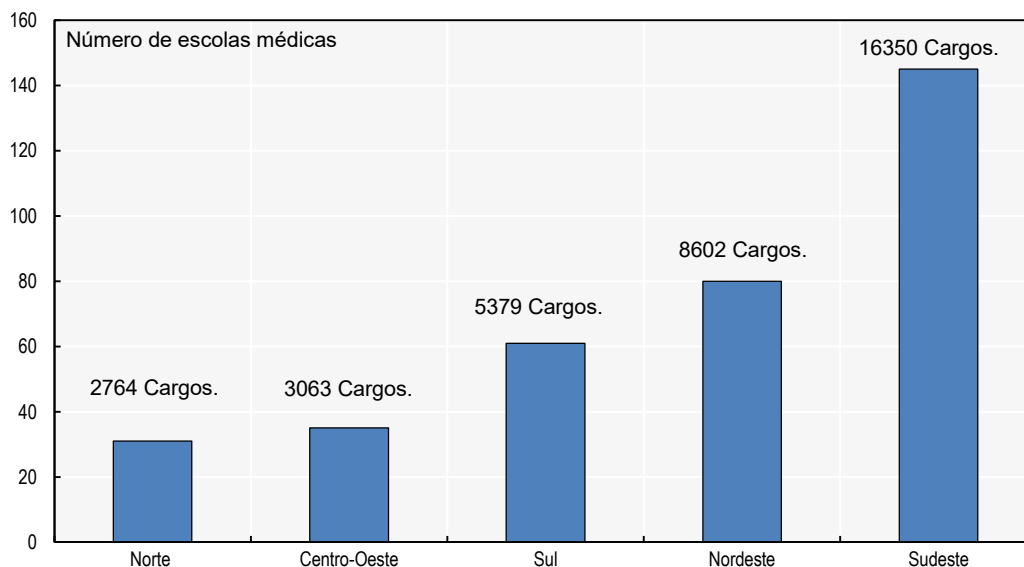
5.3. A organização e qualidade da educação médica no Brasil

Nas últimas décadas, o número de faculdades de medicina cresceu exponencialmente, impulsionado principalmente pela abertura de instituições privadas. Embora alguns programas tenham sido estabelecidos para melhorar o currículo médico em direção à APS e alcançar qualidade consistente entre os currículos, as lacunas na educação médica permanecem entre as faculdades de medicina e as disparidades geográficas no acesso ao treinamento médico persistem. As regiões Norte e Nordeste oferecem os menores níveis de vagas *per capita* de graduação em medicina do país. Por último, mas não menos importante, a especialidade de medicina familiar e comunitária é desvalorizada no Brasil, e a maioria dos médicos que atuam na APS no Brasil não possui qualificação de especialista.

5.3.1. O número de escolas médicas privadas cresceu exponencialmente no Brasil

No Brasil, a distribuição das escolas médicas é desigual em todo o país. Em 2020, a região Sudeste apresentava a maior distribuição de escolas médicas dentre todas as regiões (com 145 escolas médicas e 16.350 vagas) (Imagem 5.7). A mesma região concentra cerca de 45% de todas as vagas no Brasil, sendo apenas um quarto oferecido em instituições públicas. Na outra ponta da escala, a região Norte concentra 8% de todas as vagas no Brasil.

Imagem 5.7. Escolas médicas e cargos por regiões, 2020



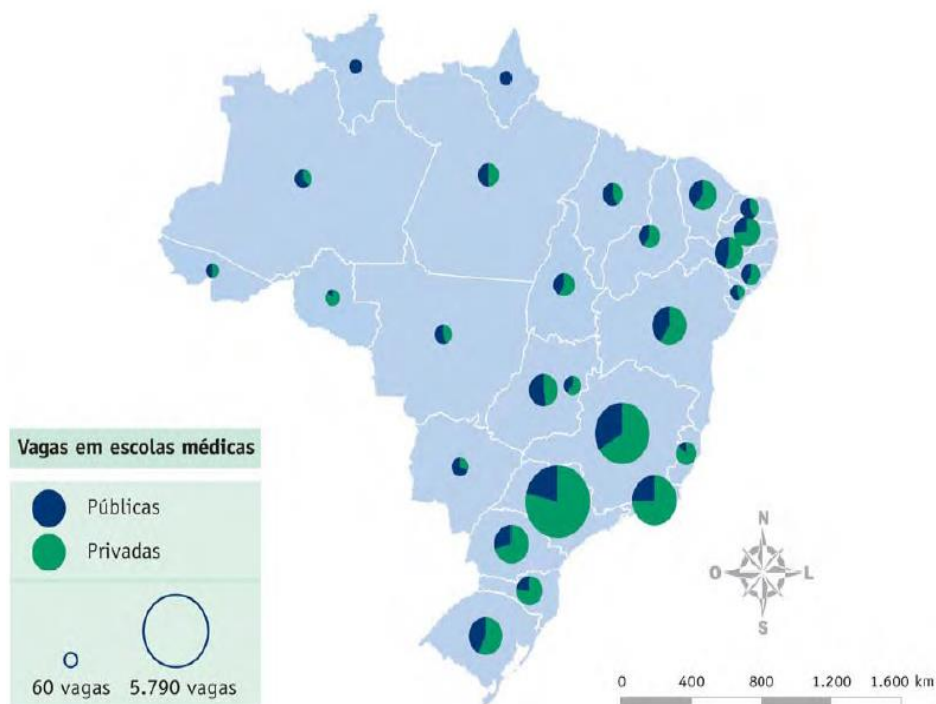
Fonte: Escolas Médicas do Brasil (2021_[14]), Escolas Médicas do Brasil, <https://www.escolasmedicas.com.br/index.php>.

Ao contrário de muitos países da OCDE, a educação médica no Brasil foi marcada pela privatização (Scheffer and Dal Poz, 2015_[15]; Scheffer et al., 2018_[1]). Além de ser maior, as escolas médicas privadas também oferecem mais vagas. Em 2020, havia 352 escolas médicas, oferecendo mais de 35 mil vagas de treinamento. Destas, 41% eram públicas e 59% privadas (Escolas Médicas do Brasil, 2021_[14]). As escolas médicas públicas são gratuitas, enquanto as mensalidades nas escolas médicas privadas variam de US \$ 700 a US \$ 2.500 (R\$ 3.600 a R\$ 13.000) por mês (Escolas Médicas do Brasil, 2021_[14]). O país tem cerca de 14 vagas em escolas de medicina por 100.000 habitantes.

Em todo o país, as vagas de treinamento públicas representam 35% do total de vagas de treinamento. No Sul, 33% das vagas de treinamento são públicas, enquanto no Nordeste 42% são públicas; no Norte 48% são públicas e no Centro-Oeste 53% são públicas. A Imagem 5.8 apresenta a distribuição das escolas médicas públicas e privadas por estados. No Estado de São Paulo - que concentra 20% das vagas de treinamento - apenas 21% são públicas. Na outra ponta da escala, os estados de Roraima e Amapá possuem apenas vagas médicas públicas.

As escolas médicas privadas visam a nichos de mercado e geralmente oferecem educação em áreas de conhecimento mais restritas e prestigiosas (Scheffer and Dal Poz, 2015_[15]; Scheffer et al., 2018_[1]). Tendo em vista que as escolas privadas de medicina cobram altas taxas de ingresso, o atual sistema de admissão fomenta a desigualdade de acesso aos cursos, favorecendo os alunos de maior nível socioeconômico que não desejam especificamente trabalhar na APS e no meio rural.

Imagem 5.8. Distribuição das escolas médicas públicas e privadas no Brasil, 2018



Fonte: Scheffer et al. (2018^[1]), Demografia Médica No Brasil 2018.

5.3.2. A educação médica no Brasil dura seis anos

O programa de graduação no Brasil é semelhante ao de muitos países da OCDE. Os médicos formados no Brasil seguem um programa de graduação com duração de seis anos. O currículo é dividido em três ciclos de dois anos (Conselho Federal de Medicina, 2020^[16]). Durante os dois primeiros anos, o *ciclo básico* ministra o ensino científico básico com atividades integradas nas várias especialidades médicas, permitindo a aplicação prática desses conteúdos. Os próximos dois anos chamam-se *ciclo clínico* com cursos continuados e experiência clínica em ambiente médico (geralmente em ambiente hospitalar). Nos últimos dois anos - *ciclo do internato*- centra-se na prática clínica, através de estágios em hospitais e clínicas de ensino. Durante o *ciclo do internato*, os médicos participam ativamente na prática médica sob a supervisão direta das escolas médicas. Existem quatro rotações clínicas de seis meses em medicina interna, cirurgia, pediatria / obstetrícia / ginecologia e saúde pública, das quais esta última inclui a exposição a APS. No Brasil, os pós-graduandos recebem o título de 'médico', o que permite o registro no *Conselho Regional de Medicina*.

Ao contrário de muitos outros países da OCDE (como Canadá, França ou Itália), não existe exame nacional para que o profissional seja colocado em um registro nacional e tenha permissão para praticar. Alguns estados avançaram na introdução do Exame em Medicina, para ser registrado e autorizado a exercer. Por exemplo, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo estabeleceu que os médicos que se formarem a partir de 2012 devem passar em teste para obter o registro profissional.

Após o licenciamento, o médico pode atuar como "generalista" ou escolher entre várias trajetórias profissionais dependendo do programa de pós-graduação que frequenta. A especialização pode durar de dois a cinco anos e ocorrer em uma faculdade de medicina. Existem dois tipos de programas de especialização. Em primeiro lugar, há o programa de acesso direto, onde qualquer graduado pode se inscrever para exames para essas especialidades, independentemente de treinamento ou experiência

prévia. Em segundo lugar, há o programa de pré-requisito, em que os médicos já devem ter concluído uma especialidade ou adquirido uma especialização.

Em fevereiro de 2019, o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica no Brasil reconhecem 54 programas de especialidades (Scheffer et al., 2018^[1]). Em 2018, do total de médicos, 169 479 (37,5%) eram generalistas sem formação na especialidade e 282 298 (62,5%) tinham formação na especialidade. Quatro treinamentos em especialidades concentravam 40% de todos os especialistas em 2018 (Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral e Ginecologia e Obstetrícia).

A especialidade da MFC não é reconhecida como área de conhecimento pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. No entanto, a especialidade de medicina geral comunitária foi oficialmente reconhecida em 1981 pela Comissão Nacional de Residência Médica (Giliate Cardoso Coelho, Valeska Holst and Aristides, 2019^[17]). Nessa época também foi criada a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMGC), seguida da criação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA) (Quadro 5.3). Desde 2001, a especialidade se chama Medicina de Família e Comunidade, com residência médica de 2 anos. Em 2018, havia mais de 100 programas de residência em MFC no país, com cerca de 1.600 vagas de treinamento a cada ano (representando 4,4% de todas as vagas de treinamento) (Scheffer et al., 2018^[1]). Embora em número reduzido, alguns programas de pós-graduação em Medicina Familiar e Comunitária são bem conhecidos no Brasil, como o Grupo Hospitalar Conceição (com 22 vagas de treinamento a cada ano), ou a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estado do Ceará (com mais de 50 posições de treinamento a cada ano) (Justino, Luzón Oliver and Palhano de Melo, 2016^[18]). A maioria das residências médicas, mestrados e doutorados na MFC estão localizadas nas regiões Sudeste e Sul (Fontenelle et al., 2020^[19]).

Embora o número de especialistas em MFC tenha aumentado ao longo do tempo, evidências recentes sugerem que MFC ainda é a última opção entre os médicos (Fontenelle et al., 2020^[19]). Conforme mencionado anteriormente, em 2018, apenas 5.486 médicos tinham formação na especialidade em MFC, representando apenas 1,4% de todos os especialistas no Brasil (Scheffer et al., 2018^[1]).

A maioria dos médicos que atuam na APS no Brasil não possui qualificação de especialista. Isso é diferente de muitos outros países da OCDE, onde os médicos são obrigados a terem treinamento especializado para que possam exercer a profissão de médico de APS. No Canadá, por exemplo, os médicos devem ter treinamento especializado adicional em medicina de família para trabalhar na APS (Ponka et al., 2019^[20]). No Reino Unido, a participação em curso de três anos é obrigatória para a prática da medicina de família. A Turquia introduziu o treinamento especializado em medicina de família como parte do *Programa de Transformação da Saúde* lançado em 2005. As reformas buscaram revigorar a especialidade da medicina de família, que foi definida pela primeira vez em 1983, mas não conseguiu se inserir amplamente na provisão de APS. As reformas definiram a equipe central de Medicina de Família como composta por um médico de família, enfermeiras e assistentes profissionais, aos quais foi atribuída uma lista de pacientes nomeados. Os médicos de família em toda a Turquia são obrigados a fornecer um conjunto definido de serviços, a trabalhar de acordo com um conjunto padrão de normas e são pagos de acordo com os termos e condições nacionais. Investimentos significativos foram feitos para melhorar as condições de trabalho, com salários mais generosos do que antes da reforma. Em 2018, os médicos generalistas / PHC da Turquia compreendiam 32% de todos os médicos, acima da média da OCDE de 23% (OCDE, 2019^[3]).

Quadro 5.3. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMGC) e Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA)

Fundada em 1981, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade tem como objetivo promover os princípios e valores da Medicina de Família e Comunidade como disciplina acadêmica, bem como promover o cuidado centrado no paciente na prática clínica e na educação médica.

- A Sociedade Brasileira de Medicina de Família está organizada em torno de três prioridades:
- Preparar futuros profissionais com base na abordagem centrada no paciente;
- Integrar estudantes de medicina aos serviços de saúde e conectá-los às reais necessidades da população;
- Capacitar professores, educadores e gestores para promover a incorporação acadêmica da especialidade;

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA), fundada em 1992, também organiza diversas atividades para divulgar o valor da medicina de família entre estudantes de medicina em congressos, encontros acadêmicos, seminários de medicina de família e encontros internacionais. Ela organiza o programa de Mini-Fellowship em Medicina de Família, onde os alunos experimentam a prática da medicina de família gerenciando pacientes sob a supervisão do corpo docente do SOBRAMFA e residentes em uma variedade de ambientes de prática. Por exemplo, o SOBRAMFA desenvolve diretrizes, promove pesquisas e oferece treinamento e educação médica continuada (como o Programa Milhas).

O estágio para estudantes de medicina na graduação e o programa de especialidade focam no acompanhamento de pacientes crônicos, prevenção da saúde e no tratamento de múltiplas comorbidades. Também se concentra em cuidados geriátricos (cuidados com os idosos que vivem em comunidades), cuidados paliativos (aprender a cuidar de pacientes sem possibilidade terapêutica, discutir a abordagem da morte, lidar com deficiências e tratamento de sintomas), compreender a trajetória do paciente, aprendizados de trabalho em equipe e melhora da comunicação, além de trabalhos em equipe de cuidados paliativos.

Fonte: Janaudis et al. (2009^[21]) Academic Family Medicine in Brazil; SBMFC (Janaudis et al., 2009^[21]; SBMFC, 2021^[22]).

Na área da enfermagem, o Brasil possui diversas graduações que vão desde bacharelado, mestrado até doutorado profissional (Cassiani and Silva, 2019^[6]; Neto et al., 2018^[23]). Relata-se que cerca de 50 mil enfermeiras são formadas a cada ano (Cassiani and Silva, 2019^[6]). Uma avaliação da formação em enfermagem observou que o treinamento possuía modelo muito focado no hospital, com muito pouca integração interdisciplinar (Magnago et al., 2017^[24]). Isso não é apropriado para o fortalecimento de uma APS que gire em torno das pessoas.

Os ACS são mais frequentemente selecionados pelos comitês de saúde locais e precisam ser alfabetizados. O treinamento de agentes comunitários de saúde é realizado em escolas regionais de saúde operadas pelo Ministério da Saúde nacional, usando currículo aprovado pelo Ministério da Educação (CHW Central, 2018^[25]). O currículo consiste em 8 semanas de treinamento de enfermeiras locais, seguido por 4 semanas de treinamento de campo supervisionado. Isso inclui treinamento sobre visitas domiciliares e sobre como conduzir um censo familiar, mas também sobre intervenções de saúde prioritárias específicas. Os ACS não são treinados para atenderem às necessidades de saúde, mas sim para reconhecerem as necessidades de saúde e encorajarem as comunidades a procurarem cuidados (CHW Central, 2018^[25]; Grossman-Kahn et al., 2018^[7]). Os ACS também recebem treinamento contínuo mensal e trimestral.

5.3.3. Ferramentas de avaliação nacional e acreditação voluntária facilitam avaliações da qualidade da educação médica no Brasil

Cada escola de medicina no Brasil decide seu próprio currículo e objetivos educacionais, e implementa suas próprias avaliações sumativas e formativas dos alunos com base em habilidades, aptidões e conteúdo curricular. Para promover mudanças no currículo médico em direção à APS, o Ministério da Educação implantou o Programa de Incentivo à Mudança Curricular nos Cursos de Medicina (Promed), o Programa Nacional de Reorientação da Educação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), e as Diretrizes para o Currículo da Formação Profissional em Saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina introduzidas em 2001, depois atualizadas em 2014 para apoiar o Programa Mais Médicos, pretendem garantir a homogeneidade entre as escolas médicas de todo o país (Ferreira et al., 2019^[26]).

As competências do currículo visam três eixos: atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde, com foco na saúde coletiva e na atenção integral. As diretrizes atualizadas visam afastar-se da prática hospitalar, aumentar a inclusão de atividades teóricas e práticas relacionadas à saúde coletiva e à APS e melhorar a captação de atividades relacionadas aos determinantes sociais da saúde. Os objetivos abrangentes incluem (1) promover o cuidado centrado no paciente, (2) confiar no trabalho de equipes multidisciplinares e (3) desenvolver plano terapêutico individual compartilhado com o paciente (Ferreira et al., 2019^[26]). Com esses programas, os alunos de graduação devem ser expostos a um currículo mais comunitário, embora seja difícil avaliar o impacto dessas iniciativas nas habilidades dos alunos (Scheffer and Dal Poz, 2015^[15]).

Ferramentas nacionais também foram criadas para avaliar as escolas médicas como resultado do forte aumento das mesmas a partir de 1990. O Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES, *Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior*) é responsável pelo sistema de avaliação para renovar, fiscalizar, credenciar e recredenciar escolas médicas (INEP, 2015^[27]). O sistema de avaliação consiste em três componentes principais:

- Avaliação institucional: realizada por autoavaliação e avaliação externa por avaliadores institucionais credenciados pelo INEP;
- Avaliação do curso e do currículo por professores, coordenadores, alunos e avaliadores externos;
- Avaliação dos alunos que entram e terminam o curso: por meio do Exame Nacional de Desempenho dos Alunos (ENADE, Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes), realizado por cada uma das escolas (Ministerio da Educação, 2021^[28]). O ENADE abrange sete áreas do conhecimento, incluindo medicina geral, pediatria, ginecologia e cirurgia obstétrica, saúde pública, ética médica e ciências básicas. Os resultados do teste são usados para identificar áreas de bom desempenho e pontos fracos em todas as escolas médicas. O ENADE dá indicação do desenvolvimento de competências e aptidões previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina.

O Sistema de Acreditação de Escolas Médicas (SAEM) também foi desenvolvido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2016 para reafirmar seu compromisso com os elevados padrões de qualidade da educação médica (SAEME, 2021^[29]). O credenciamento é voluntário e complementa o procedimento de avaliação governamental. O SAEM é baseado na OMS e na Diretriz da *World Federation for Medical Education* (WFME) para Acreditação de Educação Médica Básica. O processo de credenciamento consiste no preenchimento de questionário online abrangendo cinco padrões (Gestão Educacional, Programa Educacional, Corpo Acadêmico / Docente, Alunos e Recursos Educacionais), análise de dados por comitê de avaliação e visita ao curso de medicina de equipe composta por quatro avaliadores, sendo um deles um aluno. Após esse processo, a comissão avaliadora emite relatório à instituição de ensino com o resultado, que pode ser classificado em três categorias: Credenciado, Credenciado com recomendações de melhoria e Não Credenciado.

Ferramentas nacionais e acreditação voluntária que permitem avaliar a qualidade da educação médica são fundamentais para garantir a consistência nas habilidades e competências dos médicos em todo o país, mas também para garantir que a oferta das escolas médicas e suas atividades de pós-graduação reflitam as necessidades de saúde brasileiras em evolução. No entanto, o CFM observou recentemente que, apesar das iniciativas governamentais, ainda existem programas acadêmicos e ofertas de estágio inadequados, e que permanecem lacunas na educação médica entre as escolas de medicina (AML, 2019^[30]). Além disso, comparando o desempenho das escolas médicas públicas e privadas, (Scheffer and Dal Poz, 2015^[15]) constatou-se que as públicas apresentam desempenho consistentemente melhor do que os cursos privados de graduação em medicina no que se refere ao ENADE. Reforçar os mecanismos para garantir a alta qualidade da educação médica é, portanto, necessário no Brasil.

5.4. Melhorar a distribuição e disponibilidade de médicos da APS no Brasil

Para suprir a escassez de médicos da APS e sua distribuição geográfica desigual, o Brasil implementou vários programas federais, incluindo o Programa Mais Médicos. Esses esforços contribuíram para melhorias no acesso e na qualidade da formação médica no Brasil, mas as disparidades geográficas no acesso à formação em medicina persistem e as vagas não preenchidas na APS continuam sendo a norma.

Existem três alavancas políticas principais para ajudar a resolver a escassez de médicos e melhorar sua distribuição:

- Formação de mais médicos rurais;
- Fornecer incentivos financeiros e não financeiros, ao mesmo tempo que implementa regulamentos para restringir a liberdade dos médicos (implementando uma abordagem de incentivos e sanções”);
- Promover inovações na prestação de serviços de saúde, por meio da transferência de tarefas e do uso da telemedicina.

Eles não são mutuamente exclusivos e podem não oferecer a panaceia quando implementados isoladamente. De acordo com (OCDE, 2016^[31]), essas alavancas de política podem ter impacto maior se forem usadas de forma conjunta.

5.4.1. Programas de APS em larga escala para lidar com a má distribuição de médicos de APS

O Programa Mais Médicos abordou parcialmente os desequilíbrios na distribuição dos profissionais de saúde

Estabelecido em 2013, o Programa Mais Médicos (PMM) é uma intervenção em larga escala do sistema de saúde que visa fortalecer a prestação de serviços de APS em comunidades carentes, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ver Capítulo 2). O PMM foi elaborado pelo Ministério da Saúde como uma intervenção do lado da oferta com três pontas que se complementam, com ênfase particular no fortalecimento da oferta de APS em comunidades carentes:

- Transferência de fundos aos municípios para fortalecer a infraestrutura da APS;
- Melhora no acesso e na qualidade do treinamento nas escolas de medicina; e
- Recrutamento de médicos brasileiros e estrangeiros para atuar nas equipes da ESF.

No início, os dois primeiros componentes foram concebidos como investimentos de longo prazo na organização geral da Estratégia Saúde da Família. De forma ampla, o primeiro componente visava a melhorar a disponibilidade e a qualidade dos ambientes de trabalho em que as eSFs atendem (Santos

et al., 2017^[32]). O segundo componente se concentrou em melhorar o acesso e a qualidade do treinamento médico, particularmente em comunidades que estavam atrasadas em atrair e reter profissionais de saúde (Figueiredo et al., 2021^[33]). Em comparação, o terceiro componente foi inicialmente concebido como provisão de emergência para preencher as lacunas imediatas na disponibilidade de médicos da APS por meio da iniciativa de recrutamento de médicos em larga escala, especialmente direcionada a municípios que tinham dificuldade em recrutar e reter médicos (Santos et al., 2017^[32]).

O PMM veio nos calcanhares de iniciativas anteriores, de âmbito nacional, que tentaram resolver os desequilíbrios na distribuição dos profissionais de saúde. Antes do PMM, o Brasil introduziu vários programas para melhorar o acesso à formação médica em comunidades carentes, incluindo o *Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde* de 2001 e o *Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção – PROVAB* (Figueiredo et al., 2021^[33]). Embora essas iniciativas não tenham eliminado as causas subjacentes dos desequilíbrios geográficos na distribuição dos profissionais de saúde, elas forneceram experiências valiosas e o *know-how* que informaram a concepção e implementação do PMM.

O novo fluxo de financiamento levou à expansão louvável da infraestrutura da Estratégia de Saúde da Família

O primeiro componente envolveu a criação de novo fluxo de financiamento para fortalecer a infraestrutura física da Estratégia Saúde da Família. Os municípios poderiam usar o financiamento do PMM alocado para aumentar a disponibilidade e a qualidade da infraestrutura existente da Estratégia de Saúde da Família local. Para receber financiamento, cada município foi obrigado a apresentar candidatura ao MS para revisão. Após a aprovação de seu pedido, os municípios podem optar por reformar as clínicas de APS existentes e comprar equipamentos básicos (por exemplo, autoclaves) ou construir novas instalações (Santos et al., 2017^[32]).

Existem relativamente poucas evidências sobre o impacto desse componente na prestação de serviços de APS. Estudos mais recentes confirmam que o PMM canalizou recursos adicionais com sucesso para fortalecer a infraestrutura da APS, com os recursos do PMM levando à construção de 3.496 novas unidades básicas de saúde e reforma de 3.417 unidades até 2015 (Santos et al., 2017^[32]). De acordo com Biernath (2020^[34]), mais de 26.000 instalações de APS foram construídas ou reformadas em todo o Brasil após a implantação do PMM (Biernath, 2020^[34]). A administração desse componente foi recentemente interrompida após o congelamento do financiamento federal (Hone et al., 2020^[35]).

O PMM contribuiu para melhorias no acesso e na qualidade da formação médica no Brasil, mas as disparidades geográficas persistem

Apesar das tentativas anteriores de melhorar o acesso equitativo ao treinamento médico, a distribuição geográfica das escolas médicas anteriores ao PMM foi marcada por disparidades notáveis. Por exemplo, em 2013, quase 41% de todas as escolas médicas estavam localizadas na região Sudeste, em comparação com apenas 8,2% no Norte e 9,3% no Centro-Oeste (Santos et al., 2017^[32]). Para agravar esse desafio, o currículo de graduação em medicina não enfatizava adequadamente as diversas necessidades de saúde da população brasileira (por exemplo, grupos populacionais residentes em áreas rurais e remotas) e as competências da APS em linha com as prioridades do SUS (Carvalho, Marques and Silva, 2016^[36]).

Reconhecendo tal conjuntura, o segundo componente consistia em conjunto de iniciativas que visam a melhorar o acesso e a qualidade da educação médica, com ênfase explícita no alívio das disparidades geográficas na formação médica. O PMM introduziu várias mudanças na educação médica ao mesmo tempo. Primeiro, o componente de educação do PMM envolvia o desenvolvimento de novas estruturas para regular a localização de novas escolas médicas públicas e privadas. Em seguida, o PMM visava a ampliar o número de vagas em instituições de graduação em medicina, adicionando cerca de 11.500 novas vagas até 2017 (Santos et al., 2017^[32]). Por fim, o Programa propiciou a atualização do currículo

nacional de graduação para a formação médica com maior ênfase na oferta da APS em consonância com as prioridades do SUS.

As primeiras evidências sugerem que o PMM pode ter contribuído para melhorias no acesso ao treinamento médico. A avaliação do impacto do PMM na educação médica no Brasil é complicada pelo tempo necessário antes que os impactos potenciais no desempenho do sistema de saúde possam se tornar perceptíveis. Dados obtidos do Censo da Educação Superior sugerem que o PMM atingiu seu objetivo de médio prazo de ampliar o número de novas vagas até 2017. Estima-se que 92% das novas vagas de graduação em medicina criadas entre 2010 e 2018 ocorreram após o lançamento do PMM em 2013 (Figueiredo et al., 2021^[33]).

Apesar dessas melhorias, as disparidades geográficas no acesso à formação médica persistem. Hoje, as regiões Norte e Nordeste continuam oferecendo os menores níveis de vagas *per capita* de graduação em medicina do país (Figueiredo et al., 2021^[33]).

O recrutamento de médicos da APS contribuiu para melhorar o desempenho do sistema de saúde, mas os desafios na implementação do PMM diluíram os impactos benéficos

O terceiro componente envolve a implantação de um dos maiores programas de recrutamento de médicos da APS do mundo. Em seu auge, o PMM recrutou mais de 16 mil médicos, tanto do Brasil quanto do exterior, para trabalharem exclusivamente na ESF. A maioria dos médicos PMM eram recrutas de 85 países, principalmente de Cuba (Santos et al., 2017^[32]). Todos os recrutas PMM foram selecionados dentre médicos com experiência anterior na prática de medicina de família, mas sem necessidade de revalidação.

Todos os municípios brasileiros estão habilitados a solicitar médicos do PMM. Para receber médicos do PMM, os municípios são obrigados a enviar inscrição online ao Ministério da Saúde para análise e aprovação. Caberá ao Ministério da Saúde decidir sobre o número de médicos PMM que serão destacados no município candidato. Para informar as decisões sobre a alocação de médicos do PMM, o Ministério da Saúde desenvolveu conjunto de critérios com o objetivo de identificar comunidades carentes em todo o Brasil em congruência com as metas e objetivos do Programa (Quadro 5.4).

Os acordos de contratação de provedores para médicos PMM diferem dos contratos normalmente usados pelos municípios para contratar médicos não-PMM. Em geral, os médicos da APS são contratados diretamente pelas prefeituras municipais, com pouca padronização dos termos contratuais entre médicos ou municípios. Já os médicos do PMM são contratados diretamente pelo Ministério da Saúde por meio de contratos renováveis a cada três anos. Os governos municipais são responsáveis por cobrir os custos de transporte, hospedagem e alimentação. Essa estrutura de contratação foi incorporada ao PMM para reduzir potenciais barreiras financeiras que poderiam desincentivar os municípios em aderir ao Programa. É importante ressaltar que os municípios não estão autorizados a substituir médicos brasileiros que já atuam na ESF em suas comunidades por médicos PMM. No entanto, nenhum mecanismo foi implementado para monitorar qualquer substituição médica em potencial.

Os médicos do PMM não são obrigados a prestar o exame de competência nacional exigido para outros médicos exercerem a medicina no Brasil. Em vez disso, os médicos do PMM são obrigados a concluir um curso de treinamento obrigatório de três semanas fornecido pelas autoridades de saúde brasileiras antes de poderem ser designados para os municípios. Além disso, todos os médicos do PMM são obrigados a participar de breves sessões de treinamento organizadas pelas autoridades brasileiras em intervalos regulares. Cursos de aprendizagem online também estão disponíveis para os médicos do PMM. Uma vez implantados nos municípios, os médicos do PMM são designados a conselheiros, que são selecionados entre experientes profissionais de saúde brasileiros.

Até o momento, o PMM tem sido associado a melhorias na disponibilidade de médicos, embora haja evidências de substituição de médicos brasileiros por recrutas de PMM. Hone e colegas (2020^[35])

sugeriram que o PMM estava associado ao aumento de 12.2% no número de médicos da APS em seu quinto ano de implementação, com efeitos mais pronunciados entre os municípios que tinham níveis mais baixos de disponibilidade de médicos no início do programa (Hone et al., 2020^[35]). Apesar disso, as evidências sugerem que o PMM também teve consequências não intencionais nos recursos humanos para a saúde, com o PMM levando à substituição de médicos brasileiros que já trabalhavam nas comunidades. Em sua análise, Hone e colegas quantificaram que, na ausência de qualquer substituição de médicos brasileiros por recrutados PMM, o mesmo poderia ter levado ao aumento de 30% na disponibilidade de médicos da APS, mais do que o dobro das melhorias atuais na disponibilidade de médicos (Hone et al., 2020^[35]). Isso apesar da previsão do PMM que proibia explicitamente qualquer substituição de médicos brasileiros por médicos de PMM.

O impacto do PMM na mortalidade de adultos e crianças permanece misto. Hone e colegas descobriram que o PMM estava associado à redução modesta de 1,4% na mortalidade de adultos por causas suscetíveis de tratamento médico (Hone et al., 2020^[35]). Estudos anteriores sugeriram que o PMM não conseguiu reduzir a mortalidade materna e infantil (Carrillo and Feres, 2019^[37]; Mattos and Mazetto, 2019^[38]), apesar de aumento atribuível no número de consultas de eSF atendidas por médicos (Mattos e Mazetto, 2019^[40]). Uma possível explicação se refere aos gargalos significativos no acesso à atenção secundária e terciária, sugerindo que maiores avanços na saúde materno-infantil podem exigir melhorias adicionais na coordenação da atenção entre os diferentes níveis de atenção (Grupo de estudos da Rede Brasileira de Vigilância de Morbidade Maternal Grave, 2014^[39]).

A maioria das evidências sugere que o PMM levou a melhorias no acesso aos cuidados. Um estudo que avaliou o impacto do PMM nos dois primeiros anos constatou que o Programa estava associado a aumentos de agendamentos, consultas, encaminhamentos médicos e visitas domiciliares em 5,9%, 9,4%, 12,3% e 29,7%, respectivamente (Mattos and Mazetto, 2019^[38]). Esse estudo também descobriu que o PMM levou à redução de 4,6% nas hospitalizações gerais. Da mesma forma, o PMM demonstrou melhorar a satisfação do paciente (Comes et al., 2016^[40]).

O PMM também tem sido associado a melhorias na qualidade do atendimento, a qual é medida pela redução nas hospitalizações consideradas evitáveis por meio do acesso oportuno e adequado aos serviços de saúde. Avaliações anteriores concluíram que o PMM resultou numa diminuição de cerca de 23.000 hospitalizações por causas evitáveis nos primeiros três anos, correspondendo a cerca de 6.185.019,85 USD em poupanças de custos de tratamento (Fontes, Conceição and Jacinto, 2018^[41]). Foi demonstrado que os impactos benéficos do PMM se acumulam e crescem com o tempo. O PMM levou a reduções nas hospitalizações de adultos, principalmente por gastroenterite infecciosa, pneumonias bacterianas, asma, infecções renais e urinárias e doença inflamatória pélvica (Maffioli et al., 2019^[42]), embora não tenha reduzido as hospitalizações devido a outras condições evitáveis como hipertensão (Özçelik et al., 2020^[43]).

As evidências sobre as contribuições do PMM para o estreitamento das disparidades geográficas na saúde da população permanecem confusas, sugerindo que melhorias adicionais nos métodos de focalização na comunidade podem ser necessárias para colher os benefícios potenciais. Hone e colegas (2020^[35]) concluíram que o PMM ficou aquém de produzir maiores ganhos de saúde em municípios prioritários. Em concordância, outro estudo recente também mostrou que não houve diferenças discerníveis nas hospitalizações devido à hipertensão entre municípios urbanos e rurais, conforme definido pelo Programa (Özçelik et al., 2020^[43]). Esse estudo também mostrou que o PMM esteve associado à redução das internações por doenças cerebrovasculares apenas em municípios urbanos. Ambos os estudos sugeriram que melhorias adicionais nos métodos de direcionamento da comunidade usados pelo PMM podem ser consideradas para maximizar os benefícios potenciais do Programa.

Quadro 5.4. Definição de municípios mal atendidos dentro da estrutura do PMM

O MS classifica os municípios com base em conjunto de critérios definidos explicitamente para informar a distribuição de médicos PMM (Hone et al., 2020^[35]). Os critérios usados para o PMM são semelhantes aos usados no PROVAB, com as duas iniciativas compartilhando fontes de dados semelhantes e prontamente disponíveis no nível da comunidade (por exemplo, nível municipal ou faixas de censo dentro dos municípios). Nos primeiros cinco anos do PMM, o Ministério da Saúde revisou os critérios de priorização duas vezes, mas, a cada iteração, os critérios selecionados visavam a captar os determinantes socioeconômicos, geográficos e relacionados aos sistemas de saúde que pudessem revelar as necessidades locais de cada comunidade. Essas iniciativas incluem: a proporção da população que vive em pobreza extrema, tamanho da população, infraestrutura de APS e oferta de profissionais de saúde, bem como a localização geográfica (Özçelik et al., 2021^[44]).

Uma fração substancial dos municípios brasileiros se inscreveu no PMM em um período de tempo relativamente curto, mas a implementação do Programa não ocorreu sem desafios. A proporção de municípios que receberam pelo menos um médico PMM aumentou de cerca de 20% em 2013 para 69% em 2017 (Özçelik et al., 2021^[44]). Com o tempo, a participação aumentou entre os municípios considerados prioritários para os fins do PMM. Em 2017, cerca de 76% dos municípios prioritários tinham pelo menos um médico PMM. Os municípios prioritários que não se inscreveram no PMM apresentaram menor densidade populacional e maiores taxas de pobreza extrema em comparação com os municípios prioritários que participaram do PMM. É importante ressaltar que esse achado está em congruência com evidências anteriores sugerindo que comunidades menos densamente povoadas com níveis mais altos de pobreza também ficaram para trás na expansão da Estratégia de Saúde da Família antes do PMM (Andrade et al., 2018^[45]).

Pode ser necessário melhorar os métodos de direcionamento da comunidade utilizados pelo PMM para maximizar os benefícios potenciais do Programa. Conforme experimentado por outros países da OCDE (Estados Unidos, Austrália e Canadá), o método de focalização na comunidade tem grandes implicações para o planejamento de recursos humanos, e isso pode não ser suficientemente reconhecido no Brasil. Na Austrália, por exemplo, comunidades com escassez de médicos são designadas como “Áreas Prioritárias de Distribuição” (em inglês, *Distribution Priority Areas*, ou DPA) com base em seu status demográfico, socioeconômico, tamanho da população e medidas de distância geográfica. Os médicos de clínica geral formados no estrangeiro têm de trabalhar pelo menos 10 anos em comunidades com a designação DPA. No Canadá, os critérios usados para definir comunidades carentes de serviços consideram as relações entre médicos e população, status demográfico e socioeconômico e acessibilidade geográfica. Nos Estados Unidos, a designação da área de escassez de profissionais de saúde é determinada com base em pontuação composta, calculada a partir da combinação da densidade de prestadores de serviços de saúde, nível de pobreza, taxa de mortalidade infantil e a estrutura de idade de cada comunidade.

Fonte: Özçelik et al. (2021^[44]), Assessing the performance of beneficiary targeting in Brazil's More Doctors Programme, <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa137>; Andrade et al. (2018^[45]), Transition to universal primary health care coverage in Brazil, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201723>; Hone et al. (2020^[35]), Impact of the Programa Mais Médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5 565 Brazilian municipalities, <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05716-2>. E informações retiradas de Canadá (Ministry of Health, 2018^[46]), Austrália (Government, 2021^[47]) e os Estados Unidos (HRSA, 2021^[48]).

O novo programa Médicos pelo Brasil substituirá gradativamente o PMM

Um novo programa denominado Médicos pelo Brasil (Médicos pelo Brasil, lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019) foi iniciado pela nova administração do governo federal. Ele tem por objetivo aumentar a

prestação de serviços médicos em locais de difícil acesso ou de elevada vulnerabilidade, bem como promover a formação de médicos especializados em medicina de família e comunitária.

Espera-se que o programa *Médicos pelo Brasil* substitua gradativamente o programa *Mais Médicos*, em particular com a contratação de médicos brasileiros treinados que já se mostraram escassos ou que não queiram ir para áreas isoladas ou carentes.

Médicos pelo Brasil e *Mais Médicos* vão atuar paralelamente para garantir a continuidade da oferta de serviços de saúde. Esse tipo de mudanças representa desafio de governança para o sistema de saúde brasileiro, que deve desenvolver visão estratégica para preservar e alterar políticas ou programas que demonstrem melhorar seus resultados. O PMM deve informar a concepção e implementação do programa *Médicos pelo Brasil*.

Com base em critérios de priorização, o novo programa ampliará o número de médicos da APS para 7.500 nas áreas mais carentes do país, sendo 60% dos profissionais contratados nas regiões Norte e Nordeste. No total, a previsão é de que 4.823 municípios façam parte do programa. Para maximizar os benefícios potenciais do novo programa, será fundamental tornar os critérios de priorização claros e transparentes.

O programa *Médicos pelo Brasil* tem foco mais forte na qualidade do que o PMM, e passos positivos foram dados até agora:

- As licenças médicas devem ser reconhecidas para todos os médicos que se inscrevem no programa, seja por meio do processo de inscrição para estudantes brasileiros ou do processo de revalidação para médicos formados no exterior. O processo de reconhecimento é de responsabilidade do Conselho Médico e dos Conselhos Regionais de Medicina.
- O Programa *Médicos pelo Brasil* oferece 2 anos de especialização em Medicina de Família e Comunidade para que todos os médicos contratados se tornem especialistas em APS. No final da formação, os especialistas em APS deverão apresentar Trabalho de Conclusão de Curso, uma análise das necessidades de saúde locais da área de abrangência onde os médicos atuam para que estratégias de melhoria e avaliação sejam implementadas.
- Os médicos da APS devem permanecer nas Unidades de Saúde da Família onde realizaram o treinamento da especialidade e recebem bolsa-formação de 2 anos, que varia de acordo com o grau de vulnerabilidade dos municípios. A bolsa é de R\$ 12.000 líquidos mensais, e um bônus adicional de R\$ 3.000 para localidades remotas (aquelas classificadas como rurais e intermediárias) ou um adicional de R\$ 6.000 para distritos indígenas, bem como localidades ribeirinhas e fluviais. Uma vez habilitados como especialistas em Medicina de Família e Comunidade, são contratados ao abrigo da Consolidação da Lei do Trabalho (CLT), que pressupõe melhores condições de trabalho e segurança no trabalho face ao programa *Mais Médicos*.

No que diz respeito ao programa de tutoria, apenas podem ser selecionados especialistas em medicina familiar e comunitária ou em medicina interna. Os tutores também são contratados pela CLT. Eles ficarão responsáveis pelo atendimento à população cadastrada na ESF e pela supervisão dos demais médicos que estejam cursando o estágio de especialização. São quatro escalas salariais, com progressão a cada três anos: O primeiro nível salarial pode chegar a R\$ 21 mil e, gradativamente, a R\$ 31 mil, considerando bônus por desempenho e bolsas adicionais em função do nível de vulnerabilidade.

Todas essas mudanças são promissoras, representando melhorias em relação ao Programa *Mais Médicos* e oportunidades reais de aumentar a atratividade da especialidade da APS (Tabela 5.1). É necessário pensamento estratégico para os métodos de focalização da comunidade a fim de garantir que os municípios elegíveis sejam efetivamente inscritos no novo programa.

Tabela 5.1. O programa Médicos pelo Brasil tem maior foco na qualidade

Mais Medico	Médicos pelo brasil
Bolsa de estudo sem vínculo empregatício e por tempo determinado	Contratação pela CLT com direito a férias do FGTS
Não requer nenhum diploma brasileiro ou revalidação	Requisito de ter uma licença brasileira reconhecida ou para realizar a revalidação de diploma estrangeiro
Nenhum requisito para ter diploma de especialização formal em APS	Requisito para aprovação no treinamento da especialidade em Medicina de Família e Comunidade.
Médicos estrangeiros não podem trazer família para morar no Brasil	Médicos estrangeiros estão autorizados a trazer a família para morar no Brasil

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil

As próximas duas seções apresentam respostas de políticas que podem ajudar a combater a distribuição desigual de médicos de APS no Brasil.

5.4.2. A alteração dos regulamentos pode ajudar a resolver a falta de médicos em algumas áreas remotas

Treinando mais médicos rurais para aumentar seus números

Como o PMM, o novo programa *Médicos pelo Brasil* estabelece objetivos muito promissores para melhorar a oferta e a distribuição de médicos de APS em todo o país. Como parte do novo programa, será importante treinar médicos de APS rurais para melhorar a retenção a longo prazo. Extensas evidências internacionais mostram que o estabelecimento da educação médica em zonas rurais leva a aumentos no número de graduados em medicina que trabalharão nessas áreas no longo prazo (McGirr, Barnard and Cheek, 2019^[49]). Congruentemente, experiências de países da OCDE também destacam a importância de ter os estudos médicos para profissionais de APS localizados em regiões locais, de modo que os alunos estejam próximos de suas residências e sejam incentivados a permanecer após concluírem com sucesso seu treinamento (OCDE, 2016^[31]).

Experiências anteriores de países da OCDE, como Austrália, Canadá, Inglaterra ou Noruega, oferecem muitas oportunidades para o Brasil. Por exemplo, na Austrália, o Programa Escola Clínica Rural (RCS) foi lançado em 2000 para permitir que os alunos realizassem seu treinamento em áreas rurais. O Programa RCS apoia 18 escolas clínicas rurais, onde é exigido que 25% dos alunos matriculados no curso de medicina tenham background rural (McGirr, Barnard and Cheek, 2019^[49]). Avaliações recentes mostraram que o Programa RCS foi eficaz em aumentar o recrutamento e a retenção de médicos em áreas rurais a longo prazo (McGirr, Barnard and Cheek, 2019^[49]). Os resultados mostram que os alunos que participaram do Programa RCS tiveram 1,5 vezes mais probabilidade de continuar praticando medicina em localidades regionais e rurais 5 anos após se formarem na escola de medicina (Quadro 5.5). Outros países da OCDE estabeleceram programas médicos em localidades rurais, como o Canadá com a Escola de Medicina do Norte de Ontário, a Inglaterra com a escola de medicina Exeter e Plymouth, ou a Noruega com a escola de medicina de Tromsø.

Quadro 5.5. O Programa de Escola Clínica Rural na Austrália

O Programa de Escolas Clínicas Rurais (RCS) foi lançado em 2000 para permitir que estudantes de medicina realizassem a maior parte de seu treinamento clínico em áreas regionais.

O RCS visa a fornecer componentes significativos do currículo médico em ambiente rural, com os alunos realizando um ano ou mais de seu treinamento médico em local rural. Isso envolve os seguintes alvos (McGirr, Barnard and Cheek, 2019^[49]):

- 25% de todos os estudantes de medicina têm pelo menos 1 ano de treinamento clínico rural até a graduação
- 25% dos estudantes de medicina apoiados pelo governo são recrutados de zona rural
- Todos os estudantes de medicina apoiados pelo governo devem ter pelo menos 4 semanas de colocação rural.

O programa está estruturado em torno de quatro objetivos gerais (Australian Department of Health, 2008^[50]):

- Incentivo para que estudantes de medicina (e profissionais médicos) sigam carreira na prática rural
- Incentivo para que os profissionais de saúde rurais assumam cargos acadêmicos
- Melhorar a gama de serviços de saúde rural em comunidades rurais em toda a Austrália
- Fortalecer a força de trabalho de saúde em comunidades rurais em toda a Austrália.

Em 2018, havia atualmente 18 RCSs na Austrália (McGirr, Barnard and Cheek, 2019^[49]). O Programa de Escolas Clínicas Rurais permitiu desenvolver instalações de ensino e aprendizagem e acomodação de estudantes em dezenas de locais rurais e regionais pelo país. Há evidências positivas mostrando que o programa RCS melhora a retenção e o recrutamento, mas também melhora a gama de qualidade dos serviços de saúde na área rural. A este respeito, especialidades particulares que não estavam disponíveis na comunidade tornaram-se disponíveis devido a uma nomeação com sucesso pelo programa.

Fonte: McGirr, Barnard and Cheek (2019^[49]), The Australian Rural Clinical School (RCS) programme supports rural medical workforce, <https://doi.org/10.22605/RRH4971>; Australian Department of Health (Australian Department of Health, 2008^[50]), Rural Clinical Schools Programme.

Implementando a abordagem de incentivos e sanções

De qualquer forma, é importante implementar a abordagem de incentivos e sanções para atrair e reter médicos da APS nas áreas rurais. Esta abordagem consiste em combinar incentivos financeiros e não financeiros para médicos através de regulamentos que restringem a liberdade dos médicos.

Oferecer incentivos financeiros para compensar algumas das desvantagens em regiões menos atraentes é uma opção de política pública importante já implementada em muitos outros países da OCDE, como Chile, Alemanha, Canadá ou França. Esses incentivos financeiros compensam as horas de trabalho mais longas, “ambiente de negócios” menos vantajoso para médicos em áreas carentes. Eles podem ser incentivos financeiros pontuais ou relacionados a salários que são diretamente direcionados aos médicos da APS:

- Primeiro, existem **pagamentos não relacionados a salários**, que são usados para encorajar os médicos a se mudarem ou permanecerem em áreas carentes. É um pagamento único para ajudar a facilitar a escolha do local e que pode ser vinculado à obrigação de devolução do serviço. Essas

políticas existem em algumas províncias canadenses. Em Ontário, a Northern and Rural Recruitment and Retention Initiative oferece subsídios entre CAD 80.000 e CAD 117.600 para uma prática em uma área rural paga durante o período de quatro anos (Ontario Ministry of Health, 2021^[51]). O candidato deve se comprometer a estabelecer prática de tempo integral em uma comunidade no Norte e áreas muito rurais, e na qual nunca tenha praticado em tempo integral. Quanto mais alto for o índice rural (quanto mais Norte e rural for a área), maior será o valor da subvenção disponível. Para incentivar o recrutamento e a retenção, a proporção do subsídio pago será maior no ano 1 e no ano 4. O cronograma de pagamento é o seguinte: Ano 1: 40%, ano 2: 15%, ano 3: 15%, ano 4: 30%. A província de New Brunswick também oferece incentivos de recrutamento para residentes médicos e médicos de família recém-recrutados que procuram estabelecer prática baseada na comunidade em tempo integral em campos designados. *Family Medicine New Brunswick* é novo programa que visa a melhorar o acesso do paciente, aumentar a colaboração entre médicos que usam tecnologia e criar melhor equilíbrio entre vida profissional e familiar para os médicos. No primeiro ano, um novo médico que ingressar no programa receberá remuneração mínima garantida de CAD 175.000 (New Brunswick Canada, 2021^[52]). Políticas semelhantes existem na Alemanha, onde os estados (*Länder*) oferecem incentivos financeiros para os médicos de família que abrem sua prática pela primeira vez. Em alguns estados, o pagamento único vem com a obrigação de retorno do serviço de cinco a dez anos (OCDE, 2016^[31]).

- Em segundo lugar, existem **incentivos financeiros relacionados a salários**, em que médicos em áreas carentes recebem incentivos financeiros vinculados à renda. Esses pagamentos visam a compensar os médicos de família rurais por um número menor de pacientes, horas de trabalho mais longas ou condições de trabalho desafiadoras. Na província canadense de Ontário, a *Northern Physician Retention Initiative* permite que o médico elegível (clínico geral e especialistas) no norte de Ontário receba o equivalente a CAD 7.267,46 de incentivo de retenção pago no final de cada ano fiscal em que eles continuam a praticar a tempo integral no norte de Ontário (Ontario Ministry of Health, 2021^[53]). Na França, o *Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins* oferece pagamento único entre 31.250 e 50.000 euros para ajudar os médicos a estabelecerem sua prática numa região desfavorecida. O cronograma de pagamento é de 50% na assinatura do CAIM e 50% um ano depois (Assurance Maladie, 2020^[54]).
- Terceiro, os países podem **combinar incentivos financeiros e não financeiros** para atrair e reter médicos em comunidades carentes. Por exemplo, o Chile oferece um exemplo promissor, onde vários incentivos são combinados para atrair médicos para trabalhar em hospitais de APS rurais e centros de saúde pelo período mínimo de três anos a um máximo de 6 anos (Pena et al., 2010^[55]). O programa, denominado Programa do Praticante Rural Chileno, envolve 1) compensação monetária (incentivos financeiros diretos e indiretos, como compensação adicional dependendo do nível de isolamento, bônus por desempenho, custos de instalação e transporte), 2) incentivos à educação (estágio de quatro semanas com médicos), 3) intervenções de gestão, meio ambiente e apoio social (educação médica contínua paga, dias adicionais por motivos pessoais e semana de folga adicional) e 4) incentivos externos (melhor equipamento, melhor conectividade e acesso à Internet e ao telefone celular) (Pena et al., 2010^[55]). O programa foi considerado bem-sucedido: o número de candidatos excedeu o número de vagas disponíveis, altas taxas de retenção e altas taxas de satisfação dos candidatos (Pena et al., 2010^[55]). Embora a evasão do programa seja excepcional, cerca de 60% dos participantes permanecem pelo período máximo (6 anos).

Como parte do programa *Médicos pelo Brasil*, médicos em áreas carentes receberão incentivos financeiros de R\$ 3.000 quando atuam em áreas “rurais e intermediárias” e de R\$ 6.000 quando atuam em distritos indígenas, ribeirinhos e fluviais. Como feito em outros países da OCDE, pode ser importante vincular incentivos financeiros ao retorno da obrigação de serviço entre 2 e 4 anos. Combinar incentivos financeiros e não financeiros e implementar alguns regulamentos para restringir a liberdade dos médicos,

conforme experimentado pelos países da OCDE, também pode ser boa solução para recrutar e reter médicos em áreas carentes. O governo federal também precisará garantir que os diversos tipos de incentivos financeiros sejam recebidos diretamente pelos médicos, e não distribuídos a critério dos municípios.

Restringindo a escolha do local

A última opção para corrigir o desequilíbrio geográfico dos médicos seria restringir a escolha do local de prática dos médicos da APS. O Brasil poderia, por exemplo, aprender com a Turquia, Alemanha, Noruega ou algumas províncias do Canadá (New Brunswick, Quebec), onde as intervenções para restringir a escolha do local de novos médicos foram estabelecidas. De qualquer forma, essa abordagem regulatória requer planejamento cuidadoso e coerente da força de trabalho.

Na Alemanha, os médicos autônomos não têm permissão para estabelecer sua prática e atender pacientes públicos em uma área de captação que é considerada de sobreoferta com base na proporção de pacientes para médicos. Os médicos precisam obter autorização de prática para serem reembolsados pelo seguro de saúde legal (KBV, 2021^[56]). O número dessas autorizações é controlado pela *National Association of Statutory Health Insurance Physicians*, por meio de suas 17 associações estaduais. É exigido pelo governo para garantir a cobertura de serviços médicos da população com base em cota acordada dentro da autoadministração do sistema de saúde alemão. A cobertura do serviço é medida com base na proporção entre médicos e habitantes em cada uma das 395 regiões de planejamento. Para os médicos de família, 100% de cobertura é alcançada quando a proporção de médicos para habitante atinge 1: 1.617. Se a cobertura de uma região exceder 110%, nenhuma outra licença será emitida (OCDE, 2016^[31]). No Canadá, na província de Alberta, o Projeto de Lei 21 propôs que, após abril de 2022, os novos médicos da província seriam obrigados a obter licenças de prática do governo após a conclusão do treinamento de residência. Essas autorizações restringirão os novos médicos a trabalhar apenas em certas regiões. A Turquia restringe a escolha do local de serviço para novos médicos graduados que desejam trabalhar no setor público. Os recém-formados em faculdades de medicina são obrigados a trabalhar para os estados pelo período de 300 a 500 dias após a formatura. Após esse período de serviço, no entanto, os médicos querem garantir emprego nas áreas urbanas (Phcpi, 2018^[57]).

Essas abordagens regulatórias podem ser controversas com temores de associações profissionais de que designar onde os médicos devem trabalhar impede o recrutamento. Nesse caso, é importante oferecer forte compensação financeira aos médicos.

5.4.3. Mudar a prestação de serviços reduz as desigualdades geográficas no acesso aos cuidados

Existem várias intervenções do lado da oferta para promover o uso de prestação de serviços de saúde inovadores para fornecer nível adequado de acesso à APS em áreas com menos médicos (por exemplo, através de telemedicina ou telessaúde) ou a transferência de alguns serviços de saúde de médicos para outros prestadores de cuidados de saúde. A estratégia não é formar mais médicos ou contar com mais médicos, mas sim contar com tecnologias de informação e comunicação inteligentes e maximizar o uso de recursos humanos que já habitam em áreas onde há escassez de médicos. Isso pode constituir bom complemento para os cuidados habituais prestados pelo médico.

Expandindo o papel de enfermeiras ou agentes comunitários de saúde

Ao contrário de muitos outros países da OCDE, o Brasil ainda não experimentou mudanças no escopo da prática e na transferência de tarefas entre os trabalhadores da saúde. O uso mais estratégico dos trabalhadores de saúde rurais existentes, além dos médicos que já residem em áreas onde há escassez de médicos, será crucial para atender às necessidades de saúde em áreas mais remotas.

As funções essenciais da APS, incluindo abrangência, continuidade e coordenação, podem ser atribuídas a profissionais de saúde que não sejam médicos da APS. Em reconhecimento, muitos países da OCDE estão mudando o escopo da prática dos profissionais de saúde como meio de lidar com a escassez de força de trabalho em saúde, o que normalmente envolve o desenvolvimento de novas funções para enfermeiros e trabalhadores comunitários (OCDE, 2020^[58]).

Avaliações internacionais de deslocamento de tarefas fornecem resultados conclusivos. Enfermeiros com educação e treinamento adequados geralmente mostram que podem melhorar o acesso aos serviços, reduzir os tempos de espera e oferecer a mesma qualidade de atendimento que os médicos para serviços como o acompanhamento de rotina de pacientes com doenças crônicas (Maier, Aiken and Busse., 2017^[59]). Revisão sistemática recente concluiu que as equipes de APS que permitem que os enfermeiros desempenhem papel mais avançado na prestação de serviços (por exemplo, fornecer educação ao paciente, coordenação, aconselhamento de prevenção ou prescrição de medicamentos) alcançam melhores resultados para e maior satisfação do paciente, enquanto reduzem a hospitalização (Matthys, Remmen and Van Bogaert, 2017^[60]). Além disso, outra revisão sistemática recente mostrou que aumentar a dependência de profissionais de enfermagem produziu maior acesso aos cuidados entre as populações rurais e carentes, sem deteriorar a qualidade dos cuidados (Yang et al., 2020^[61]). Em países de renda baixa e média, a implementação da transferência de tarefas tem sido uma alavanca fundamental para preencher a lacuna na oferta de APS devido à falta de médicos nessa área (Afobali et al., 2019^[62]).

Entre os membros da OCDE, alguns países como a Austrália e, mais recentemente, a França buscaram melhorar o acesso à APS expandindo os programas de educação avançada para enfermeiras. Na Austrália, enfermeiras de áreas remotas são reconhecidas como a espinha dorsal da APS rural e remota. Elas podem trabalhar como parte de uma pequena equipe ou trabalhar de forma independente. Com sistema de rodízio, estão disponíveis 24 horas por dia, sete dias por semana. Elas são capazes de trabalhar em diversos ambientes de cuidados, incluindo áreas agudas, de emergência, idosos, paliativos, saúde mental, ou saúde familiar e comunitária (OCDE, 2020^[58]). Algumas jurisdições na Austrália, incluindo Queensland e Victoria, também implementaram o esquema *Rural and Isolated Practice Endorsed Registered Nurse*. O esquema permite que enfermeiras aprovadas forneçam gama limitada de medicamentos, onde há pouco ou nenhum acesso à APS. Em França, a Estratégia Nacional de Saúde 2018-22 promove papéis mais avançados para os enfermeiros a fim de melhorar o acesso aos cuidados, especialmente em áreas onde há relativamente poucos médicos (OCDE, 2020^[58]). O cargo de enfermeiros de prática avançada foi legalmente criado em 2018. Essas enfermeiras fornecem suporte no cuidado de pacientes com doenças crônicas e aqueles com morbidades complexas, trabalhando em cooperação com médicos de família e especialistas em equipes de APS e outros ambientes de saúde e de cuidados de longo prazo. Suas tarefas incluem atividades de prevenção e rastreamento, prescrição de exames complementares e renovação ou readequação de prescrições médicas.

O Brasil possui uma das mais extensas redes de educação para a formação de enfermeiros na região da América Latina e do Caribe. De acordo com a Secretaria de Gestão da Educação em Saúde do Brasil, o número de escolas de enfermagem era de 790 em 2020, com diversos programas de especialização oferecidos. Em 2019, existiam cerca de 24 programas de mestrado em enfermagem, constituindo poderosos espaços de formação para o desenvolvimento de enfermeiros de prática avançada (Cassiani and Silva, 2019^[6]; Neto et al., 2018^[23]).

O Brasil pode capitalizar sua rede existente de treinamento de enfermagem para expandir e reconhecer o papel dos enfermeiros de prática avançada, que por sua vez, pode ajudar a aliviar a persistente escassez de força de trabalho na APS. Enfermeiros de prática avançada no Brasil poderiam contribuir para o gerenciamento do cuidado de pacientes com doenças agudas leves e distúrbios crônicos, complementando os médicos já atuantes na APS. Alternativamente, enfermeiros de prática avançada podem ser deslocados para áreas remotas e carentes para melhorar o acesso a profissionais de saúde qualificados. Tal política exigiria análise completa dos currículos de enfermagem atuais para investir ainda mais nas competências essenciais, incluindo prática em equipe, coordenação de cuidados entre e através

dos setores de saúde, liderança clínica e profissional e gestão de qualidade e segurança (Cassiani et al., 2018^[63]).

Além de expandir a atuação do enfermeiro, também é necessário valorizar ao máximo os agentes comunitários de saúde da equipe brasileira de APS. Os trabalhadores comunitários de saúde já desempenham papel crucial na provisão de APS no Brasil. Eles são membros de confiança das comunidades em que trabalham e têm conhecimento valioso das necessidades locais de saúde. No Brasil, há espaço para expandir ainda mais seu papel em direção a atividades mais preventivas e gestão do cuidado. No Alasca (Estados Unidos), os ACS são o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde para a população que vive em aldeias muito remotas (Quadro 5.6). Lá, eles oferecem tratamento preventivo, além de atendimento crônico e de emergência.

Em revisão sistemática de estudos (Hartzler et al., 2018^[64]), os agentes comunitários de saúde são considerados capazes de desempenhar três funções principais:

- fornecer serviços clínicos, como avaliação de sinais vitais, conselhos sobre estilo de vida e exames de rotina auxiliados por comunicação remota com médicos;
- vincular os pacientes a serviços comunitários, como encaminhamentos para transporte ou assistência alimentar; e
- fornecer educação e treinamento em saúde para ajudar os pacientes a atingirem as metas de saúde e aumentar a autoeficácia.

Com a séria lacuna da força de trabalho no Brasil, os agentes comunitários de saúde poderiam desempenhar papel maior, notadamente obtendo o histórico médico do paciente, realizando exames físicos básicos, solicitando exames, aconselhando sobre cuidados preventivos. Até o momento, os ACS no Brasil motivam os pacientes a receberem cuidados, levam os resultados dos exames aos pacientes, verificam se os pacientes estão tomando medicamentos, agendam consultas para indivíduos com outros profissionais de saúde e incentivam os membros da comunidade a procurarem atendimento na clínica (Wadge et al., 2016^[8]).

Existe ainda a possibilidade de treinar os ACS no Brasil para atender diretamente às necessidades de saúde e fornecer alguns serviços clínicos, auxiliados, quando necessário, por comunicação remota com médicos da APS. A falta de oportunidades para aprender e avançar no papel do trabalhador de saúde comunitário já foi observada anteriormente (Grossman-Kahn et al., 2019^[65]). Também foram observados a falta de reconhecimento do seu trabalho, a má comunicação e coordenação entre os agentes comunitários de saúde e as unidades básicas de saúde, bem como a falta de recursos nas unidades básicas de saúde (Grossman-Kahn et al., 2019^[65]). Os investimentos em treinamentos de ACS, em sistemas de TI simplificados e melhor comunicação entre os ACS e outros funcionários da eSF ajudarão a expandir as funções dos ACS.

Quadro 5.6. Os ACS são o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde em uma parte remota dos Estados Unidos

Nos Estados Unidos, os trabalhadores comunitários de saúde têm papel fundamental para abordar os determinantes sociais da saúde e promover o acesso aos cuidados para populações vulneráveis e difíceis de alcançar (Hartzler et al., 2018^[64]). Os trabalhadores comunitários de saúde, por exemplo, fornecem serviços de APS em aldeias remotas do Alasca, cuja população não teria acesso a serviços de saúde adequados (Golnick et al., 2012^[66]). Eles são o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde para a população que vive nessas aldeias muito remotas. Eles trabalham sob a supervisão de profissionais de saúde comunitários e há um sistema de referência integrado que inclui médicos, hospitais regionais e um hospital terciário (Golnick et al., 2012^[66]). A gama de serviços de APS prestados por auxiliares de saúde comunitários inclui principalmente cuidados para tratamento crônico e preventivo e visitas de emergência (muitas vezes para dificuldade respiratória e dor no peito).

Além disso, os trabalhadores comunitários de saúde desempenharam papel crítico como profissionais de saúde da linha de frente durante a primeira onda da pandemia COVID-19. Em Nova Iorque, por exemplo, agentes comunitários de saúde ofereceram sessões educacionais a pacientes com doenças crônicas ou em risco de doenças crônicas para ajudá-los a administrar suas condições. Eles também fizeram visitas domiciliares, realizaram verificações de bem-estar por telefone, ajudaram as pessoas a se inscreverem em portais de pacientes online e as prepararam para consultas de telessaúde. Eles serviram como suporte na navegação pelos sistemas de saúde, mitigando o medo e corrigindo a desinformação em comunidades carentes.

Fonte: Golnick et al. (2012^[66]), Innovative primary care delivery in rural Alaska, <https://doi.org/10.3402/ijch.v71i10.18543>; Hartzler et al. (2018^[64]) Roles and Functions of Community Health Workers in Primary Care, <https://doi.org/10.1370/afm.2208>.

Maior uso de teleconsultas precisa de maior financiamento e novo modelo de governança

O uso melhorado de alternativas às consultas presenciais pode ser outra via para lidar com a escassez de médicos de APS e os desequilíbrios geográficos no Brasil. A telemedicina é usada internacionalmente para disponibilizar serviços de APS aos pacientes mais próximos de suas casas ou do trabalho. Ela facilita a comunicação entre pacientes e equipe médica, bem como a transmissão de registros médicos e outros dados entre diferentes locais (OCDE, 2020^[58]).

A teleconsulta é uma forma muito promissora de melhorar o acesso em tempo hábil e geograficamente - e de aliviar a pressão sobre os médicos da APS. Estudos anteriores mostraram que a telemedicina melhora o acesso aos cuidados, reduz os custos de viagem e leva à melhor equidade para a população rural e indígena (Oliviera Hashiguchi, 2020^[67]). Quase 90% dos estudos internacionais concluíram que as intervenções de telemedicina foram pelo menos tão eficazes quanto a interação face a face (Oliviera Hashiguchi, 2020^[67]). Benefícios podem ser encontrados para prevenir e controlar condições sensíveis à APS, como controle glicêmico em pacientes diabéticos, menos hospitalizações para pacientes com insuficiência cardíaca crônica, gerenciamento eficaz da dor e gerenciamento eficaz de fatores de risco à saúde, incluindo exercícios e nutrição (Oliviera Hashiguchi, 2020^[67]).

A telessaúde já está em uso no Brasil há algum tempo, especialmente em áreas remotas como a Amazônia (Santos et al., 2016^[68]). Além disso, o Programa Rede Brasil Telessaúde busca expandir e melhorar a oferta de APS em regiões com alta vulnerabilidade social, onde a oferta de serviços de saúde é muito limitada. O programa disponibiliza aos profissionais de atenção à saúde que integram a rede teleconsultas síncronas (tempo real) e assíncronas, telediagnósticos, segundas opiniões e teleaprendizagem (Ministério da Saúde, 2020^[69]).

Os serviços de telessaúde continuam subutilizados no Brasil, apesar das evidências que apontam para efeitos benéficos. As evidências disponíveis mostram que até o momento a implementação da telessaúde na APS no Brasil tem sido associada à melhora nos cuidados com a criança, diabetes mellitus, hipertensão e saúde da mulher (Dos Santos et al., 2019^[70]). Apesar disso, de 2016 a julho de 2019, pouco menos de 3,5 milhões de serviços de telessaúde em todos os níveis de atenção (de teleconsultas a sessões de teleaprendizagem) foram registrados no Brasil. Desses, 50% ocorreram na região Sudeste e 36% na região Sul. Apenas 1% das atividades ocorreram na região Norte. Dos 26 estados brasileiros, apenas 18 possuem centros de telessaúde participantes da rede.

De muitas maneiras, as iniciativas de telessaúde no Brasil são promissoras, mas vários fatores impedem o desenvolvimento da telessaúde. Esses impedimentos incluem a falta de financiamento, a falta de treinamento, a falta de equipamento para eSF e a fragmentação dos mecanismos de governança (ver Capítulo 6 para mais detalhes). Argawal et al. (2020^[71]) observou que o Brasil carece de diretrizes sobre modelos de reembolso e marcos regulatórios para telemedicina.

Há experiências bem-sucedidas em toda a OCDE onde os serviços de telemedicina têm sido usados para expandir o acesso ao atendimento entre pacientes rurais e remotos. Canadá e Austrália são dois exemplos onde grandes investimentos foram feitos para tornar o acesso aos serviços de telessaúde uma realidade:

- Em **Ontário, Canadá**, a Rede de Telemedicina inclui 120 sistemas de atendimento virtual para conectar comunidades para atendimento em toda a província (Ontario Telemedicine Network, 2021^[72]). Em 2017, a *Ontario Telemedicine Network* apoiou mais de 896.000 visitas (Agarwal et al., 2020^[71]). A província de Saskatchewan também tem usado a tecnologia de telessaúde por mais de uma década para alcançar locais rurais e remotos (Ontario Ministry of Health, 2021^[51]). Os pacientes podem receber a APS visitando o site de telessaúde mais próximo e reunindo-se com um profissional em uma sala de exame virtual. O *Telehealth* pode se conectar aos periféricos de diagnóstico disponíveis, como estetoscópios, monitores de sinais vitais e equipamentos de ultrassom, possibilitando o diagnóstico em tempo real e o monitoramento do paciente. Em áreas rurais e remotas, os serviços de telessaúde são usados principalmente para consultas de saúde mental e dependência química, para recargas de receitas e gerenciamento de doenças crônicas. Além disso, Saskatchewan começou a testar a tecnologia de presença remota para várias comunidades do norte em 2017 (OCDE, 2020^[58]). O projeto permite que a equipe de APS da comunidade tenha acesso a especialistas (como médico, enfermeiro ou farmacêutico etc.) sob demanda. No geral, as experiências anteriores com telemedicina em Ontário (denominada *Champlain BASE*) mostraram serem eficazes em termos de custos para a prestação de cuidados especializados. O custo do encaminhamento tradicional para um provedor especializado foi, em média, CAD 133,60 por caso, versus CAD 47,35 por caso para um serviço de teleconsulta em média (Agarwal et al., 2020^[71]).
- A **Austrália** também fez grandes investimentos em serviços de telessaúde a serem usados para condições de saúde específicas, como condições crônicas e dermatologia para pessoas (OCDE, 2015^[73]). No Território do Norte, os médicos da APS podem estar em qualquer lugar da Austrália e ajudar enfermeiras remotas e profissionais de saúde aborígenes a administrar pacientes com doenças crônicas de forma adequada, revisando os resultados da patologia e da avaliação e, em seguida, discutindo o caso com a equipe local. Eles também monitoram e aconselham sobre outros testes de patologia. Os médicos consistem em um grupo de clínicos gerais, que geralmente trabalharam anteriormente no remoto Território do Norte e se mudaram, mas podem continuar a fornecer atendimento de qualidade para pacientes remotos por meio do uso de um prontuário eletrônico baseado na web com um identificador único de paciente. Enfermeiras remotas e profissionais de saúde aborígenes podem então entrar em contato com um médico que entende as condições e circunstâncias nas quais eles estão prestando cuidados. O Colégio Australiano de Medicina Rural e Remota também desenvolveu o *Tele-Derm*, um recurso online que permite aos médicos rurais receberem conselhos sobre o diagnóstico e tratamento de doenças de pele. Um

médico rural envia uma foto de uma doença de pele, juntamente com informações sobre o histórico do paciente e um possível diagnóstico. Um dermatologista responde geralmente em dois dias com um diagnóstico e opções de tratamento. Os médicos da APS também podem acessar estudos de caso online e oportunidades de educação.

Para lidar com a escassez de mão de obra por meio do uso mais amplo da telessaúde, o Brasil precisará estabelecer estrutura de governança que apoie melhor os municípios com capacidade insuficiente de recursos. Será necessário maior apoio financeiro e treinamento adequado para evitar agravar as divisões sociais existentes (ver Capítulo 6).

5.5. Aumentar o reconhecimento da especialidade da APS e garantir alta qualidade da educação médica

Além de abordar a distribuição geográfica desigual do médico da APS, é urgente aumentar o reconhecimento da especialidade da APS e garantir a alta qualidade da educação médica no Brasil. São necessárias ações em três grandes áreas:

- Padronizar o arranjo contratual dos trabalhadores da APS, com escala salarial mais consistente em todo o país;
- Melhorar a incorporação acadêmica da especialidade de medicina familiar e comunitária nos programas de graduação e pós-graduação para melhorar sua credibilidade e reconhecimento;
- Introduzir medidas de qualidade para a educação médica a fim de garantir força de trabalho de alta qualidade na APS por meio de exame de licenciamento nacional, tornando o treinamento de especialidade em APS obrigatório para todos os médicos que desejam praticar a APS e implementando requisitos mais rígidos em torno da educação médica contínua.

5.5.1. Padronizando o arranjo contratual para trabalhadores da APS

Existem caminhos para o Brasil melhorar a atratividade da profissão de APS por meio de maior padronização do arranjo contratual fora do programa *Médicos pelo Brasil*. À medida que cada município define o nível de salários, bônus e outros mecanismos de pagamento, há grande heterogeneidade nesses arranjos entre os municípios. No Brasil, supervisão e regulamentação mais fortes do governo federal são necessárias para garantir consistência em todo o país. Pode ser importante assegurar que os municípios pequenos ofereçam contratos semelhantes aos dos municípios maiores, com escala de salários mais consistente em todo o país. A nova Agência de Desenvolvimento da APS poderia ter papel a desempenhar nessa direção.

No âmbito da OCDE, a Turquia implementou estratégia semelhante com o Programa de Transformação da Saúde lançado em 2005. O objetivo geral era fortalecer a medicina de família e a APS, notadamente por meio do estabelecimento de novos arranjos contratuais para médicos de família. Antes do Programa de Transformação da Saúde, os arranjos contratuais e as funções dos médicos de família eram vagamente definidos. Com a implementação da reforma sanitária, os médicos de família passaram a ser pagos de acordo com os termos e condições nacionais, com salários mais generosos e melhores condições de trabalho.

5.5.2. Aumentando a credibilidade e o reconhecimento da especialidade da APS no Brasil

Embora a ESF tenha priorizado o acesso à APS, o país não investiu bem na construção de forte credibilidade e reconhecimento da especialidade da medicina familiar e comunitária. No Brasil, a especialidade MFC é a última opção entre os médicos. Estudos mostram que a especialidade da APS é a primeira opção para apenas 1,5% dos recém-formados entre as 55 especialidades (Scheffer et al.,

2018^[11]). É importante acrescentar que a especialidade não é reconhecida como área do conhecimento pela Agência Federal de Apoio e Avaliação da Pós-Graduação, o que significa que o financiamento à pesquisa e o investimento nessa área têm sido tradicionalmente muito baixos.

O baixo grau de incorporação acadêmica da especialidade medicina de família e comunidade nos programas de graduação e pós-graduação impediu a construção de forte reconhecimento dessa especialidade no Brasil (Wenceslau, Sarti and Trindade, 2020^[74]; Fontenelle et al., 2020^[19]). Poucos pesquisadores constroem sua carreira em torno da APS e, talvez, como consequência, os departamentos de APS em universidades e escolas médicas são muito raros.

Uma forte incorporação acadêmica é, no entanto, crítica para permitir a transmissão do valor das especialidades e permitir que a prática seja reconhecida por outras profissões de saúde. Sem essa promoção, é muito difícil promover a MFC entre os alunos e incentivá-los a escolher esta especialidade como sua futura carreira. A baixa incorporação acadêmica também reduz a produção científica na área de MFC e a limita à saúde coletiva (Wenceslau, Sarti and Trindade, 2020^[74]; Fontenelle et al., 2020^[19]). Indiscutivelmente, a especialidade de medicina familiar e comunitária é desvalorizada no Brasil, explicando porque ainda há gargalos no preenchimento de vagas médicas nas eSFs. Mesmo com a implantação do programa Mais Médicos, que conseguiu alocar mais do que 16 mil novos profissionais na APS desde 2013, as vagas médicas ociosas nas eSFs ainda são comuns (Giliate Cardoso Coelho, Valeska Holst and Aristides, 2019^[17]).

São necessários esforços sérios para combater o equívoco de que a APS é meramente assistência médica para os pobres ou marginalizados, que é uma profissão sem muita qualificação ou de segunda categoria (Justino, Luzón Oliver and Palhano de Melo, 2016^[18]). O conhecimento, habilidades, responsabilidades e competências essenciais da especialidade de medicina familiar e comunitária devem ser evidentes para todos os grupos populacionais e de todos os outros profissionais de saúde. A criação de departamentos acadêmicos de medicina familiar e comunitária em todas as escolas médicas é pré-requisito para realizar pesquisas na APS, desenvolver diretrizes clínicas específicas para a APS, bem como ensinar a especialidade. O diálogo, a colaboração interdisciplinar com outros especialistas e o respeito mútuo entre os profissionais de saúde também são fundamentais para apoiar tal melhoria.

Quando bons currículos de medicina familiar e comunitária estão em vigor para alunos e residentes, torna-se possível atrair alunos para esta especialidade (Blasco et al., 2008^[75]). Médicos de família reconhecidos por sua competência acadêmica, liderança e que ensinam com determinação a prática da APS podem despertar em seus alunos o senso de vocação, além de ganhar prestígio entre outros profissionais da saúde. A forte incorporação acadêmica também é pré-requisito para desenvolver e encorajar a educação médica continuada para todos os médicos que atuam atualmente sem nenhum treinamento especializado, ajudando a manter e melhorar a qualidade do atendimento.

O Brasil pode se construir a partir de experiências que têm permitido dar bons passos no sentido de incorporar a APS como área científica central em algumas universidades federais. Por exemplo, o programa de mestrado em APS da Universidade Federal do Rio de Janeiro, ou os programas de mestrado em saúde da família das Universidades Federais do Ceará e Mato Grosso do Sul. Ao mesmo tempo, o Brasil também pôde construir a partir de experiências exitosas de rede de mestrados profissionais em saúde da família, que atraiu elevado número de profissionais: o programa da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) criado em 2009 (RENASF, 2012^[76]), e o Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde) criado em 2016 (ProfSaúde, 2019^[77]). Essas boas iniciativas locais poderiam ser consolidadas pelo governo federal para desenhar programa nacional de pós-graduação em Medicina de Família e Comunidade para o Brasil.

5.5.3. Introdução de medidas de qualidade para a educação médica

Implementar exame de licenciamento nacional

Embora o Ministério da Educação no Brasil regule a educação médica em todo o país, mais poderia ser feito para garantir a padronização do currículo médico no Brasil. O programa acadêmico inadequado e a lacuna na educação entre as escolas médicas são uma área de preocupação.

Para alcançar maior padronização do currículo médico e do ensino, o Brasil poderia introduzir teste nacional ao final do período universitário. A implementação de exame nacional padronizado substituiria cada exame final nas escolas de medicina. O exame nacional de licenciamento não substituirá a acreditação realizada pelo INEP ou pelo CFM, mas sim a complementar.

O exame de licenciamento nacional avaliaria o conhecimento e as habilidades clínicas dos alunos de graduação. Este é um passo necessário para aumentar a confiança do público e a confiança nos médicos. Isso deixará claro que todos os médicos no Brasil são competentes em suas habilidades clínicas e conhecimentos médicos. Existem várias vantagens em estabelecer exame nacional (Bajammal et al., 2008^[78]):

- Em primeiro lugar, o uso de exame nacional padronizado é a melhor maneira de garantir que qualquer graduado em medicina ou médico em exercício no Brasil tenha alcançado pelo menos padrão comum de conhecimentos médicos e competências de habilidades clínicas. Isso garantiria que os padrões mínimos e as competências mínimas sejam atendidos.
- Em segundo lugar, exame nacional atuaria como resultado tangível e mensurável padrão para identificar as áreas que precisam de melhoria potencial no currículo e nos métodos de ensino. Ele poderia ser usado para avaliar escolas de medicina em todo o país e para corrigir qualquer problema potencial ou deficiência no currículo ou método de ensino.
- Terceiro, exame nacional pode ser usado como medida confiável e transparente da qualificação dos candidatos para a inscrição no programa de pós-graduação. Em outros países da OCDE, como França e Itália, as alocações para escolas especializadas são determinadas pelos resultados do exame nacional. Esta abordagem é vista como uma forma mais meritocrática e transparente de atribuição de vagas de formação especializada.

O exame nacional tem sido cada vez mais usado nos países da OCDE. Este é requisito obrigatório para a prática da medicina no Canadá, França, Itália e recentemente no Reino Unido. Embora o Reino Unido tenha contado com examinadores externos e com a realização de inspeção pelo *General Medical Council* para garantir a qualidade em todas as escolas de medicina, o país está introduzindo Avaliação de Licenciamento Médico (em inglês, *Medical Licensing Assessment ou MLA*) que testará os principais conhecimentos, habilidades e comportamentos necessários para praticar a medicina (Quadro 5.7). O objetivo geral é elevar os padrões já elevados para escolas médicas no Reino Unido (CMC, 2020^[79]). O Brasil pode aprender com a experiência do Reino Unido na construção do *MLA* e com o papel desempenhado pelo *General Medical Council*.

Quadro 5.7. O Reino Unido está introduzindo uma Avaliação de Licenciamento Médico

O Reino Unido tradicionalmente confia em examinadores externos - educadores médicos visitantes de outras organizações - e na inspeção do *General Medical Council* para garantir a qualidade em todas as escolas médicas do país. As escolas médicas costumavam definir seu exame final de forma independente, de acordo com os resultados do Conselho Geral de Medicina para os graduados. No entanto, o Reino Unido está introduzindo uma de MLA que testará os principais conhecimentos, habilidades e comportamentos necessários para a prática no país. Os estudantes de medicina que se formaram no ano letivo de 2024-25 precisarão ser aprovados no MLA como parte do diploma da faculdade de medicina antes de poderem ingressar no registro médico. O teste MLA terá duas partes: um teste de conhecimento aplicado que será baseado em computador e uma avaliação de habilidades clínicas e profissionais. O objetivo é fornecer meio padronizado de avaliação de todos os médicos do Reino Unido, o que, por sua vez, ajudará a garantir a segurança do paciente. O benefício do novo sistema é, pela primeira vez, demonstrar que os graduados de cada escola de medicina atingiram o padrão acordado de proficiência e estão bem-preparados para praticar a medicina. O trabalho vinculado ao MLA será supervisionado e regulamentado pelo Conselho Geral de Medicina. Este trabalho consistirá em:

- Definir a gama de habilidades profissionais, conhecimentos e comportamentos que o candidato precisa ter alcançado para estar pronto para exercer a medicina no Reino Unido;
- Aprovar procedimentos para compilar questões de teste e papéis, definir padrões e executar exames;
- Tomar medidas corretivas se, por meio de seus processos de garantia de qualidade, considerar que os padrões não são atendidos;
- Ser responsável por usar as informações e dados dos exames para aplicar abordagem consistente à avaliação dos graduados médicos internacionais.

Sob este acordo, as escolas médicas continuarão a desenvolver e entregar seus próprios currículos e preparar os alunos para o MLA, que será regulamentado pelo Conselho Geral de Medicina.

O processo de introdução em fases começará a partir de 2021 com testes e projetos-piloto robustos, e a avaliação será totalmente implementada para alunos que se formaram em escolas de medicina do Reino Unido a partir do ano acadêmico de 2024/25.

Fonte: CMC (2020^[79]), <https://www.gmc-uk.org/news/news-archive/gmc-and-msc-welcome-agreement-on-medical-licensing-assessment-delivery-model>.

Ao mesmo tempo, será importante garantir que os médicos qualificados no exterior sejam aprovados em exame nacional de licenciamento para poderem exercer a profissão no Brasil. Essa abordagem é adotada internacionalmente, por exemplo, nos Estados Unidos, Canadá, França ou Reino Unido. Nesses países, os médicos graduados estrangeiros devem passar nos exames de licenciamento para serem elegíveis para a prática no país e, então, poder se inscrever em programa de residência e passar no exame de pós-graduação. Esse sistema garante que todo graduado estrangeiro tenha pelo menos as competências mínimas para atuar como médico, de acordo com os padrões do órgão licenciador do país. No Reino Unido, os médicos graduados internacionais têm que passar no teste *Professional and Linguistic Assessments Board* (PLAB) (GMC, 2021^[80]). O teste PLAB ajuda a garantir que os médicos qualificados no exterior tenham o conhecimento e as habilidades certas para praticar a medicina no Reino Unido. A partir do início de 2024, os médicos graduados internacionais também terão que fazer o MLA se estiverem se inscrevendo para registro com licença para exercer a prática no Reino Unido (Quadro 5.5). Na Austrália, o graduado em medicina internacional que busca registro geral como médico precisa seguir o caminho

padrão, que consiste na realização de exame escrito (CAT MCQ) e exame clínico estruturado do Conselho Médico Australiano (AMC, 2020^[81]).

Com o novo programa Médicos para o Brasil, o sistema Revalida passará a ser requisito obrigatório para graduados médicos estrangeiros. Este é um passo importante para garantir que todos os médicos qualificados no exterior tenham os conhecimentos e habilidades adequados para exercer a medicina no Brasil. Como no Reino Unido e na Austrália, a revalidação consiste em um teste teórico escrito e um teste de habilidade clínica prática, cobrindo todos os níveis de saúde (primário, secundário, clínico, cirúrgico). Pode ser necessário direcionar melhor o teste Revalida para áreas clínicas específicas ou nível de atendimento, dependendo do perfil de cada graduado, para melhor reconhecer suas qualificações.

A especialidade de medicina familiar e comunitária deve ser requisito obrigatório para a prática da APS no Brasil

Conforme mencionado anteriormente, a maioria dos médicos que trabalham em APS não possui treinamento de pós-graduação especializado em MFC. Atualmente, o Brasil almeja que cada eSF tenha um especialista em MFC com a implantação do novo programa Médicos pelo Brasil. O novo programa tornará o treinamento da especialidade em APS obrigatório para todos os médicos que desejam exercer a APS. Indiscutivelmente, este novo programa ajudará a fornecer cuidados mais eficazes e centrados no paciente. Os benefícios da APS especializada já foram demonstrados em outro lugar: os especialistas da APS colocam ênfase mais forte nas intervenções preventivas e na gestão precoce das condições de saúde, e são mais propensos a atender à maioria das necessidades do paciente, bem como ajudá-los a coordenar os cuidados com outros serviços de saúde, contribuindo assim para melhor qualidade e capacidade de resposta (OCDE, 2020^[58]).

Atualmente, pelo menos 22 países da OCDE (Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, República Tcheca, Dinamarca, Estônia, França, Grécia, Israel, Itália, Irlanda, Letônia, Holanda, Noruega, Portugal, Eslovênia, Espanha, Suécia, Suíça, Turquia e Reino Unido) introduziram requisito pós-treinamento para a prática da APS. Essa profissionalização dos especialistas da APS acompanha a formação de organizações profissionais, a pesquisa científica na APS ou o desenvolvimento de diretrizes. Isso é garantido para impulsionar a APS de qualidade e centrada no paciente no Brasil.

Requisitos em torno da educação médica contínua para médicos da APS podem ser implementados

A educação médica continuada (EMC) inclui a aquisição de novos conhecimentos, habilidades e abordagens consideradas úteis para o desenvolvimento de prática médica competente e experiente. Ele ajuda os médicos a manter sua competência e adquirir novas habilidades em todas as suas carreiras. Isso é fundamental para manter a prática atualizada e para garantir que os médicos possuam as habilidades úteis e necessárias na prática diária para responder às necessidades dos pacientes em evolução.

No Brasil, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída em 2004 como o principal mecanismo para encorajar desenvolvimento profissional contínuo. Ela é baseada no ensino participatório e abordagens de aprendizado no nível prático. Seus principais objetivos são a melhoria das habilidades e o suprimento de lacunas em tais competências de acordo com as necessidades de saúde dos pacientes no dia a dia, ao invés da atualização do conhecimento médico através de abordagens didáticas. Embora o desenvolvimento profissional contínuo seja uma boa prática para aprimorar as habilidades e competências dos médicos de forma ativa e contínua, não se sabe o nível de adesão a tais práticas dentre as eSFs.

No Brasil, o EMC é voluntário. Não há requisitos específicos para cada médico. A adoção do EMC depende da escolha profissional e individual, sem qualquer abordagem regulatória, requisito de avaliação

por pares ou requisito de recertificação. O sistema atual não garante alto padrão de competências para médicos da APS e não garante sua aptidão para exercer a profissão em toda a carreira. Até o momento, é impossível saber quantos médicos da APS realizaram EMC.

Diversos órgãos como o CONASS, CONASEM, Associação Médica Brasileira, SBMGC ou SOBRAMFA organizam diversos treinamentos, conferências e modelos de aprendizagem pela Internet. Todas essas são abordagens valiosas. No entanto, uma estrutura de EMC mais formal, que deixa clara a expectativa sobre os médicos da APS e os apoia para atendê-la, constituirá melhoria marcante. O Brasil poderia introduzir fortes requisitos em torno de EMC para médicos de APS, conforme experimentado por outros países da OCDE, incluindo Noruega, Holanda ou Reino Unido (OCDE, 2014^[12]). O Brasil pode aprender com o Reino Unido e Países Baixos, onde a EMC para médicos de APS é obrigatória e vinculada à recertificação: Os médicos da APS precisam demonstrar que participam regularmente das atividades de EMC e que há uma avaliação por pares em relação às habilidades profissionais. Para serem recertificados com sucesso, os médicos da APS precisam atingir pelo menos 50 créditos EMC por ano. A Noruega usa incentivos financeiros para aumentar a conformidade com os requisitos do EMC. Os especialistas em APS podem cobrar taxas mais altas por cada consulta do que os médicos de família regulares se eles tiverem seguido uma série de cursos EMC. Isso dá fortes incentivos para cumprir os requisitos nacionais, o que, por sua vez, melhora suas competências e desempenho.

As experiências dos países da OCDE podem ser úteis para informar o Brasil sobre as maneiras de implementar requisitos e mecanismos para garantir a conformidade com os requisitos do EMC. A Agência para o Desenvolvimento da APS e os municípios poderiam, por exemplo, acrescentar requisito para comprovar a frequência ou conclusão de algum treinamento específico na contratação local de médicos da APS. O uso do acordo de contratação pode impulsionar ativamente os médicos da APS em direção à conformidade com os requisitos do EMC e encorajar a melhoria da qualidade. Se fortes requisitos de EMC forem introduzidos no Brasil, o país também deve garantir que o EMC seja direcionado para alguns dos principais desafios do sistema de saúde, como, por exemplo, na prevenção de fatores de risco para a saúde e gestão de condições crônicas.

5.6. Conclusão

No Brasil, são graves os problemas de escassez de médicos da APS e as disparidades regionais de oferta. Eles são os principais fatores de resultados de saúde mais baixos, menor qualidade de saúde e podem resultar em necessidades de saúde não atendidas para a população mais remota do Brasil. Embora a implementação do Programa Mais Médicos em 2013 tenha levado a melhorias positivas com maior investimento em infraestrutura de APS, melhor acesso à formação médica e maior número de recrutamento em comunidades carentes, mais precisa ser feito para aumentar e garantir distribuição mais uniforme de Médicos da APS. O novo programa federal *Médicos pelo Brasil*, que tem foco mais forte na qualidade do que os programas anteriores, visa a expandir o número de médicos da APS para 7.500 nas áreas mais pobres. Para cumprir essa meta ambiciosa, será necessário pensamento estratégico em relação aos métodos de focalização da comunidade para garantir que todos os municípios elegíveis sejam efetivamente inscritos no novo programa federal.

Ao mesmo tempo, e conforme reconhecido pelas experiências dos países da OCDE, também será importante aumentar o número de médicos formados em áreas rurais e fornecer incentivos financeiros salariais e não salariais - ligados, por exemplo, à obrigação de serviço de entre 2 e 4 anos - para recrutar e reter médicos em áreas carentes. Restringir a escolha do local de prática é outra estratégia para garantir distribuição mais uniforme dos médicos. De qualquer forma, tais soluções requerem planejamento cuidadoso e coerente da força de trabalho no Brasil, a partir de avaliação objetiva vinculada às características sociodemográficas dos médicos, seus processos de trabalho e necessidades de saúde da população.

O uso mais inteligente da força de trabalho local existente (enfermeiras e agentes comunitários de saúde), e mudanças nos âmbitos da prática, são formas inovadoras que o Brasil pode considerar no futuro. O país também deve continuar a expandir o uso da telessaúde para facilitar o acesso à APS em locais com menos médicos. Para tanto, será crucial estabelecer estrutura de governança que apoie melhor os municípios com capacidade insuficiente de recursos para evitar agravar as diferenças sociais existentes.

Embora muita atenção política tenha sido direcionada para a melhoria do acesso à APS, pouca atenção foi dedicada à construção de forte credibilidade e reconhecimento da especialidade da APS e para garantir médicos de alta qualidade e bem qualificados. Ações para melhorar a incorporação acadêmica da especialidade MFC em programas de graduação e pós-graduação são necessárias através, por exemplo, do desenvolvimento de departamentos de medicina familiar e comunitária adicionais em escolas médicas. Para garantir médicos de APS de alta qualidade e garantir sua aptidão para exercer a profissão em toda a sua carreira, existem grandes oportunidades para tornar o treinamento de especialidade em MFC obrigatório para todos os médicos que desejam praticar APS e para implementar requisitos mais rígidos em torno da educação médica contínua e recertificação.

Referências

- Afobali, O. et al. (2019), “Task-shifting must recognise the professional role of nurses”, *The Lancet Global Health*, Vol. 7/10, [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30358-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30358-4). [62]
- Agarwal, P. et al. (2020), *Telemedicine in the driver’s seat: new role for primary care access in Brazil and Canada*. [71]
- AMC (2020), *MCQ Examination*, <https://www.amc.org.au/assessment/mcq/>. [81]
- AML (2019), , <https://www.aml.com.br/sistema-de-acreditacao-de-escolas-medicas/>. [30]
- Assurance Maladie (2020), *Aide à l’installation ou à la pratique du médecin dans les zones sous-dotées*, <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees>. [54]
- Australian Department of Health (2008), *RURAL CLINICAL SCHOOLS PROGRAM*, [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/A3760E61F341B7F5CA257BF0001D73AB/\\$File/udrh5.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/A3760E61F341B7F5CA257BF0001D73AB/$File/udrh5.pdf). [50]
- Bajammal, S. et al. (2008), “The need for national medical licensing examination in Saudi Arabia”, *BMC Medical Education*, Vol. 8/53, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-8-53>. [78]
- Barbosa, E. and R. Cookson (2019), “Multiple inequity in health care: an example from Brazil”, *Social Science of Medicine*, Vol. 228, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.034>. [5]
- Biernath, A. (2020), “Brazil strives to replace its More Doctors programme for underserved regions”, *The BMJ*, Vol. 368, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m537>. [34]
- Blasco, P. et al. (2008), *Family medicine education in Brazil: Challenges, opportunities, and innovations*, <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181782a67>. [75]
- Carrillo, B. and J. Feres (2019), “Provider Supply, Utilization, and Infant Health: Evidence from a Physician Distribution Policy”, *American Economic Journal: Economic Policy*, Vol. 11/3, pp. 156-196, <http://dx.doi.org/10.1257/pol.20170619>. [37]

- Carvalho, V., C. Marques and E. Silva (2016), “A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos”, *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 21/9, pp. 2773-2784, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17362016>. [36]
- Cassiani, S. et al. (2018), “Competencies for training advanced practice nurses in primary health care”, *Acta Paul Enferm*, Vol. 31/6, <http://dx.doi.org/10.1590/1982->. [63]
- Cassiani, S. and F. Silva (2019), “Expanding the role of nurses in primary health care: the case of Brazil”, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Vol. 27/e3245, <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3245>. [6]
- CHW Central (2018), “The Community Health Agent Program of Brazil”, <https://chwcentral.org/the-community-health-agent-program-of-brazil/>. [25]
- CMC (2020), *GMC and MSC welcome agreement on Medical Licensing Assessment delivery model*, <https://www.gmc-uk.org/news/news-archive/gmc-and-msc-welcome-agreement-on-medical-licensing-assessment-delivery-model>. [79]
- Comes, Y. et al. (2016), “Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos”, *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 21/9, pp. 2749-2759, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16202016>. [40]
- Conselho Federal de Medicina (2020), <https://portal.cfm.org.br/institucional/>. [16]
- Dos Santos, A. et al. (2019), “Implementation of Telehealth Resources in Primary Care in Brazil and Its Association with Quality of Care”, *Telemed J E Health*, <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2018.0166>. [70]
- Escolas Médicas do Brasil (2021), *Escolas Médicas do Brasil*, <https://www.escolasmedicas.com.br/index.php> (accessed on 15 January 2021). [14]
- Ferreira, M. et al. (2019), “New National Curricular Guidelines of medical courses: opportunities to resignify education”, *Interface (Botucatu)*, Vol. 23/Supl 1, <http://dx.doi.org/10.1590/interface.170920>. [26]
- Figueiredo, A. et al. (2021), “Evaluating medical education regulation”, *Human Resources for Health*, pp. 19-33, <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-021-00580-5>. [33]
- Fontenelle, L. et al. (2020), “Postgraduate education among family and community physicians in Brazil: the Trajetórias MFC project”, *Fam Med Com Health*, Vol. 8, <http://dx.doi.org/10.1136/fmch-2020-000321>. [19]
- Fontes, L., O. Conceição and P. Jacinto (2018), “Evaluating the impact of physicians’ provision on primary healthcare: Evidence from Brazil’s More Doctors Program”, *Health Economics*, Vol. 27/8, pp. 1284-1299, <http://dx.doi.org/10.1002/hec.3775>. [41]
- Giliate Cardoso Coelho, N., A. Valeska Holst and O. Aristides (2019), “The practice of Family and Community Medicine in Brazil: context and perspectives”, *Cadernos de Saude Publica*, Vol. 35/1, <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00170917>. [17]
- GMC (2021), *Professional and Linguistic Assessments Board*, <https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/join-the-register/plab>. [80]

- Golnick, C. et al. (2012), “Innovative primary care delivery in rural Alaska: a review of patient encounters seen by community health aides”, *Int J Circumpolar Health.*, Vol. 71, <http://dx.doi.org/10.3402/ijch.v71i0.18543>. [66]
- Government, A. (2021), *Distribution Priority Area*. [47]
- Grossman-Kahn, R. et al. (2019), “Challenges facing Community Health Workers in Brazil’s Family Health Strategy: a qualitative study”, *Int J Health Plann Manage.*, Vol. 33/2, <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.2456>. [65]
- Grossman-Kahn, R. et al. (2018), “Challenges facing Community Health Workers in Brazil’s Family Health Strategy: a qualitative study”, *Int J Health Plann Manage.*, Vol. 33/2, <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.2456>. [7]
- Grupo de estudos da Rede Brasileira de Vigilância de Morbidade Maternal Grave (2014), “Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, Vol. 14/1, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-159>. [39]
- Hartzler, A. et al. (2018), “Roles and Functions of Community Health Workers in Primary Care”, *The Annals of Family Medicine*, Vol. 16/3, <http://dx.doi.org/10.1370/afm.2208>. [64]
- Hone, T. et al. (2020), “Impact of the Programa Mais médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities”, *BMC Health Services Research*, Vol. 20/1, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05716-2>. [35]
- HRSA (2021), *Health Resources and Services Administration*, <https://bhw.hrsa.gov/data-research>. [13]
- HRSA (2021), *What is Shortage Designation?*. [48]
- INEP (2015), *O que é o Sinaes*, <http://portal.inep.gov.br/sinaes>. [27]
- Janaudis, M. et al. (2009), “Academic Family Medicine in Brazil”, *Primary Care*, Vol. 9/15. [21]
- Justino, A., L. Luzón Oliver and T. Palhano de Melo (2016), “Implementation of the Residency Program in Family and Community Medicine of the Rio de Janeiro Municipal Health Department, Brazil”, *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 21/5, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.04342016>. [18]
- KBV (2021), *Die Bedarfsplanung als Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung*, <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php#content28372>. [56]
- Kroneman, M. (ed.) (2018), “Transition to universal primary health care coverage in Brazil: Analysis of uptake and expansion patterns of Brazil’s Family Health Strategy (1998-2012)”, *PLOS ONE*, Vol. 13/8, p. e0201723, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0201723>. [45]
- Maffioli, E. et al. (2019), “Addressing inequalities in medical workforce distribution: evidence from a quasi-experimental study in Brazil”, *BMJ Global Health*, Vol. 4/6, p. e001827, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001827>. [42]
- Magnago, C. et al. (2017), “Nurse training in health in different regions in Brazil”, *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Vol. 17/1, <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304201700S100010>. [24]

- Maier, C., L. Aiken and R. Busse. (2017), *Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/18152015>. [59]
- Matthys, E., R. Remmen and P. Van Bogaert (2017), “An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care?”, *BMC Fam Pract*, Vol. 18/1, <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-017-0698-x>. [60]
- Mattos, E. and D. Mazetto (2019), “Assessing the impact of more doctors’ program on healthcare indicators in Brazil”, *World Development*, Vol. 123, p. 104617, <http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2019.104617>. [38]
- McGirr, J., A. Barnard and C. Cheek (2019), “The Australian Rural Clinical School (RCS) program supports rural medical workforce: evidence from a cross-sectional study of 12 RCSs”, *Rural and Remote Health*, Vol. 19/1, <http://dx.doi.org/10.22605/RRH4971>. [49]
- Ministerio da Educação (2021), *Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade)*, <https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/avaliacao-e-exames-educacionais/enade>. [28]
- Ministério da Saúde (2020), *Plano Nacional de Saúde 2020-2023*. [69]
- Ministério da Saúde (2020), *Painéis de Indicadores : Atenção Primária a Saúde*, <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/acs>. [10]
- Ministry of Health, C. (2018), *Health Workforce Planning Branch : Physician Return Of Service (ROS) Programs*. [46]
- Neto, M. et al. (2018), “Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care?”, *Rev. Bras. Enferm.*, Vol. 71/1, <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0672>. [23]
- New Brunswick Canada (2021), *Recruitment and Retention Incentives*, https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/corporate/promo/careers_in_healthcare/Recruitment-and-Retention-Incentives.html. [52]
- OCDE (2021), *OECD Health Statistics*, <http://stats.oecd.org/>. [2]
- OCDE (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/a92adee4-en>. [58]
- OCDE (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/4dd50c09-en>. [3]
- OCDE (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>. [31]
- OCDE (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Australia 2015: Raising Standards*, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264233836-en>. [73]
- OCDE (2014), *OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising Standards*, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264225428-en>. [12]

- OCDE/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020; State of health in the EU cycle*, <http://dx.doi.org/10.1787/82129230-en>. [11]
- Oliveira, A. et al. (2017), “Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil’s Unified Health System (SUS)”, *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 22/4, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>. [4]
- Oliviera Hashiguchi, T. (2020), *Bringing health care to the patient: An overview of the use of telemedicine in OECD countries*, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/8e56ede7-en>. [67]
- Ontario Ministry of Health (2021), *HealthForceOntario Northern and Rural Recruitment and Retention Initiative Guidelines*, <https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/northernhealth/nrrr.aspx>. [51]
- Ontario Ministry of Health (2021), *Northern Physician Retention Initiative (NPRI)*, <https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/northernhealth/npri.aspx>. [53]
- Ontario Telemedicine Network (2021), *Indigenous Services*, <https://otn.ca/providers/indigenous-video/>. [72]
- Özçelik, E. et al. (2021), “Assessing the performance of beneficiary targeting in Brazil’s More Doctors Programme”, *Health Policy and Planning*, <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czaa137>. [44]
- Özçelik, E. et al. (2020), “Impact of Brazil’s More Doctors Program on hospitalizations for primary care sensitive cardiovascular conditions”, *SSM - Population Health*, Vol. 12, p. 100695, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100695>. [43]
- Pena, S. et al. (2010), “The Chilean Rural Practitioner Programme: a multidimensional strategy to attract and retain doctors in rural areas”, *Bull World Health Organ*, Vol. 88, <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.09.072769>. [55]
- Phcpi (2018), *Turkey: Greater availability of primary care services results in high patient and physician satisfaction*, <https://improvingphc.org/promising-practices/turkey>. [57]
- Ponka, D. et al. (2019), “Contrasting current challenges from the Brazilian and Canadian national health systems”, *Canadian Family Physician*, Vol. 65. [20]
- ProfSaúde (2019), *Professional Master’s in Family Health*, <https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sobre-programa>. [77]
- RENASF (2012), *Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família*, <https://renasf.fiocruz.br/>. [76]
- SAEME (2021), *Sistema de acreditação de escolas médicas*, <http://saeme.org.br/portugues/apresentacao/conceito-de-acreditacao>. [29]
- Santos, A. et al. (2016), “Telehealth in the Amazon Region in Latin America: an Overview”, *Journal of the International Society for Telemedicine and EHealth*, Vol. 4/e12, pp. 1-7, <https://journals.ukzn.ac.za/index.php/JISfTeH/article/view/149> (accessed on 5 March 2021). [68]
- Santos, L. et al. (2017), “Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil”, *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 95/2, pp. 103-112, <http://dx.doi.org/10.2471/blt.16.178236>. [32]
- SBMFC (2021), *Brazilian Society of Family and Community Medicine*, <https://www.sbmfc.org.br/promef/>. [22]

- Scheffer, M. et al. (2018), *Demographia Médica No Brasil 2018*. [1]
- Scheffer, M. and M. Dal Poz (2015), "The privatization of medical education in Brazil: Trends and challenges", *Human Resources for Health*, Vol. 13/1, <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-015-0095-2>. [15]
- Vaughan, K. et al. (2015), "Costs and cost-effectiveness of community health workers: evidence from a literature review", *Hum Resour Health*, Vol. 1/13, <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-015-0070-y>. [9]
- Wadge, H. et al. (2016), "Brazil's Family Health Strategy: Using Community Health Workers to Provide Primary Care", *Commonwealth Fund pub*, Vol. 40. [8]
- Wenceslau, L., T. Sarti and T. Trindade (2020), "Reflections and proposals for the establishment of Family", *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 25/4. [74]
- Yang, B. et al. (2020), "State Nurse Practitioner Practice Regulations and U.S. Health Care Delivery Outcomes: A Systematic Review", *Med Care Res Rev*, Vol. 30, <http://dx.doi.org/10.1177/1077558719901216>. [61]

6 A transformação digital da atenção primária à saúde no Brasil

O Brasil deu passos largos em direção a uma transformação digital da APS, com base em mais de uma década de políticas para digitalizar a atenção à saúde e fazer melhor uso dos dados de saúde, e com investimentos importantes em redes, dados, interoperabilidade e habilidades. A pandemia de COVID-19 apenas forneceu mais ímpeto. No entanto, o progresso em direção ao uso eficaz da APS digital tem sido lento e fundamentalmente desigual, com desigualdades significativas no uso de tecnologias e ferramentas digitais entre os profissionais de saúde e os cidadãos. Outras barreiras importantes incluem as capacidades humanas e técnicas nos municípios, com potenciais deseconomias de escala resultantes da definição de responsabilidades pela saúde digital no nível municipal. Enfrentar estes desafios exige: 1) digitalização de todas as unidades e equipes de APS; 2) promoção de conectividade inclusiva para todos os cidadãos brasileiros, especialmente os mais vulneráveis; e 3) estabelecer uma estrutura de governança com mandatos claros e bem financiados nos níveis certos de governo.

6.1. Introdução

A transformação digital da atenção à saúde no Brasil está bem encaminhada, impulsionada por estratégia mais ampla de transformação digital do setor público. Há algum tempo, o Governo do Brasil vem aumentando o uso de ferramentas e dados digitais para tornar suas instituições públicas mais eficientes, mais transparentes e mais receptivas às demandas dos cidadãos e das empresas (OCDE, 2018^[1]). Governança clara e foco na conectividade, interoperabilidade, dados governamentais abertos e prestação de serviços voltados para o cidadão resultaram recentemente na pontuação do Brasil acima da média da OCDE no Índice de Governo Digital de 2019 (OCDE, 2020^[2]).

O Brasil fez avanços significativos no que diz respeito à construção de base para a APS digital, desde estratégias em vários níveis de governo até investimentos essenciais em redes, dados, interoperabilidade e habilidades. No entanto, o progresso em direção ao uso eficaz de tecnologias digitais na APS tem sido lento e fundamentalmente desigual. Os fatores contribuintes incluem fatores do lado da demanda e da oferta, mas também governança desarticulada e financiamento insuficiente e mal direcionado.

Este capítulo oferece visão geral das iniciativas e desenvolvimentos recentes na digitalização da APS no Brasil. Nas últimas décadas, o Brasil tem feito progresso impressionante em direção à transformação digital de seu setor público e de seus serviços de atenção à saúde, mas o progresso em direção ao uso efetivo de tecnologias digitais na APS tem sido lento e fundamentalmente desigual, conforme discutido na seção 6.2. Além disso, conforme mostrado na seção 6.3, milhões de brasileiros são excluídos digitalmente e há o risco de que transformação digital da APS só venha a agravar as divisões sociais existentes. O capítulo conclui com discussão na seção 6.4 de como o governo descentralizado do Brasil, juntamente com a demografia regional heterogênea do país, indicadores socioeconômicos e estruturas de governança, criam desafios para a digitalização da APS.

6.2. Progresso geral na digitalização do sistema de saúde, mas menos na digitalização da APS

A criação do Comitê Gestor da Internet no Brasil (*CGI.br*) em 1995 para fornecer diretrizes estratégicas relacionadas ao uso e desenvolvimento da Internet no Brasil só pode ser considerada fundamental (OCDE, 2018^[1]). O Comitê estabeleceu a base para um ecossistema entre os cidadãos, o setor privado e o setor público. Vinculado ao Comitê Gestor da Internet no Brasil, e subordinado ao Centro de Informações da Rede Brasileira (*NIC.br*), o Centro Regional de Estudos sobre o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (*Cetic.br*) foi criado em 2005 para monitorar a adoção de informações e tecnologias de comunicação (TIC) no Brasil. Ela realiza sua Pesquisa de Domicílios da TIC anualmente desde 2005 e, desde 2013, também realiza a Pesquisa da TIC em Saúde com foco na infraestrutura, disponibilidade e uso de aplicativos baseados em TIC em unidades de atenção à saúde no Brasil. Essas pesquisas são inestimáveis e fornecem muitas das estatísticas e indicadores usados neste capítulo. Infelizmente, os resultados mais recentes são anteriores ao COVID-19 e, portanto, podem não refletir totalmente a situação atual.

6.2.1. O governo deu passos largos com ambição clara para serviços de saúde digitais

Desde 1995, e especialmente nos últimos anos, o Brasil fez progresso impressionante em direção à transformação digital de seu setor público. Em 2019, mais de 500 serviços públicos, abrangendo 29 entidades diferentes, foram disponibilizados por meio de canais digitais, levando à economia anual relatada de US\$ 66,9 milhões ¹ (R\$ 345 milhões) (gov.br, 2020^[3]). De acordo com sua atual Estratégia de Governo Digital para 2020-22, o governo pretende oferecer todos os seus mais de 3.000 serviços públicos por meio de canais digitais até o final de 2022 (Diário Oficial da União, 2020^[4]). Entre os planos

de transformação digital existentes de 73 entidades públicas está a Estratégia Nacional de Saúde Digital do Brasil 2020-28 (*Estratégia de Saúde para o Brasil para 2028* ou *ESD28*).

A *ESD28* (2020^[5]) baseia-se em mais de uma década de políticas para digitalizar a atenção à saúde e fazer melhor uso de dados de saúde, desde a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde de 2004 (*Política Nacional de Informação e Informática em Saúde* ou *PNIIIS*). Houve aceleração de esforços nos últimos anos, com a publicação do *PNIIIS* 2015, que está em revisão, a publicação em 2017 da Estratégia e-Saúde para o Brasil 2020 (*Estratégia eSaúde para o Brasil 2020*), e a publicação em 2020 do Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação da Estratégia Nacional de Saúde Digital do Brasil (*Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2019-23*). A *ESD28* também está alinhada com o Plano Nacional de Saúde 2020-23 do Brasil-23 (Ministério da Saúde, 2020^[6]).

As ações da *ESD28* são construídas em torno de três eixos (Ministério da Saúde, 2020^[5]). O primeiro eixo busca aproveitar os programas e iniciativas existentes para digitalizar a atenção à saúde no Brasil, incluindo a *Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)*, bem como os programas *Conecte SUS* e *Informatiza APS* (estes são descritos em mais detalhes abaixo). O segundo eixo procura desenvolver as condições necessárias (por exemplo, estruturas organizacionais, jurídicas, regulatórias e de governança) para estimular a colaboração eficaz na saúde digital. O terceiro e último eixo estabelecerá fórum conceitual, normativo, educacional e tecnológico (o chamado *Espaço de Colaboração*) para operacionalizar a colaboração. O treinamento e desenvolvimento de capacidades para os profissionais de saúde é prioridade-chave na implementação da *ESD28*.

O plano de ação *ESD28* tem sete prioridades (Ministério da Saúde, 2020^[5]): 1) governança e liderança, 2) digitalização dos três níveis (primário, secundário e terciário) de prestação de atenção à saúde, 3) apoio à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, 4) o paciente como protagonista, 5) formação de recursos humanos, 6) ambiente de interconectividade, e 7) ecossistema de inovação. A *ESD28* também identifica os principais agentes e partes interessadas, estabelecendo cinco tipos de participação (liderança, parceria, patrocínio, contribuição, engajamento) que são esperados de cada ator para cada ponto de ação (ver Quadro 6.1).

Quadro 6.1. Digitalização da APS na Estratégia Nacional de Saúde Digital 2020-28

O ponto de ação 2.1.2 da *ESD28* visa a expandir a digitalização da APS no Brasil. É liderado pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde de Municípios e Estados, em parceria com o CONASSEMS e o CONASS, com patrocínio do Governo Federal, Conselho Nacional de Saúde e CIT, além de contribuições das Associações de Profissionais de Saúde e engajamento da Anvisa e ANS. A base desse ponto de ação é o Programa de Informatização e Qualificação das Unidades Básicas de Saúde (*Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde*) ou *Informatiza APS*, que busca digitalizar todas as unidades e equipes de APS no Brasil. Novos esquemas de financiamento (parte do *Programa Previne Brasil*) e iniciativas de implantação e treinamento foram testados no estado de Alagoas (mais detalhes no texto a seguir). O cronograma para a implementação total do ponto de ação é dezembro de 2022.

Fonte: Ministério da Saúde (2020^[5]), *Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-28*, http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf.

Há impulso abrangente para uma APS digital no Brasil

A importância de conectar e digitalizar as práticas de APS é clara e o valor agregado potencial seria muito significativo (ver Quadro 6.2). A saúde digital pode ajudar a APS a ser o primeiro ponto de contato com os pacientes, coordenar encaminhamentos e acompanhamento para atendimento secundário e terciário,

e monitorar e acompanhar os riscos e condições de saúde da comunidade e da população (Castle-Clarke and Imison, 2016^[7]). A pandemia de COVID-19 deixou claro que há enormes benefícios em digitalizar e conectar instalações e serviços de atenção à saúde.

Quadro 6.2. Uma transformação digital pode ajudar a realizar todo o potencial da APS

A **APS digital** é o uso de tecnologias digitais para apoiar a APS (é um subcampo da saúde digital com foco específico na APS). As tecnologias digitais (ou tecnologias de informação e comunicação) são ferramentas, sistemas, dispositivos e recursos eletrônicos que geram, armazenam, processam e/ou transmitem dados. As tecnologias digitais incluem dispositivos como smartphones e computadores, bem como produtos intangíveis, como software, plataformas e algoritmos, e podem oferecer suporte a APS de várias maneiras.

No centro da APS digital está o **registro eletrônico de saúde** ou RES. O RES é um registro digital longitudinal de um paciente individual que contém ou vincula virtualmente vários registros médicos eletrônicos de diferentes instituições e ambientes de atenção à saúde. Como contém histórico de contato com provedores de atenção à saúde de qualquer organização em qualquer nível de atendimento, o RES desempenha papel essencial em ajudar os provedores de APS a coordenar o atendimento a pacientes individuais.

Um RES completo, preciso, atualizado, abrangente e que pode ser compartilhado permite uma infinidade de aplicativos digitais na APS. Um RES que contém informações clínicas (por exemplo, medicamentos prescritos), sociodemográficas (por exemplo, emprego) e administrativas (por exemplo, seguro) permite o suporte de muitos aplicativos, incluindo, entre outros:

- **Alertas e lembretes** direcionados aos pacientes (por exemplo, para triagens ou vacinações).
- Referências eletrônicas, **ePrescribing** e certificações (por exemplo, para licença médica).
- Tomada de decisão clínica (por exemplo, medicamentos a evitar em razão de determinadas alergias do paciente).
- Aplicações de **telemedicina** (por exemplo, vídeo-consultas e monitoramento remoto).
- Aplicativos móveis de saúde ou **saúde móvel** (por exemplo, aplicativos para parar de fumar e para saúde mental).
- Estatísticas de nível populacional sobre prevalência e incidência de doenças e riscos.
- Estudos de pesquisa levando em consideração **dados do mundo real** (por exemplo, farmacovigilância).

É possível implementar algumas dessas aplicações sem um sistema RES completo (por exemplo, telemedicina), no entanto, sem o RES, as tecnologias digitais ficarão aquém do seu potencial e não ajudarão totalmente a APS.

Fonte: World Health Organization (2018^[8]), Digital technologies: shaping the future of primary health care, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326573/WHO-HIS-SDS-2018.55-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>; OECD (2019^[9]), Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems, <https://dx.doi.org/10.1787/e3b23f8e-en>.

Os benefícios potenciais de uma transformação digital da APS também são claros no contexto do Plano Nacional de Saúde 2020-23 (Ministério da Saúde, 2020^[6]). Entre seus objetivos estão promover a expansão e efetividade dos serviços de APS de forma integrada e planejada, garantir o acesso a serviços de APS de qualidade para todos e reduzir os riscos à saúde da população por meio da prevenção, vigilância epidemiológica e promoção da saúde.

O Brasil tem longa história de desenvolvimento, implementação e uso de sistemas de informação em saúde (Ministério da Saúde, 2017_[10]). Em 2017, o governo lançou concurso público, o Programa de Informatização de Unidades Básicas de Saúde, para apoiar as unidades de APS do país no uso de sistemas de registro eletrônico de saúde (RES), melhorando a conectividade, adquirindo equipamentos de TIC e fornecendo suporte técnico e treinamento de profissionais de saúde (OCDE, 2020_[11]). Devido às preocupações do Tribunal de Contas da União quanto à viabilidade de lançamento nacional, o programa foi substituído pelo Conecte SUS. O Conecte SUS busca reunir todas as informações de saúde de qualquer cidadão em uma grande rede de dados que pode ser usada para melhorar continuamente a atenção à saúde e a tomada de decisões. O programa Conecte SUS depende de dois elementos essenciais: o RNDS e o Programa de Informatização da Unidade Básica de Saúde atualizado (*Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde* ou *Informatiza APS*).

Por meio do programa Conecte SUS, e como parte do programa *Previne Brasil*, o programa *Informatiza APS* fornece recursos federais (entre US\$ 330 ou R\$ 1.700 e US\$ 388 ou R\$ 2.000 por mês) para equipes de saúde da família que podem coletar e enviar dados de sistemas de registro eletrônico de saúde (RES) (Harzheim et al., 2020_[12]). O programa inclui a oferta de treinamento em TIC e análise de dados para funcionários públicos em secretarias municipais de saúde (CGI.br, 2020_[13]). O treinamento é organizado em parceria pelo Ministério da Saúde e pela Universidade do Rio Grande do Sul. São 60 horas de treinamento ministradas por meio de Centros de Telessaúde. Para se qualificar ao apoio da *Informatiza APS*, as equipes de saúde da família precisam já ter feito investimentos em tecnologias digitais, ter um sistema de RES em funcionamento e poder compartilhar dados por meio do Sistema de Informação em Saúde da APS (*Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica* ou *SISAB*). As equipes elegíveis podem utilizar os fundos da *Informatiza APS* para adquirir software ou hardware, pagar a ligação à Internet na UBS, contratar serviços de TIC, entre outros.

Um dos principais requisitos de elegibilidade do programa *Informatiza APS* é que as unidades de saúde da família já devem estar usando tecnologias digitais. No entanto, o Conecte SUS executou projeto piloto no estado de Alagoas entre outubro de 2019 e junho de 2020 que incluiu incentivo financeiro adicional para unidades de APS que ainda não puderam se digitalizar (Ministério da Saúde, 2020_[14]). O piloto de Alagoas forneceu montante global entre US\$ 1.649 (R\$ 8.500) e US\$ 1.940 (R\$ 10.000) para cada município de Alagoas para cada unidade de APS ainda não digitalizada (mais de US\$ 1,07 milhão ou R\$ 5,5 milhões foram desembolsados a 97 municípios). Diante da pandemia de COVID-19, o Ministério da Saúde instituiu incentivo com prazo-limite de US\$ 5.268 (R\$ 27.157) a ser pago aos municípios e estados para cada equipe de saúde que ainda não foi digitalizada (ver Quadro 6.3). O Ministério da Saúde também colabora com o Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicações, com apoio da *Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP)*, para fornecer conectividade à Internet para 16 mil unidades de APS (CGI.br, 2020_[13]).

Um elemento-chave do Conecte SUS com foco específico na APS é a estratégia e-SUS APS, também conhecida como *e-SUS AB* para *Atenção Básica*, que busca modernizar a APS por meio do uso de sistemas de informação em saúde, para melhor gestão saúde e cuidados individuais, otimizar a coleta de dados e melhorar as informações em saúde (Ministério da Saúde, 2020_[6]). A estratégia é baseada em dois sistemas de coleta de dados subjacentes: o sistema simplificado de coleta de dados (*Coleta de Dados Simplificada*) e o sistema RES (*Prontuário Eletrônico do Cidadão* ou *PEC*). Cerca de 56% das unidades de saúde da família digitalizadas utilizam o *PEC*, enquanto outras utilizam sistemas RES de terceiros (Ministério da Saúde, 2020_[14]).

O Departamento de Informática do SUS (normalmente denominado DATASUS) também disponibilizou vários outros aplicativos para cidadãos, profissionais de primeira linha e gestores de atenção à saúde (CGI.br, 2020_[13]). Estes incluem: *MedSUS*, aplicativo que lista todos os medicamentos aprovados para uso no SUS; *e-Gestor AB*, plataforma que combina vários sistemas de informação de APS para facilitar o planejamento e a prestação de serviços de saúde; e o aplicativo *Conecte SUS Cidadão*, que se baseia em versão anterior chamada *Meu digiSUS*, que permite aos cidadãos acessar seus dados pessoais e

clínicos coletados de vários registros nacionais, bem como acessar informações úteis, como onde estão os estabelecimentos de atenção à saúde e farmácias mais próximos. Existem também versões do *Conecte SUS* para profissionais de saúde da linha de frente (*Conecte SUS Profissional*) e também para gestores.

Outro sistema interessante é o *DigiSUS Gestor Módulo Planejamento (DGMP)*, ferramenta disponibilizada aos estados, Distrito Federal e municípios em maio de 2019. O *DGMP* permite aos gestores locais cadastrar metas de saúde da população, planos anuais, produzir e enviar relatórios ao Conselho Nacional de Saúde, bem como produzir relatórios anuais. O Ministério da Saúde também disponibiliza uma Interface de Programação de Aplicativo, ou API, que permite que diferentes plataformas de software utilizadas por estabelecimentos de atenção à saúde integrem seus sistemas RES com o *RNDS*, bem como utilizem soluções de blockchain.

Os municípios também estão oferecendo cada vez mais serviços digitais aos cidadãos (CGI.br, 2020^[13]). Por exemplo, a prefeitura de São Paulo desenvolveu aplicativo denominado *Agenda Fácil* que permite aos pacientes agendar, confirmar e cancelar consultas e exames nas unidades de APS do município. De acordo com a última Pesquisa de Governo Eletrônico da TIC (2020^[15]), 25% das prefeituras brasileiras permitem que os pacientes marquem consultas online e, em alguns casos, para consulta através da Internet.

Startups em telemedicina também estão se tornando cada vez mais relevantes. A *Brasil Telemedicina*, fundada em 2010, oferece atendimento médico online. Produz cerca de 60.000 relatórios por mês e tem clientes em mais de 700 cidades brasileiras (Brasil Telemedicina, 2020^[16]). Outra startup, a *Telelaudo*, oferece serviços de telerradiologia 24 horas por dia, 7 dias por semana, e emprega 120 radiologistas, já tendo fornecido mais de 4,7 milhões de relatórios a mais de 450 hospitais (Telelaudo, 2021^[17]).

Quadro 6.3. A COVID-19 tem sido um catalisador para saúde digital e telessaúde no Brasil

O governo federal autorizou em 15 de abril de 2020 o uso da telemedicina durante a pandemia de COVID-19 (por meio da lei nº 13.989/2020). Isso possibilitou a continuidade dos cuidados para pacientes que podem ter receio em visitar fisicamente os centros de atenção à saúde, mas também protegeu os profissionais de atenção à saúde com maior risco de COVID-19 grave (como aqueles com doenças crônicas, grávidas e pessoas com 60 anos ou mais) (ver Capítulos 3 e 4). Para facilitar o acesso das unidades de APS às tecnologias digitais, o Ministério da Saúde também instituiu incentivo excepcional a ser pago aos municípios e estados para cada equipe de saúde ainda não digitalizada, orçando mais de US\$ 83,8 milhões (R\$ 432 milhões) para 2020. A Rede Universitária Brasileira de Telemedicina (*RUTE*) também criou grupo de interesse especial sobre a COVID-19.

A inteligência artificial, especificamente algoritmos de aprendizado de máquina, também tem sido empregada para monitorar a disseminação de infecções SARS-CoV-2 e para pesquisar ativamente por indivíduos que possam ter sido expostos ao vírus. Algoritmos têm sido usados para prever como o vírus se espalhará ainda mais, para avaliar a perspectiva clínica de pacientes individuais, bem como apoiar decisões sobre os tratamentos mais apropriados e para gerenciar leitos hospitalares e outros recursos.

Os chatbots e assistentes virtuais têm sido usados pelas autoridades públicas para fornecer informações precisas sobre o COVID-19 às populações e também para coletar dados que podem ser usados para monitorar a disseminação do vírus. O Ministério da Saúde criou canal WhatsApp para esclarecer dúvidas de cidadãos e profissionais de atenção à saúde e combater a desinformação. Vários estados, como Ceará, Rio Grande de Sul e Amazonas, também utilizaram ferramentas digitais para se comunicar com suas populações e auxiliar na tomada de decisões durante a pandemia.

Essa rápida adoção de ferramentas digitais está potencialmente introduzindo alguns riscos. Por exemplo, a aprovação de emergência de telessaúde durante o COVID-19 (lei 13.989/2020) não inclui qualquer linguagem relacionada à responsabilidade médica, proteção e segurança de dados e informações, licenciamento médico entre estados, nem localização de ato médico para fins fiscais. Embora, em alguns casos, seja claro que outras leis existentes se aplicam (por exemplo, com relação à proteção de dados e responsabilidade médica), a falta de texto específico sobre essas questões pode introduzir incerteza significativa e levar à adoção menor do que seria desejável.

Fonte: CGI.br (2020_[13]), ICT in Health 2019; CGI.br (2020_[15]), ICT Electronic Government 2019; Diário Oficial da União (2020_[4]) PORTARIA Nº 3.193, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2020; Caetano et al. (2020_[18]), Challenges and opportunities for telehealth during the COVID-19 pandemic., <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>.

6.2.2. O progresso em direção à saúde digital tem sido irregular, especialmente na APS

Das 40.880 unidades de APS (do total de 43.200) que responderam à Pesquisa de Saúde da TIC (2020_[13]), estima-se que 3.600 não tinham computadores e 7.200 não estavam conectadas à Internet. As velocidades de conexão à Internet em instalações de APS aumentaram de 2018 para 2019, mas apenas 17% das unidades de APS tinham velocidades acima de 10 Mbps (CGI.br, 2020_[13]). Em todas as instalações de atenção à saúde, apenas 20% das instalações públicas tinham velocidades acima de 10 Mbps, em comparação com 60% das instalações privadas. A Comissão Federal de Comunicações dos Estados Unidos (FCC) recomenda velocidade mínima de 10 Mbps para uma pequena clínica com dois a quatro médicos (ONC, 2019_[19]). Velocidades abaixo de 4 Mbps não são recomendadas se os consultórios quiserem fazer uso simultâneo de sistemas RES e consultas de vídeo de alta qualidade, sem mencionar o monitoramento remoto do paciente. Como muitas instalações públicas de APS são pequenas, essas instalações não contratam conexões de banda larga por conta própria, mas, ao contrário, são adquiridas por secretários de saúde municipais e estaduais. Esse pode ser o motivo pelo qual quase metade (46%) dos gestores em unidades de saúde pública não conhece a velocidade de suas conexões de banda larga (CGI.br, 2020_[13]).

Embora os gerentes de atenção à saúde cada vez mais entendam que seus equipamentos de TIC e conexões de Internet estão atualizados e adequados, há diferenças marcantes entre as percepções dos gerentes em unidades de saúde públicas e privadas (CGI.br, 2020_[13]). A maioria (68%) dos gestores de estabelecimentos privados considera seus equipamentos de TIC novos e atualizados, em comparação com apenas 36% dos gestores em estabelecimentos públicos e 40% dos gestores em unidades de APS. Da mesma forma, 67% dos gestores em estabelecimentos privados consideraram sua conexão à Internet adequada para suas necessidades, em comparação com apenas 31% dos gestores em estabelecimentos públicos de atenção à saúde e 32% em unidades de APS. Esses mesmos padrões são observados entre os trabalhadores da linha de frente, como médicos e enfermeiras. Em instalações públicas e privadas, os gerentes em cidades não capitais eram menos propensos do que os gerentes nas capitais a considerar que seus equipamentos de TIC e conexões de Internet estavam atualizados e apropriados.

Apenas 14% dos estabelecimentos públicos de atenção à saúde (desde grandes instituições com mais de 50 leitos até práticas de APS menores) tinham departamento de TIC, em comparação com 38% dos estabelecimentos privados (CGI.br, 2020_[13]). Entre as unidades de APS, 10% tinham equipes internas de TIC. A parcela de estabelecimentos públicos (16%) com política de segurança da informação foi significativamente menor do que a parcela de estabelecimentos privados com tal política (44%). Entre as unidades de APS, 15% tinham uma política de segurança da informação em vigor. Cerca de 14% dos estabelecimentos públicos adotaram ferramentas de proteção e prevenção contra perda de dados, em comparação com 29% dos estabelecimentos privados. O uso de ferramentas de segurança da informação nas unidades de APS foi especialmente subdesenvolvido, com apenas 40% das instalações possuindo firewall, apenas 27% com bancos de dados criptografados e 16% com ferramentas de prevenção contra

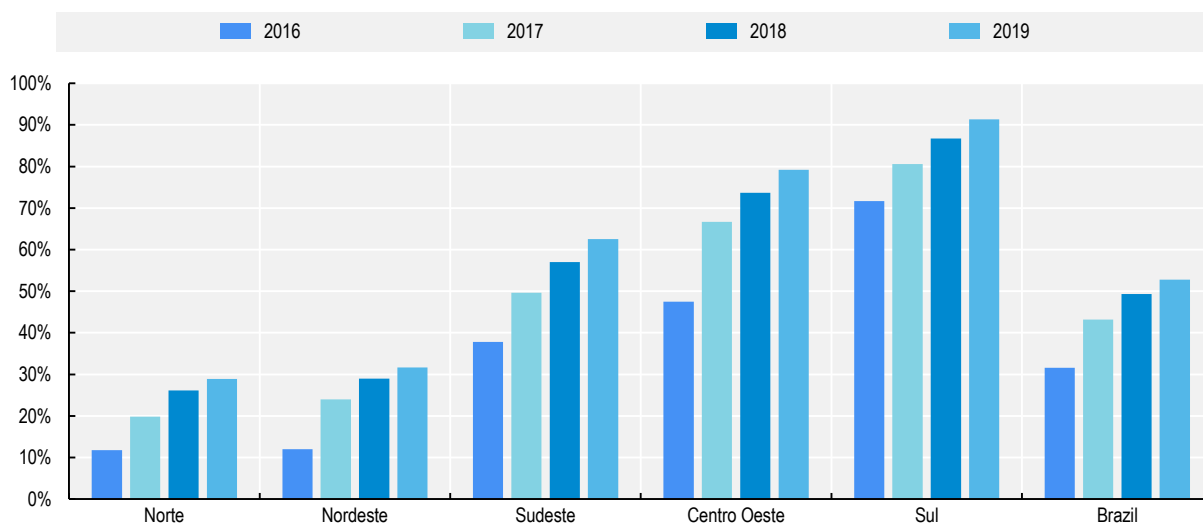
perda de dados. Quase um terço das unidades de APS não tinha acesso protegido por senha aos sistemas eletrônicos.

Em 2019, estima-se que 82% de todas as unidades de atenção à saúde e 78% das unidades de APS tinham sistemas RES (CGI.br, 2020^[13]). Cerca de 18.000 estabelecimentos de atenção à saúde (ou 18% de todos os estabelecimentos) não tinham um sistema RES, 12.000 dos quais eram estabelecimentos públicos. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 62% das equipes de saúde da família foram digitalizadas (utilizando a mesma definição da *Informatiza APS*), restando quase 20.000 equipes não digitalizadas (Ministério da Saúde, 2020^[14]).

A adoção de sistemas RES foi maior nas regiões Sul e Sudeste (em 90% e 83% das instalações nessas regiões, respectivamente) em comparação com as regiões Nordeste e Norte (77% e 74%, respectivamente). As instalações em cidades não capitais ficaram atrás daquelas em cidades capitais no uso de sistemas RES (79% das instalações não capitais em comparação com 92% das instalações nas capitais). Quase um em cada três estabelecimentos públicos e 25% de todas as unidades de APS ainda mantinham os registros clínicos e os dados dos pacientes apenas em papel, em comparação com um em cada dez estabelecimentos privados. Em particular, enquanto a maioria dos médicos em instalações públicas usa prescrição eletrônica, 71% dos médicos assinaram suas prescrições manualmente, em vez de eletronicamente. Entre 2016 e 2019, o número de unidades de APS com sistemas RES aumentou de 13.375 para 21.557, um aumento de 61% em três anos (Ministério da Saúde, 2020^[6]). No entanto, a evolução tem sido muito desigual nas regiões do Brasil (ver Imagem 6.1).

Imagem 6.1. Desigualdades muito grandes no uso de sistemas RES em unidades de APS

Porcentagem de unidades de APS usando sistemas RES nas regiões brasileiras, 2016-19



Fonte: Ministério da Saúde (2020^[6]), Plano Nacional de Saúde 2020-23.

Muitas das populações indígenas do Brasil estão baseadas nas regiões Norte e Nordeste, onde a digitalização está menos avançada. Crianças indígenas menores de um ano apresentam menores taxas de utilização de consultas médicas para acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2020^[6]). Também há desigualdades significativas nas taxas de vacinação contra febre amarela nos estados brasileiros onde a vacinação é recomendada, variando, em 2018, de 21,8% em Sergipe a 100% no Distrito Federal e Roraima (média nacional para todos os estados onde a vacinação é recomendada é 64,1%).

As ferramentas digitais podem ajudar a lidar com essas desigualdades, mas a infraestrutura subjacente precisa estar pronta. Infelizmente, a taxa de digitalização das unidades de APS nos estados brasileiros parece ser inversamente proporcional às desigualdades no estado de saúde e nas necessidades. A parcela de internações hospitalares devido a condições tratáveis na APS é maior em regiões com menor uso de sistemas RES nas unidades de APS: as regiões Norte e Nordeste. A APS digital pode ajudar a reduzir as internações desnecessárias por meio, por exemplo, de melhor prevenção, triagem e monitoramento de condições que são tratáveis na APS (ver Quadro 6.2), mas isso não pode acontecer se os capacitadores necessários de infraestrutura a software e habilidades não estiverem disponíveis.

Embora a maioria das unidades de atenção à saúde tivesse um sistema RES, as informações e os dados contidos nesses sistemas nem sempre eram completos, limitando os benefícios potenciais. As capacidades de apoio à decisão, especificamente, eram baixas, com apenas cerca de um quinto das unidades de saúde (incluindo grandes unidades de internação com mais de 50 leitos, bem como unidades menores de APS) com sistemas RES que permitem, por exemplo, alertas de alergia a medicamentos e dosagem de drogas (CGI.br, 2020_[13]). Apenas cerca de um terço das instalações eram capazes de enviar e receber relatórios de alta ou informações clínicas (ibid.).

Desde 2018, a TIC referente à Pesquisa sobre Saúde coleta dados sobre quantas unidades de atenção à saúde têm sistemas eletrônicos para enviar ou receber dados diretamente de sistemas eletrônicos em outras unidades de atenção à saúde (sejam clínicas de APS ou hospitais). Tanto em 2018 quanto em 2019, a proporção de unidades de atenção à saúde que tinham sistemas para trocar informações foi de 19%, sugerindo que a interoperabilidade e a troca de dados permanecem limitadas no Brasil (CGI.br, 2020_[13]). Essa é uma barreira séria para a APS eficaz, limitando muito a continuidade e a coordenação do cuidado.

Cerca de um em cada cinco estabelecimentos públicos de atenção à saúde e unidades de APS oferecem serviços digitais diretamente aos pacientes (CGI.br, 2020_[13]). Os serviços digitais incluem agendamento de consultas (23% das unidades de APS), exames (20% das unidades) e acesso aos resultados online (22% das unidades). Cerca de um em cada dez permite que os pacientes acessem seus registros de saúde online e 7% das unidades de APS permitem a comunicação com profissionais de saúde.

A telessaúde já está em uso no Brasil há algum tempo, especialmente em áreas remotas como a Amazônia (Santos et al., 2016_[20]). No resto do país, porém, seu uso tem sido muito desigual. Cerca de um quinto dos estabelecimentos de atenção à saúde oferecem serviços de aprendizagem remota (ou e-learning) (CGI.br, 2020_[13]): educação continuada para profissionais de atenção à saúde por meio de videoconferência. A participação das unidades de APS com ensino a distância é maior, chegando a 39%. Esse é o uso mais frequente da telessaúde, com outras aplicações, como teleconsultas em tempo real e monitoramento remoto, tendo menores taxas de adoção. Dito isso, as unidades de APS utilizam mais a telessaúde do que a média das unidades de atenção à saúde no Brasil, com 35% oferecendo teleconsultas e 25% telediagnóstico. Por exemplo, o monitoramento remoto foi implementado em menos de uma em cada dez instalações.

Ao contrário do uso de RES e da Internet, são os estabelecimentos públicos de atenção à saúde os mais ativos nas redes de telessaúde, com praticamente nenhuma participação entre os provedores privados (CGI.br, 2020_[13]). Entre os estabelecimentos públicos, 32% afirmam fazer parte de redes estaduais de telessaúde, 19% afirmam fazer parte do *Programa Nacional telessaúde Brasil Redes* e 11% afirmam participar da Rede Universitária de Telemedicina (*RUTE*). Entre as unidades de APS, as participações foram de 40%, 23% e 14% para as redes estaduais, Programa Rede Brasil Telessaúde e *RUTE*, respectivamente. Apesar desses números animadores, 47% de todos os estabelecimentos públicos de atenção à saúde não fazem parte de nenhuma rede de telessaúde.

O Programa Rede Brasil Telessaúde busca ampliar e melhorar a oferta de assistência à atenção à saúde, principalmente por meio da APS. O programa disponibiliza aos profissionais de atenção à saúde que integram a rede teleconsultas síncronas (tempo real) e assíncronas, telediagnósticos, segundas opiniões

e teleaprendizagem (Ministério da Saúde, 2020^[6]). Em 2015, foi criado o SMART (*Sistema de Monitoramento e Avaliação de Resultados do Programa Telessaúde*) para monitorar o uso dos serviços de telessaúde no Brasil. De 2016 a julho de 2019, pouco menos de 3,5 milhões de serviços de telessaúde (de teleconsultas a sessões de teleaprendizagem) foram registrados pela SMART. Destes, 50% ocorreram na região Sudeste e 36% na região Sul. Apenas 1% das atividades ocorreram na região Norte. Dos 26 estados brasileiros, apenas 18 possuem centros de telessaúde participantes da rede.

Poucos profissionais de atenção à saúde participaram de cursos de treinamento da TIC em 2019, de acordo com a última Pesquisa de Saúde da TIC (2020^[13]). Cerca de 36% dos enfermeiros e 30% dos médicos relataram ter concluído cursos de capacitação em informática em saúde, 8% dos enfermeiros e 6% dos médicos participaram de cursos de especialização e apenas 1% dos enfermeiros e 2% dos médicos se inscreveram para o mestrado ou doutorado em informática em saúde.

Notavelmente, cerca de 60% dos enfermeiros e 43% dos médicos não notaram nenhuma carga de trabalho adicionada ou reduzida como consequência do uso de computadores e da Internet (CGI.br, 2020^[13]). Os enfermeiros foram menos propensos do que os médicos a dizer que o uso do computador e da Internet diminuiu sua carga de trabalho (17% dos enfermeiros em comparação com 33% dos médicos). De forma mais ampla, os profissionais de atenção à saúde têm visões extremamente positivas sobre o uso de sistemas eletrônicos em suas instalações. Cerca de 90% dos médicos e enfermeiros consideraram que a implementação de sistemas eletrônicos melhorou a eficiência do trabalho em equipe. Mais de 80% concordaram que o uso de sistemas eletrônicos resultou em maior qualidade de atendimento, bem como maior eficiência nos serviços.

6.2.3. A APS digital eficaz requer foco nos facilitadores fundamentais

A verdadeira transformação digital da APS no Brasil não acontecerá sem alguns fundamentos básicos. Esses habilitadores básicos - individualmente necessários, embora não suficientes - incluem conectividade com a Internet, hardware apropriado (por exemplo, computadores, tablets, servidores etc.), padrões e interoperabilidade para coleta e compartilhamento de dados, software (como sistemas RES), segurança de TIC e, crucialmente, treinamento adequado do pessoal clínico e administrativo, inclusive por meio do gerenciamento de mudanças. Todos esses elementos exigem investimentos e recursos de diferentes níveis de governo, desde o governo federal até os municípios e equipes de saúde da família.

Fornecimento de energia confiável e conectividade rápida são indispensáveis

O fornecimento adequado de eletricidade e a conectividade com a Internet são vitais. Conforme discutido, número significativo de unidades de APS não tem conexão com a Internet e a maioria tem velocidades que são provavelmente insuficientes para fazer uso simultâneo de sistemas RES, consultas de vídeo de alta qualidade e monitoramento remoto de pacientes. Entre as principais barreiras à digitalização relatadas por 12 municípios no contexto do recente projeto piloto em Alagoas estavam o fornecimento de energia elétrica não confiável e a falta de banda larga suficientemente rápida (Ministério da Saúde, 2020^[14]). Em alguns casos, não havia fornecedores de banda larga (ibid.). Um estudo de 2018 com 91 fornecedores de eletricidade atendendo 81 milhões de residências, descobriu que a qualidade do fornecimento varia entre as regiões, com cidadãos em localidades remotas, como o Amazonas, tendo eletricidade significativamente menos estável do que alguém que vive em São Paulo (Idec, 2018^[21]).

A geografia do Brasil (quase oito vezes o tamanho da França e da Espanha juntas) e a população esparsamente distribuída são certamente um desafio para a conectividade inclusiva (OCDE, 2020^[22]). A Estratégia Brasileira para a Transformação Digital (E-Digital), juntamente com o programa Brasil Conectado, foram fundamentais na expansão da conectividade de banda larga (OCDE, 2020^[11]). Ainda assim, as metas de conectividade se concentraram exclusivamente nas escolas e não fizeram menção explícita de velocidades de conexão concretas ou confiabilidade. O Brasil poderia explorar como as cooperativas rurais podem ajudar a trazer fornecimento estável de eletricidade e banda larga acessível,

como feito na Dakota do Norte, e aproveitar os esforços do setor privado para conectar as populações rurais no Peru (ver Quadro 6.4).

Quadro 6.4. Trazendo fornecimento estável de eletricidade e conectividade com a Internet para áreas rurais

Rede da operadora Dakota: consórcio de pequenas empresas rurais independentes e cooperativas

As organizações mútuas e cooperativas locais, que foram cruciais para levar serviços elétricos e telefônicos às áreas rurais dos Estados Unidos na década de 1900, agora estão tentando fazer o mesmo com a conectividade com a Internet. Com mais de 200 cooperativas rurais construindo redes de banda larga avançadas em todo o país, as evidências sugerem que essas redes podem ser mais baratas e rápidas do que as redes do setor privado (OCDE, 2021^[23]). Em Dakota do Norte, estado rural e com baixa densidade populacional, em 2019, os residentes rurais tinham velocidades de conexão melhores do que as velocidades médias de fibra em áreas rurais e urbanas em todo o país. Essa conquista foi creditada à Dakota Carrier Network, "organização guarda-chuva" formada por pequenas empresas e cooperativas rurais independentes. Com apoio financeiro por meio do Programa de Oportunidades de Tecnologia de Banda Larga federal, além de conectar cidadãos, a organização também está implantando rede dedicada de 10 Gbps para cobrir a atenção à saúde para viabilizar a telemedicina e a troca de dados.

Internet para Todos: Colaboração do setor privado para levar a conectividade da Internet à zona rural do Peru

Uma colaboração entre o IDB Invest (braço do setor-privado do IDB Group), a Telefônica, o Facebook e o Banco de Desenvolvimento da América Latina (CAF), *Internet para Todos* é uma operadora atacadista com novo modelo de negócio que visa a oferecer conectividade com a internet nas áreas rurais do Peru, com fins lucrativos (IADB, 2020^[24]). As instituições financeiras fornecem recursos com visão de longo prazo, enquanto a Telefônica coloca sua infraestrutura à disposição das operadoras rurais. Até o final de 2021, a empresa espera ter conectado 6 milhões de pessoas em mais de 30.000 áreas rurais. A expansão para outras partes da América Latina está sendo considerada, começando na Colômbia.

Fonte: (OCDE, 2021^[23]; IADB, 2020^[24])

Municípios remotos e rurais enfrentam barreiras significativas para conectividade confiável e rápida, bem como fornecimento de energia estável. Esses locais geralmente têm recursos mais limitados, mas enfrentam custos mais altos de fornecedores de banda larga do que grandes municípios com melhores recursos em áreas urbanas. Parcerias entre o Ministério da Saúde, Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação e Ministério da Defesa para conectar unidades de APS, principalmente em localidades remotas, são fundamentais. É importante avaliar o impacto dessas iniciativas. Por exemplo, o já citado programa da *RNP* que visa a conectar 16 mil unidades básicas de saúde está limitado a 12 meses e não parece estabelecer metas concretas em termos de velocidade ou confiabilidade de conexão. Sem conectividade adequada com a Internet, as regiões mais carentes e remotas do Brasil ficarão ainda mais para trás, com uma transformação digital em nível nacional agravando em vez de reduzir as desigualdades regionais existentes.

Incentivos puramente financeiros podem ser úteis, mas a capacitação ainda é uma grande barreira

O projeto piloto Conecte SUS em Alagoas forneceu aos municípios até US\$ 1.940 (R\$ 10.000) por unidade de APS não conectada (Ministério da Saúde, 2020^[14]). Apesar disso, no período em avaliação, a digitalização em Alagoas ficou aquém da média da região Nordeste, bem como da média brasileira geral (ibid.). Não há dúvida de que o apoio financeiro é necessário para ajudar as unidades de APS e os municípios a adquirirem produtos e serviços essenciais de TIC. Ainda assim, os resultados em Alagoas mostram que o apoio financeiro por si só não é suficiente. Uma das barreiras para a digitalização relatadas pelos 12 municípios de Alagoas foi a falta de equipe de implementação (Ministério da Saúde, 2020^[14]).

Não são apenas as habilidades digitais entre os profissionais de atenção à saúde que importam, mas também as habilidades, o tempo e a apropriação necessários para impulsionar a digitalização das unidades de APS. O piloto de Alagoas planejava realizar oficinas de capacitação em três regiões do Estado, mas por conta do COVID-19 acabou realizando oficinas em apenas uma região. Essa região (a *1ª Região de Saúde de Alagoas*) foi responsável por metade do aumento total da digitalização durante o piloto. O workshop capacitou profissionais de 19 municípios na instalação e utilização do sistema e-SUS AB RES (PEC) e demais softwares e-SUS, além de capacitar os profissionais presentes sobre como eles próprios poderiam treinar seus colegas. Outra atividade importante no workshop foi estabelecer o cronograma e as responsabilidades para a implementação do sistema RES. Embora existam outras razões para o sucesso da *1ª Região de Saúde de Alagoas*, como o elevado grau de urbanização, é provável que a oficina de capacitação tenha tido impacto positivo.

Não são apenas os profissionais de atenção à saúde, mas também, de maneira crucial, os gestores que lideram a digitalização dos serviços de saúde. Na Inglaterra, desde 2017, a NHS Digital Academy vem treinando líderes clínicos e de tecnologia da informação para apoiar a transformação digital do Serviço Nacional de Saúde (em inglês, *National Health Service* ou NHS). A Academia é ministrada por meio de parceria entre o Imperial College London, a University of Edinburgh e a Harvard Medical School (Socha-Dietrich, 2021^[25]). Seu principal programa de Liderança em Saúde Digital combina conteúdo em liderança e gestão de mudança, informática em saúde e análise de dados, sistemas de saúde e design centrado no usuário, bem como informática para o cidadão, entre outros assuntos. No Brasil, a implementação do Programa Educacional em Saúde Digital é um passo na direção correta. O programa foi instituído em 2020 pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em parceria com a Universidade Federal de Goiás. Em 2021, o programa inclui a especialização em saúde digital, tanto para trabalhadores da área de saúde quanto para administradores nos níveis estaduais e municipais.

Conforme mencionado, o sistema RES está no centro do APS digital. É impossível enviar alertas de vacinação, sugerir terapias com base em registros clínicos e prever resultados clínicos quando os registros do paciente não estão digitalizados. Como visto, a grande maioria das unidades de atenção à saúde, especialmente as práticas menores de APS, não têm suporte à decisão e recursos de troca de informações dentro de seus sistemas RES. No entanto, o Brasil demonstrou ser capaz de fazer progressos rápidos. Em apenas três anos (2016-19), a proporção de unidades públicas de atenção à saúde com sistemas RES capazes de (CGI.br, 2020^[13]): listar todos os resultados laboratoriais de um paciente aumentou de 17% para 41%; a listagem de todos os pacientes que usam um fármaco específico passou de 18% para 40%; a prescrição eletrônica de medicamentos aumentou de 29% para 51%. Essas são funcionalidades essenciais no apoio à APS, especialmente quando se estima que o objetivo de uma em cada cinco consultas médicas não é clínico, mas para solicitar prescrições e certificados (Mendes, 2011^[26]; Marshall, Shah and Stokes-Lampard, 2018^[27]). Vincular o financiamento da APS digital ao uso de funcionalidades específicas pode ser uma maneira poderosa de aumentar a adoção (mais sobre isso na seção 6.4.2).

Quadro 6.5. Principais recomendações para aumentar a digitalização das unidades de APS

Garantir fornecimento confiável de energia e conectividade rápida em todas as unidades de APS

- Definir metas ambiciosas e claras para confiabilidade e velocidade das conexões como parte das colaborações existentes e futuras entre o Ministério da Saúde e outros ministérios e a *RNP* para aumentar a conectividade com a Internet nas unidades de APS. Melhorar a cooperação entre entidades governamentais e entre os diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal) para a implementação de iniciativas de conectividade de banda larga.

Expandir a digitalização das unidades de APS por meio de apoio financeiro e capacitação

- Expandir o pagamento financeiro do projeto piloto Conecte SUS de Alagoas a todo o território brasileiro. Condicionar o recebimento de apoio financeiro à participação de funcionários municipais e estaduais em oficinas de capacitação e desenvolver treinamentos específicos para executivos seniores. Definir metas quantitativas ambiciosas e claras para a adoção e uso de sistemas RES (como *e-SUS AB*), incluindo o uso eficaz de prescrição eletrônica de medicamentos e troca de dados clínicos e administrativos entre as unidades. Enfatizar a importância da segurança cibernética como consequência inevitável da dependência operacional das unidades de APS em sistemas digitais.

Observação: ver também as recomendações na *Análise de Telecomunicações e Radiodifusão da OCDE do Brasil 2020* (OCDE, 2020_[22]) e as *Revisões da OCDE sobre a Transformação Digital: A Caminho da Era Digital no Brasil* (OCDE, 2020_[11]), bem como a *Recomendação do Conselho sobre Conectividade de Banda Larga* (OCDE, 2021_[28]).

6.3. As divisões digitais representam barreiras para uma APS digital eficaz

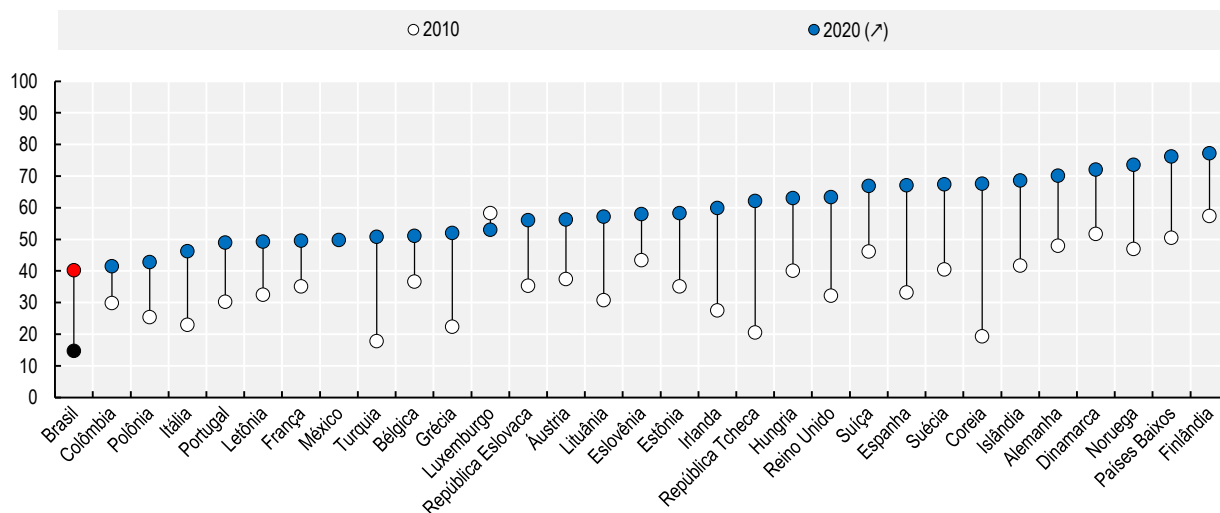
Mesmo se o Brasil quebrasse todas as barreiras à conectividade e digitalização das unidades de APS, ainda persistiriam desigualdades significativas no uso de tecnologias e ferramentas digitais entre seus cidadãos. Embora o país tenha progredido muito nos últimos anos, milhões de brasileiros ainda estão excluídos digitalmente e, o que é pior, há associação clara entre as desigualdades digitais e sociais no país. Evidentemente, a APS digital não pode ser eficaz se as populações - especialmente as que mais precisam - não tiverem acesso aos serviços digitais.

6.3.1. Os cidadãos brasileiros nunca estiveram tão conectados, mas ainda persistem nítidas diferenças digitais

De acordo com a mais recente Pesquisa de Domicílios TIC, em 2019, 50,7 milhões de domicílios brasileiros (ou 134 milhões de indivíduos) tinham acesso à Internet (correspondendo a 71% de todos os domicílios), um aumento de 5,2 milhões de domicílios conectados em relação a 2018 (CGI.br, 2020_[29]). Os brasileiros estão mais conectados, mas também mais engajados digitalmente. Mais de dois em cada três utilizadores da Internet com 16 anos ou mais utilizaram serviços de governo eletrônico em 2019 (ibid.). Entre 2010 e 2019, a proporção de indivíduos que usam a Internet para procurar informações de saúde mais que dobrou, passando de cerca de 15% em 2010 para 40% em 2019 (ver Imagem 6.2). Apesar dessas melhorias claras, o país está classificado abaixo dos países da OCDE em indicadores de aceitação e uso digital, e as divisões digitais tendem a refletir divisões “analógicas” (OCDE, 2020_[11]; BNDES, 2017_[30]).

Imagem 6.2. Mais brasileiros estão buscando informações sobre saúde online

Porcentagem de indivíduos que usaram a Internet para buscar informações sobre saúde nos últimos três meses, em 2010 e 2020



Observação: Diferenças na metodologia na Colômbia em 2010 e na Coreia em 2010 e 2019. Os dados mais recentes para a Colômbia são 2018 e para a França, Suíça e México, 2019 (não 2020). Especificamente para o Brasil, os dados são de 2010 e 2020 e são coletados pelo CETIC.

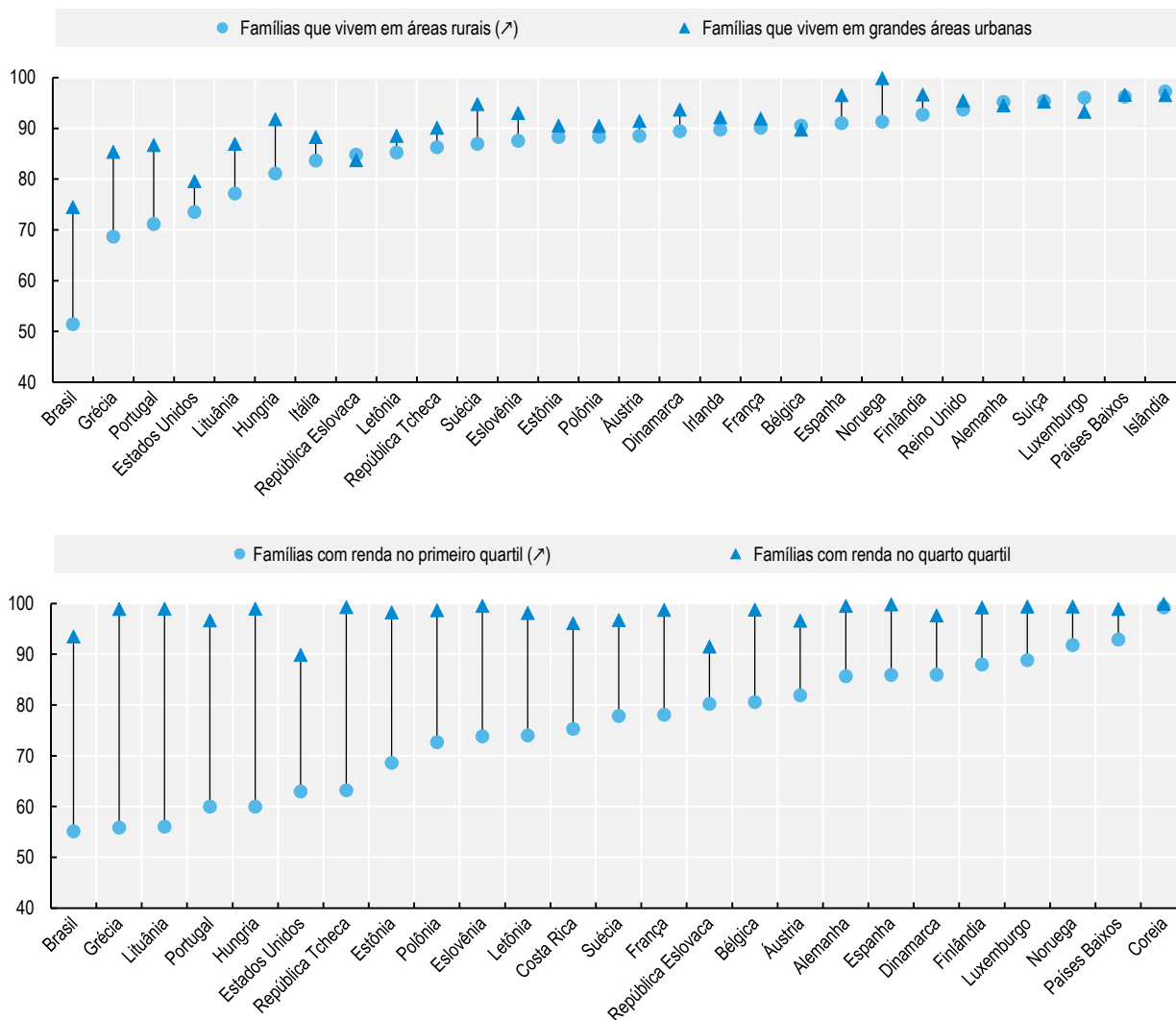
Fonte: Acesso e Uso das TIC da OCDE por Famílias e Indivíduos (banco de dados), http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=ICT_HH2.

As divisões digitais refletem as desigualdades sociais que limitam o fornecimento de APS digital eficaz

Existe associação clara entre desigualdades digitais e sociais no Brasil (Ver Imagem 6.3). Apesar de aumentos importantes na conectividade, quase 47 milhões de brasileiros não usaram a Internet em 2019 (CGI.br, 2020^[29]). Entre os não usuários, a grande maioria tinha menor escolaridade (85%) e menor nível socioeconômico ou SES (95% pertenciam às classes C e DE²). Além disso, persistem disparidades regionais de uso. A diferença entre a proporção de domicílios conectados nas regiões Sudeste (75%) e Nordeste (65%) é de 10 pontos percentuais (ibid.). De acordo com a mais recente Pesquisa Domiciliar da TIC (2020^[29]), cerca de 20 milhões de domicílios brasileiros não tinham acesso à Internet em 2019, sendo 6,4 milhões de domicílios da região Nordeste. Os domicílios com menor SES representavam a maioria dos domicílios sem acesso à Internet (13 milhões de domicílios das classes DE não tinham acesso em 2019). Em 2019, quase 35 milhões estavam desconectados nas áreas urbanas (23%) e 12 milhões nas áreas rurais (47%).

Imagem 6.3. Existem diferenças digitais importantes no acesso à Internet em casa

Porcentagem de domicílios com acesso à Internet de banda larga em casa, 2020



Observação: Diferenças na metodologia para renda na Coreia, Brasil e Estados Unidos, e para áreas rurais/urbanas apenas nos Estados Unidos. Os dados de receita do Brasil, Estados Unidos, Costa Rica e França são de 2019; os dados de ruralidade para Brasil, Estados Unidos, França, Reino Unido e Suíça são de 2019. Especificamente para o Brasil, os dados são coletados pelo CETIC. Os dados de renda são coletados por meio de faixas de salários mínimos. Os dados relatados foram agregados da maneira que melhor se ajustam à distribuição em 4 categorias equilibradas. A não resposta de receita não está incluída. As áreas são definidas como urbanas ou rurais de acordo com a legislação local, compilada pelo NSO. Os dados relatados referem-se a áreas urbanas (densamente povoadas) e rurais (pouco povoadas).

Fonte: Acesso e Uso das TIC da OCDE por Famílias e Indivíduos (banco de dados), http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=ICT_HH2.

Conforme mencionado, em 2019, 40% dos usuários de Internet no Brasil buscavam informações sobre saúde ou serviços de atenção à saúde online (CGI.br, 2020_[29]). A proporção de indivíduos que buscam informações sobre saúde na Internet foi menor entre aqueles com 60 anos ou mais, bem como nos grupos com menor SES (classes DE). Apenas 23% dos internautas pesquisaram ou usaram serviços públicos de saúde (CGI.br, 2020_[29]).

Embora o Brasil tenha feito progresso significativo na implementação de serviços digitais do governo, certos grupos de indivíduos não estão aproveitando ao máximo. De acordo com a Pesquisa Domiciliar da TIC de 2019 (2020_[29]), aqueles com menor probabilidade de usar serviços e-governamentais incluem

peessoas com 60 anos e mais velhos (46% usam serviços e-governamentais em comparação com 75% de 25 a 34 anos), aqueles com níveis de educação mais baixos (46% daqueles com ensino fundamental em comparação com 87% daqueles com ensino superior), e aqueles de grupos com baixo SES (48% nas classes DE contra 88% na classe A).

6.3.2. A APS digital equitativa começa garantindo a aceitação e o uso digital

É claro que a transformação digital da APS pode ter vários benefícios para populações e indivíduos, mas também há o risco de que as clivagens digitais aumentem as clivagens sociais, agravando as desigualdades existentes e aprofundando a exclusão social. Com as clivagens digitais tão claramente alinhadas com as desigualdades sociais no Brasil, existe sério risco de que uma transformação digital da APS venha a agravar as clivagens sociais existentes. Uma APS digital eficaz que alcance todos os brasileiros só é possível se todos os cidadãos não apenas estiverem conectados, mas também puderem dar as suas opiniões na concepção de serviços de APS digitais.

Inclusão digital como base para uma APS digital para todos

As políticas de inclusão digital do Brasil têm se concentrado em levar a Internet a áreas remotas e comunidades isoladas (OCDE, 2020_[11]). É o caso do programa *Governo Eletrônico - Serviço de Atendimento ao Cidadão* ou *GESAC*, criado em 2002 para fornecer internet banda larga gratuita para telecentros, escolas, postos de atenção à saúde e também aldeias indígenas e socialmente comunidades vulneráveis (OCDE, 2018_[1]). Outros programas³ incluem o Programa de Inclusão Digital, o Projeto Cidadão Conectado, o Projeto Um Computador por Aluno e o Programa Telecentros.BR (OCDE, 2018_[1]). O programa *Internet para Todos* é a expansão mais recente do *GESAC*, com foco no subsídio de conexões de banda larga para mais de 30.000 localidades e distritos no Brasil sem conexão.

A criação de telecentros em todo o Brasil na década de 2000 foi uma das primeiras iniciativas em nível federal para promover a inclusão digital (CGI.br, 2020_[31]). Telecentros são espaços públicos que disponibilizam computadores com conexão à Internet gratuita para acesso de todos, além de oficinas, cursos e treinamentos. De acordo com a mais recente Pesquisa dos Centros de Acesso Público de TIC 2019, que reúne informações sobre telecentros, 45% dos telecentros não estavam operacionais nos três meses anteriores à recolha de dados, sendo o motivo mais citado a falta de computadores e ligação à Internet, seguido de perto por falta de manutenção e recursos financeiros (CGI.br, 2020_[31]). O número de telecentros em uso diminuiu em relação à Pesquisa anterior em 2013, uma possível razão é que o programa original do telecentro estipulava que após período inicial de cinco- anos de apoio do governo federal, o equipamento seria doado aos municípios (OCDE, 2020_[11]).

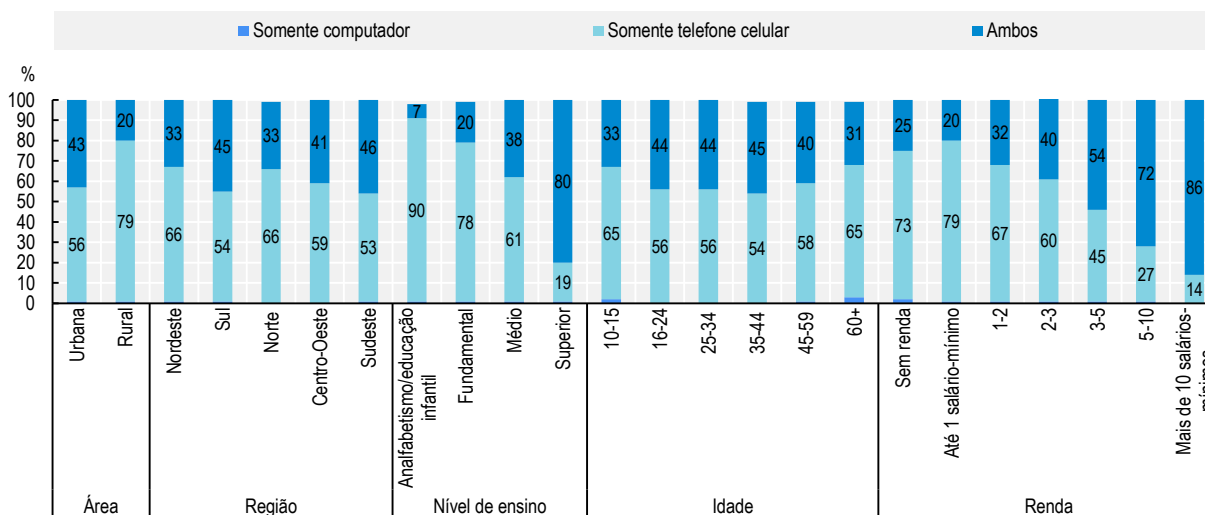
Em 2015, o *Tribunal de Contas da União* revisou as políticas públicas relacionadas à inclusão digital, encontrando dificuldades na coordenação dos diferentes níveis de governo, estudos anteriores para informar e estruturar novas políticas e ações limitadas, e nenhum monitoramento sistemático e avaliação de programas (Tribunal de Contas da União, 2015_[32]). Em 2018, o Escritório de Auditoria Federal chamou novamente a atenção para a falta de coordenação entre os governos federal, estadual e municipal, e apontou que muitos municípios não possuem telecentros (Tribunal de Contas da União, 2018_[33]).

Muitas políticas e programas para promover a alfabetização digital e o uso de TICs se concentram nos jovens e nas escolas, que são inegavelmente importantes e levarão a melhorias na inclusão digital nas próximas décadas (OCDE, 2020_[11]). No entanto, são os idosos que mais precisam e acessam a APS (Mendes et al., 2019_[34]), e muito mais deve ser feito hoje para incluir os brasileiros mais velhos na transformação digital. Além de fortalecer o papel dos telecentros como provedores de treinamento, especialmente em áreas rurais e remotas, é importante desenvolver abordagem multicanal para a inclusão de grupos vulneráveis com maior probabilidade de necessitar e acessar a APS. Tal abordagem não pode ignorar o papel crucial que os telefones celulares desempenham como meio de acesso à Internet para

indivíduos mais velhos, bem como para aqueles de áreas rurais, aqueles com rendimentos mais baixos e aqueles com níveis de educação mais baixos (ver Imagem 6.4).

Imagem 6.4. Os telefones celulares são o único meio de acesso à Internet para grupos mais vulneráveis

Os grupos mais velhos, rurais, de baixa renda e de menor escolaridade têm maior probabilidade de usar apenas telefones celulares para acessar a Internet



Observação: SM = salário mínimo.

Fonte: *Famílias TIC 2019: Pesquisa de Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação em Domicílios Brasileiros* (banco de dados) <https://cetic.br/en/pesquisa/domicilios/indicadores/> (acessado em março de 2021).

O acesso à banda larga móvel está por trás do rápido aumento do acesso à Internet entre a população brasileira (OCDE, 2020^[11]). A dependência exclusiva da conectividade móvel pode impedir que alguns usuários acessem serviços mais sofisticados que exigem velocidades mais altas (por exemplo, teleconsultas em tempo real), seja porque essas velocidades não estão disponíveis ou os planos de dados são proibitivamente caros. O fato de o uso exclusivo de telefones celulares para acesso à Internet estar associado a grupos mais vulneráveis pode significar que os cidadãos que mais podem se beneficiar da APS digital também têm menos probabilidade de acessá-la. Por isso, é importante adotar estratégia dupla de desenvolvimento de novos canais para atingir esses grupos vulneráveis em plataformas móveis, associada a melhorias na conectividade de banda larga de alta velocidade e habilidades digitais, por exemplo, por meio da expansão de telecentros.

O uso de serviço de mensagens curtas (SMS) e aplicativos móveis para fornecer serviços governamentais já é realidade em muitos países, especialmente na Coreia, país que liderou o Índice de Governo Digital da OCDE 2019 e onde os cidadãos podem acessar serviços governamentais em seus telefones celulares. Nos Estados Unidos, o governo estabeleceu uma primeira estratégia móvel para garantir que os serviços governamentais sejam compatíveis com dispositivos móveis (United Nations, 2020^[35]). Na Finlândia, o governo criou portal centralizado de loja one-stop multicanal que está vinculado a outros portais especializados, promovendo assim a equidade no acesso do cidadão aos serviços digitais do governo (ibid.).

Adotando uma abordagem focada no usuário para a APS digital

Uma abordagem *focada no usuário* descreve as ações governamentais que permitem que os cidadãos e empresas indiquem e comuniquem suas próprias necessidades e, assim, conduzam a formulação de políticas governamentais e serviços públicos (OCDE, 2020^[36]). Isso requer a mudança do foco centrado no governo para uma abordagem centrada no usuário que coloque as necessidades dos usuários no centro dos processos e serviços de transformação digital. Uma dificuldade comum em muitas iniciativas de saúde digital é que elas não conseguem se envolver adequadamente com profissionais de saúde e cidadãos, levando a produtos e serviços que não são relevantes para os usuários e não agregam valor (WHO and ITU, 2012^[37]).

As necessidades do usuário devem ser a base da transformação digital da APS. Desde o design e desenvolvimento do serviço até a implementação e monitoramento, o usuário deve estar presente durante todo o ciclo de vida (OCDE, 2020^[36]). Ao longo do processo, deve haver oportunidades para feedback e até mesmo co-criação. O que é fundamental, especialmente no contexto brasileiro, é que uma abordagem focada no usuário que seja acessível e inclusiva é também uma abordagem que produz serviços mais acessíveis e inclusivos. Juntamente com a estratégia para aumentar a alfabetização digital entre os cidadãos, uma abordagem focada no usuário pode envolver os cidadãos que são mais vulneráveis e mais excluídos digitalmente. Na verdade, a abordagem de orçamento participativo agora amplamente utilizada é criação brasileira, implementada pela primeira vez na cidade de Porto Alegre (OCDE, 2019^[38]). O orçamento participativo permite que os cidadãos opinem sobre como os orçamentos (geralmente locais) são formados e como o dinheiro público é gasto. Em Porto Alegre, amplamente vista como história de sucesso, milhares de pessoas expressaram suas preferências ao longo dos anos, afetando a forma como milhões de dólares foram gastos e, o que é mais importante - porque as minorias e grupos vulneráveis foram às vezes super-representados - transferindo dinheiro público para onde era mais necessário (Local Government Association, 2016^[39]).

Quadro6.6. Principais recomendações para promover a adoção e o uso da APS digital pelos cidadãos

Concentrar-se na eliminação de divisões digitais como base para uma APS digital eficaz

- Fortalecer o papel dos telecentros como provedores de treinamento, especialmente em áreas rurais e remotas, e garantir financiamento e assistência técnica apropriados em todos os níveis de governo. Paralelamente, desenvolver abordagem multicanal que se concentre no acesso móvel para alcançar grupos vulneráveis que têm maior probabilidade de precisar e acessar a APS.

Os usuários devem estar no centro, se não os condutores, de verdadeira transformação digital da APS

- Desenvolver conteúdo, serviços e aplicativos que atendam às necessidades dos profissionais de saúde, mas especialmente dos cidadãos, especialmente aqueles com baixa aceitação digital, por exemplo, pessoas de baixa escolaridade, baixa renda e idosos. Continuar a expandir o acesso do paciente às suas informações pessoais de saúde.

Observação: ver também as recomendações nas *Revisões da OCDE sobre a Transformação Digital: A Caminho da Era Digital no Brasil* (OCDE, 2020^[11]) e a *Análise do Governo Digital da OCDE do Brasil: Rumo à transformação Digital do setor público* (OCDE, 2018^[11]), bem como o *Recomendação do Conselho relativa à conectividade de Banda Larga* (OCDE, 2021^[28]).

6.4. Estrutura de governança adequada para fornecer uma APS digital

O governo do Brasil está dividido em 26 estados e o distrito federal, e bem mais de 5.000 municípios. Os municípios recebem o status de entes federados, no mesmo nível dos estados. Embora exista grande heterogeneidade na área geográfica e populacional, bem como nos indicadores sociais e econômicos, entre as jurisdições subnacionais, todos os municípios brasileiros gozam do mesmo estatuto jurídico (OCDE/UCLG, 2019^[40]). Em 2015, 17 municípios tinham mais de 1 milhão de habitantes (22% da população). Cerca de 44% dos municípios tinham menos de 10 mil habitantes. O Brasil também possui 438 regiões de saúde, que são compostas por municípios, e também são muito heterogêneas em sua demografia, indicadores socioeconômicos e estruturas de governança (Ministério da Saúde, 2020^[6]). A colaboração e a coordenação entre essas estruturas múltiplas são muito complexas, mas são cruciais para uma transformação digital bem-sucedida da APS.

6.4.1. O governo descentralizado do Brasil apresenta desafios para a APS digital

A descentralização pode ter benefícios econômicos e administrativos, desde serviços que estão mais bem alinhados com as necessidades locais, a experimentação local mais inovadora, ao crescimento econômico impulsionado pela concorrência e responsabilidade nos serviços públicos (OCDE, 2019^[38]). No entanto, também existem desafios. Algumas das desvantagens mais relevantes no contexto da transformação digital da APS no Brasil incluem responsabilidades sobrepostas, deseconomias de escala e falta de capacidades humanas e técnicas.

Uma transformação digital da APS não pode ocorrer sem arranjos de governança adequados, de liderança e coordenação a modelos e recursos institucionais (OCDE, 2020^[2]). O *Índice de Governo Digital da OCDE* estabelece quatro facetas transversais que podem ser usadas para enquadrar o progresso em direção aos serviços públicos digitais, incluindo na APS (ver Quadro 6.7): *abordagem estratégica* com visão, objetivos, metas e ações claras; as ferramentas e *alavancas de políticas* específicas para conectar estratégias a ações de políticas; capacidade de *implementação* que transforma objetivos e estratégias em programas efetivos e concretos; e, finalmente, atividades de *monitoramento* para fazer balanço do progresso e feedback das estratégias.

Quadro 6.7. O Índice de Governo Digital da OCDE

O Índice de Governo Digital da OCDE (DGI) é a base do trabalho da OCDE sobre governo digital e dados do setor público. Construído com base na Recomendação da OCDE sobre Estratégias de Governo Digital, o Índice responde à necessidade de instrumento de medição para rastrear a adoção de políticas governamentais digitais em países membros da OCDE e parceiros. O Índice de Governo Digital baseia-se na Estrutura de Política de Governo Digital da OCDE, que caracteriza um governo digital maduro como:

- sendo **digital por design** ao governar e alavancar tecnologias digitais para repensar e reestruturar a engenharia de processos públicos, simplificar procedimentos e criar novos canais de comunicação e engajamento com as partes interessadas;
- sendo **orientado por dados** ao avaliar os dados como um ativo estratégico e estabelecer os mecanismos de governança, acesso, compartilhamento e reutilização para a melhor tomada de decisão e entrega de serviços;
- **atuando como plataforma** ao implantar plataformas, padrões e serviços para ajudar as equipes a se concentrarem nas necessidades do usuário no design e na entrega de serviços públicos;
- estando **aberto por padrão** ao disponibilizar ao público dados governamentais e processos de elaboração de políticas, dentro dos limites da legislação e em equilíbrio com o interesse público e nacional;
- estando **focado no usuário** ao cumprir função central para as necessidades e conveniência das pessoas na formação de processos, serviços e políticas; e adotando mecanismos de habilitação inclusivos;
- sendo **proativo** ao antecipar as necessidades das pessoas e respondê-las rapidamente, evitando a necessidade de dados complicados e processos de entrega de serviços.

Fonte: OECD (2020_[2]), Digital Government Index: 2019 results, <https://doi.org/10.1787/4de9f5bb-en>.

A abordagem estratégica do Brasil é exemplar, consubstanciada na excelente e abrangente ESD28. No entanto, como outros países da OCDE, o Brasil tem sido melhor na adoção de estratégias do que na promoção e monitoramento de sua implementação. A ESD28 apresenta visão ambiciosa para a saúde digital no Brasil, mas será difícil de concretizar. Isto porque há riscos significativos, conforme identificado no *Kit de Ferramentas de Estratégia de eSaúde Nacional da OMS / UIT (2012_[37])*, a saber: capacidade de recursos insuficiente e desequilibrada geograficamente, financiamento escasso, foco de implementação muito amplo e indisponibilidade da infraestrutura necessária (este último já foi discutido nas seções anteriores). A essas barreiras, pode-se acrescentar a falta de clareza na atribuição de responsabilidades entre os níveis de governo.

No Brasil, a divisão de responsabilidades não é clara em várias áreas, inclusive na atenção à saúde (OCDE, 2019_[38]). Esse é frequentemente o caso em áreas de política que são “compartilhadas” entre os níveis de governo, como é o caso da atenção à saúde no Brasil. Isso pode resultar em duplicação, deslocamento de custos e ineficiências de escala. A Estratégia de eSaúde de 2017 do governo observou que as iniciativas para criar uma arquitetura nacional de eSaúde careciam de alinhamento e continuidade, levando à frustração, ceticismo de que tal programa pudesse funcionar e desmotivação no combate às barreiras inevitáveis (Ministério da Saúde, 2017_[10]). Também foi mencionado que as estratégias e os investimentos vêm sendo tradicionalmente definidos e executados de forma isolada pelos governos federal, estadual e municipal. Apesar da existência de iniciativas de alta qualidade na digitalização da

atenção à saúde, elas permaneceram como “ilhas de excelência” devido à falta de integração entre os níveis de governo (Ministério da Saúde, 2017^[10]).

Os pequenos municípios, especialmente, enfrentam barreiras significativas à digitalização das unidades e equipes de APS. Como as responsabilidades são “compartilhadas”, os três níveis de governo são frequentemente dependentes uns dos outros para implementar as ações estabelecidas na ESD28. Isso pode levar a atrasos na adoção devido a bloqueios em diferentes níveis de governo (Andrade et al., 2019^[41]). Os municípios são responsáveis por muitas etapas importantes na digitalização da APS, desde a compra de equipamentos e software de TIC até a contratação de especialistas em TIC. Municípios menores podem ter capacidade limitada para gerenciar esses processos. Um exemplo é a exigência de renovação da contratação de serviços essenciais a cada cinco anos, o que tem sido apontado como entrave à expansão e manutenção da infraestrutura de TIC (Ministério da Saúde, 2017^[10]). Não é incomum que municípios menores, e até mesmo maiores, não tenham nenhum planejamento de TIC de longo prazo (Veloso et al., 2011^[42]).

Os compromissos financeiros também talvez não tenham sido tão ambiciosos quanto as agendas estabelecidas nas estratégias anteriores e na ESD28. Isso levou a uma situação em que alguns municípios são responsáveis pela digitalização dos serviços de APS, mas não possuem os recursos necessários para fazê-lo. Em outras palavras, são mandatos sem financiamento (OCDE, 2019^[38]). Desde 2014, o Ministério da Saúde disponibiliza pagamento mensal de US\$117 (R\$603,38) para unidades de APS que buscam melhorar sua conectividade (Ministério da Saúde, n.d.^[43]). A meta era conectar 12 mil unidades, mas apenas 8 mil haviam sido conectadas e apenas 4.800 estavam enviando dados ao Ministério da Saúde.

Mais recentemente, o programa *Informatiza APS* oferece apoio mensal de US\$ 330 (R\$ 1.700) a US\$ 388 (R\$ 2.000) para equipes de saúde da família que podem coletar e enviar dados para repositórios centrais. Um dos principais requisitos de elegibilidade do programa é que as unidades de saúde da família já devem estar usando tecnologias digitais. O projeto piloto no estado de Alagoas ampliou o apoio para incluir incentivo financeiro adicional para unidades de APS que ainda não puderam se digitalizar (montante fixo entre US\$ 1.649 (R\$ 8.500) e US\$ 1.940 (R\$ 10.000) a cada município de Alagoas para cada unidade de APS ainda não digitalizada). Como este ainda é um piloto, esta forma de suporte de pré-digitalização ainda não está disponível para todos os municípios. Diante da pandemia de COVID-19, o Ministério da Saúde instituiu incentivo com prazo-limite de US\$ 5.268 (R\$ 27.157) a ser pago aos municípios e estados para cada equipe de saúde que ainda não foi digitalizada, mas ainda é muito cedo para saber qual o impacto que isso teve sobre o número de unidades de APS sem computadores e acesso à Internet.

6.4.2. Mudança de estratégias digitais para implementação e monitoramento

Determinar qual nível de governo deve assumir qual responsabilidade relacionada à digitalização é um desafio, mas também é de extrema importância. A atribuição clara de responsabilidades é crucial para a prestação de contas, monitoramento e eficácia do investimento (OCDE, 2019^[38]). Particularmente com responsabilidades compartilhadas, como é o caso da atenção à saúde no Brasil, a clareza é ainda mais importante, para que todas as partes entendam mutuamente quais são suas responsabilidades individuais. É importante evitar vários mecanismos de coordenação sem papel claro nos processos de tomada de decisão (OCDE, 2019^[38]). Finalmente, é vital desenvolver a capacidade necessária para cumprir os mandatos. Isso significa alinhar o financiamento com as responsabilidades funcionais para evitar mandatos não financiados, mas também encorajar o compartilhamento das melhores práticas e conhecimento especializado entre as jurisdições, tomando a experiência disponível para todos os níveis, independentemente do tamanho (OCDE, 2019^[38]).

Definir mandatos claros e bem financiados para a digitalização nos níveis certos de governo

Uma grande barreira para a APS digital no Brasil é a capacidade humana e técnica dos municípios. Ter mais de 5.500 municípios adquirindo produtos e serviços de TIC para mais de 42.000 unidades de APS a cada cinco anos não é boa prática. Cerca de um em cada cinco municípios brasileiros tem menos de 5.000 habitantes e, ainda assim, são responsáveis pela contratação de especialistas em TIC e pela compra de produtos e serviços de TIC, de hardware e software, conectividade e cibersegurança. Frequentemente, os municípios não têm fornecedores para escolher ou enfrentam custos proibitivamente altos. Como o projeto piloto em Alagoas demonstrou, os gestores municipais não têm capacidade para digitalizar, mesmo quando o financiamento é fornecido pelos governos federal e estadual (Ministério da Saúde, 2020^[14]). Definir responsabilidades pela digitalização da APS em nível municipal para todo o Brasil provavelmente está levando a deseconomias de escala e criando desafios para pequenos municípios que não possuem as capacidades humanas e técnicas.

Em países da OCDE com pequenas unidades governamentais subnacionais, como os países nórdicos, França, República Eslovaca e Espanha, parcerias subnacionais, autoridades conjuntas e terceirização são frequentemente utilizadas para criar economias de escala (OCDE, 2019^[38]). No contexto da saúde digital, especificamente, as autoridades regionais de saúde que reúnem jurisdições menores e fornecem serviços compartilhados a todos os membros são uma forma de obter economias de escala e experiência valiosa. Por exemplo, na Nova Zelândia, organizações primárias de saúde ou PHOs, especialmente PHOs maiores como o ProCare (que atende 800.000 pacientes na grande Auckland), oferecem aos seus consultórios membros serviço centralizado de recursos humanos, gerenciamento de prática e serviço de compras (Varsamis, 2019^[44]).

Estabelecido em 2005, o inglês NHS Shared Business Services (SBS) fornece mistura de finanças e contabilidade, compras, serviços de inovação digital, serviços de emprego, serviços de inovação e tecnologia e gerenciamento de mudanças para centenas de organizações do NHS (NHS Shared Business Services, 2020^[45]). Por meio de parceria com o Royal Papworth Hospital NHS Foundation Trust, o NHS SBS desenvolveu sistema digital de reserva de pacientes que pode ser implementado em todas as organizações do NHS (ibid.). Também no Reino Unido, o programa NHS GP IT Futures criará novo ambiente para o fornecimento de sistemas de TIC clínicos para a prática geral, incluindo novo Catálogo de Compra Digital NHS on-line para encontrar sistemas e serviços de tecnologia de APS (NHS Digital, 2020^[46]). Em Portugal, os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) são a central de compras e TIC do Ministério, prestando serviços partilhados nas áreas de compras e logística, serviços financeiros, recursos humanos e TIC. Recentemente, o SPMS adicionou novos sistemas eletrônicos de compra dinâmica para organizações do NHS para adquirir serviços de consultoria em blockchain, inteligência artificial, telemedicina e saúde móvel de provedores que foram certificados (SPMS, 2020^[47]).

O Brasil poderia olhar para esses exemplos da Nova Zelândia, Inglaterra e Portugal para novo modelo de serviços compartilhados para APS digital. Dada a geografia, população e densidade populacional do Brasil, os serviços e responsabilidades compartilhados podem ser agregados no nível do governo federal, governos estaduais ou mesmo macrorregiões e regiões de saúde, dependendo do serviço específico considerado. Por exemplo, sistemas de compra dinâmicos podem ser implantados pelo governo federal, com base nas experiências da *Coordenação-Geral de Tecnologia da Informação e Comunicações* (CGTIC), que já planeja, coordena, supervisiona e orienta os investimentos em TIC para o governo federal. Para estados menores (como Roraima, Amapá e Acre), macrorregiões de saúde e regiões de saúde maiores poderiam então estabelecer agências de serviços compartilhados, fornecendo recursos humanos especializados, serviços de aquisição e gestão de APS digital aos municípios.

Existem três alavancas políticas importantes para realizar esta regionalização de competências para a APS digital:

- Em primeiro lugar, é crucial que os padrões e a interoperabilidade continuem sendo responsabilidade federal central. Isso não significa que devam ser desenvolvidos apenas pelo governo federal, mas significa que estados e municípios devem participar desse processo, e não o liderar. Isso garantiria que, quaisquer que fossem os sistemas adquiridos por estados e municípios, a capacidade de compartilhar dados e a mobilidade dos pacientes continuaria possível em todo o Brasil.
- Em segundo lugar, esses novos mandatos precisam ser adequadamente financiados e as responsabilidades claramente definidas. Isso garantiria que as novas agências de serviços compartilhados fossem capazes de executar suas responsabilidades e responsabilizar-se pelos resultados.
- Em terceiro lugar, a liderança local, a participação da comunidade e a apropriação local permanecem essenciais (OCDE, 2019^[38]). Um novo modelo de serviços compartilhados precisa ter a adesão e apropriação dos municípios e unidades de APS que deve servir.

São necessários investimentos maiores e mais inteligentes para cumprir estratégias de saúde digital ambiciosas

A digitalização requer investimentos em infraestrutura e conectividade (por exemplo, banda larga de alta velocidade), em hardware (por exemplo, computadores), software (por exemplo, sistemas RES), recursos humanos especializados (especialistas em TIC), treinamento de usuários (por exemplo, alfabetização digital de profissionais e pacientes), e mais importante, embora muitas vezes negligenciada, mudança de gerenciamento e implementação. O Brasil tem investido significativamente em conectividade (por exemplo, GESAC) e software (por exemplo, e-SUS AB), bem como no fornecimento de suporte para hardware e treinamento (por exemplo, *Informatiza APS*). No entanto, como visto nas seções anteriores, número substancial de unidades e equipes de APS, bem como os cidadãos, permanecem desconectados e, portanto, incapazes de se beneficiar de uma transformação digital da APS. A visão definida na ESD28 e nas estratégias de saúde digital anteriores requer investimentos maiores e mais inteligentes, vinculando o apoio financeiro ao uso eficaz e equitativo.

A União Internacional de Telecomunicações estimou recentemente que conectar todos os brasileiros à Internet custaria US\$ 11,1 bilhões (ITU, 2020^[48]). O programa Conecte SUS do Brasil provavelmente envolverá investimentos totais de US\$ 0,77-1,16 bilhões (R\$ 4-6 bilhões) ao longo de cinco anos (OCDE, 2020^[11]). Em 2019, de acordo com o Grupo Banco Mundial, o Brasil tinha uma população de 211 milhões e produto interno bruto (PIB) de US\$ 1,84 trilhão. Em comparação, na Suécia, país que em 2019 tinha pouco mais de 10,2 milhões de habitantes e PIB de US\$ 530 bilhões, as 21 regiões do país investem cerca de US\$ 1,2 bilhão anualmente em TIC de atenção à saúde (U.S. Department of Commerce, 2020^[49]). Apenas 1% das prescrições de medicamentos suecos são emitidas em formato de papel (ibid.).

Conforme discutido anteriormente, o Brasil instituiu incentivo excepcional para municípios e estados digitalizar unidades de APS, orçando mais de US\$ 83,8 milhões (R\$ 432 milhões) para 2020 (Diário Oficial da União, 2020^[50]). Nos Estados Unidos, o Benefício de Banda Larga de Emergência da FCC é um programa de US\$ 3,2 bilhões para apoiar as famílias que têm dificuldades em pagar pelo serviço de Internet durante a pandemia, oferecendo descontos mensais para o serviço de banda larga, bem como descontos para comprar equipamentos como laptops ou tablets, com descontos maiores em terras tribais (FCC, 2021^[51]). O programa de telessaúde COVID-19 da FCC fornece US\$ 200 milhões em apoio imediato a prestadores de atenção à saúde públicos e sem fins lucrativos que respondem à pandemia de COVID-19, financiando totalmente seus serviços de telecomunicações, serviços de informação e dispositivos necessários para fornecer serviços de cuidados críticos conectados (FCC, 2021^[52]).

Embora seja um desafio comparar investimentos em diferentes geografias, populações e economias, é útil colocar compromissos financeiros entre países no contexto de suas estratégias de saúde digital. A ESD28 brasileiro estabelece agenda ambiciosa, incluindo marcos para a realização de certas capacidades

(por exemplo, ePrescribing até dezembro de 2022). Analisar a ordem de magnitude dos investimentos em países que já alcançaram esses marcos é uma forma prática de avaliar se os investimentos atuais são suficientes. Por exemplo, no Reino Unido, fundo nacional de US\$ 33,3 milhões (GBP 26 milhões) foi criado para ter todos os médicos, enfermeiras e outro pessoal clínico do NHS em sistemas e-rostering até 2021 (GOV.UK, 2021^[53]). A e-rostering, que permite aos médicos selecionar os turnos digitalmente, proporcionando-lhes mais flexibilidade e horários de trabalho mais eficientes, é apenas um recurso.

Os investimentos também devem ser abrangentes em seu escopo. É comum que uma das etapas mais importantes na implementação de novas tecnologias - gerenciamento de mudanças e suporte para implementação - não seja adequadamente financiada (Varsamis, 2019^[44]). Como o projeto piloto em Alagoas ilustra, é possível ter a adesão dos municípios, fornecer financiamento e ainda ter adoção limitada. Embora o suporte na forma de capacitação seja sem dúvida importante, ele pode precisar ser combinado com suporte financeiro para perda de produtividade e interrupção do serviço durante os períodos de mudança e adaptação (Bakhai et al., 2019^[54]).

Não é apenas a magnitude dos investimentos que importa. As condições de acesso a esses recursos pelos beneficiários podem favorecer, ou dificultar, a adoção e o uso cotidiano das tecnologias digitais. Vincular o apoio financeiro ao uso de funcionalidades ou programas específicos pode ser uma forma de direcionar os investimentos e aumentar sua eficácia. O programa *Informatiza APS* já faz isso ao condicionar a elegibilidade para apoio financeiro ao reporte de dados ao *SISAB*, mas pode ir além. O programa Australiano de Incentivo a Prática (PIP - eHealth Incentive) incentiva a adoção de serviços digitais importantes, desde registros de pacientes a recursos de mensagens seguras (para se comunicar com os pacientes e outras clínicas), a ePrescribing, entre outros (Australian Government, 2016^[55]).

Finalmente, embora uma transformação digital da APS tenha potencial enorme (ver Quadro 6.2), há poucas evidências de alta qualidade em relação aos modelos recentes de APS com prioridade digital, como o que está sendo implementado no Reino Unido (Rodgers et al., 2019^[56]). É importante que sejam disponibilizados recursos para o monitoramento e avaliação contínua da digitalização na APS no Brasil.

Quadro 6.8. Principais recomendações para uma APS digital bem financiada e coordenada

Definir mandatos claros e bem financiados para a digitalização nos níveis certos de governo

- Considerar agregar serviços compartilhados e responsabilidades relacionadas à digitalização da APS em níveis menos descentralizados. Basear-se nas experiências do *CGTIC* para explorar a criação de sistemas de aquisição dinâmicos em nível federal, com agências devidamente financiadas em nível estadual ou regional, fornecendo recursos humanos especializados, serviços de aquisição e gestão de APS digital para municípios.

Fazer investimentos maiores e mais inteligentes para promover serviços básicos de APS digitais para todos

- Rever a magnitude dos investimentos necessários para cumprir a visão da ESD28, incluindo financiamento para gestão de mudanças, capacitação e monitoramento e avaliação. Associar o apoio financeiro a marcos específicos na adoção e uso de funcionalidades digitais de APS, começando com ePrescribing, gerenciamento de encaminhamento, agendamento de consultas e acesso do paciente ao RES.

Observação: ver também recomendações em *Fazendo a descentralização funcionar: Um manual para formuladores de políticas* (OCDE, 2019^[38]) e na *Análise do governo digital da OCDE do Brasil: Rumo à transformação Digital do setor público* (OCDE, 2018^[11]).

6.5. Conclusão

Nas últimas décadas, o Brasil tem feito progresso impressionante rumo à transformação digital de seu setor público e tem como objetivo oferecer todos os seus mais de 3.000 serviços públicos por meio de canais digitais até o final de 2022, como parte de sua Estratégia de Governo Digital 2020-22. O país fez avanços significativos também na construção de uma base para a APS digital, com sucessivas estratégias de saúde digital ambiciosas e abrangentes, juntamente com investimentos vitais em hardware, interoperabilidade e habilidades. No entanto, o progresso em direção ao uso eficaz de tecnologias digitais na APS tem sido lento e fundamentalmente desigual. Milhares de unidades de APS não têm computadores ou acesso à Internet. Apenas 17% das unidades de APS têm velocidades acima de 10 Mbps. Cerca de 18.000 estabelecimentos de atenção à saúde (ou 18% de todos os estabelecimentos) não têm um sistema RES. A pandemia de COVID-19 provavelmente acelerou a adoção de tecnologias digitais, mas seu verdadeiro impacto ainda não é claro.

Ao mesmo tempo, e apesar dos avanços significativos nos últimos anos, milhões de brasileiros ainda são excluídos digitalmente. Mais de dois em cada três usuários da Internet com 16 anos ou mais usaram serviços de governo eletrônico em 2019, e a proporção de indivíduos que usam a Internet para procurar informações de saúde mais do que dobrou entre 2010 e 2019. No entanto, quase 47 milhões de brasileiros não usaram a Internet em 2019. As divisões digitais também estão claramente associadas às desigualdades sociais, com os brasileiros mais velhos, aqueles de áreas rurais, aqueles com renda mais baixa e menor nível de escolaridade, todos menos propensos a usar a Internet e mais propensos a usar apenas telefones celulares. Existe, portanto, sério risco de que uma transformação digital da APS apenas venha a agravar as divisões sociais existentes.

Nesse contexto, o governo descentralizado do Brasil cria desafios para digitalizar a APS. Os 26 estados do país, um distrito federal, bem mais de 5.000 municípios (cerca de 44% dos quais tinham menos de 10.000 habitantes) e 438 regiões de saúde são muito heterogêneas em sua demografia, indicadores socioeconômicos e estruturas de governança. O município de Serra da Saudade, com cerca de 800 habitantes, tem as mesmas responsabilidades de gestão da digitalização da APS que o município de São Paulo, com mais de 12 milhões de habitantes. Existem riscos significativos para a estratégia ambiciosa do país para a saúde digital, incluindo capacidade de recursos insuficiente e desequilibrada geograficamente, financiamento escasso, foco de implementação muito amplo e indisponibilidade da infraestrutura necessária.

O Brasil estabeleceu base sólida para construir uma APS digital eficaz, equitativa e eficiente. Mas, para fazer isso, deve enfrentar três conjuntos de desafios interligados: digitalização de todas as unidades e equipes de APS; inclusão digital para todos os cidadãos brasileiros, especialmente os mais vulneráveis; e estrutura de governança adequada para uma transformação digital da APS, estabelecendo mandatos claros e bem financiados nos níveis certos de governo.

Referências

- Andrade, M. et al. (2019), “Challenges and lessons from a primary care intervention in a Brazilian municipality”, *Revista de Saúde Pública*, Vol. 53, <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000457>. [41]
- Australian Government (2016), *Practice Incentives Program eHealth Incentive Guidelines*, <https://www.servicessaustralia.gov.au/sites/default/files/ehealth-incentive-pip-guidelines.docx> (accessed on 10 March 2021). [55]

- Bakhai, M. et al. (2019), *Using Online Consultations In Primary Care Toolkit - First edition*, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/01/online-consultations-implementation-toolkit-v1.1-updated.pdf> (accessed on 10 March 2021). [54]
- BNDES (2017), *Produto 8: Relatório do Plano de Ação*. [30]
- Brasil Telemedicina (2020), *Sobre nós*, <https://brasiltelemedicina.com.br/sobre-nos/> (accessed on 5 March 2021). [16]
- Caetano, R. et al. (2020), “Challenges and opportunities for telehealth during the COVID-19 pandemic: Ideas on spaces and initiatives in the Brazilian context”, *Cadernos de Saude Publica*, Vol. 36/5, <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00088920>. [18]
- Castle-Clarke, S. and C. Imison (2016), *The digital patient: transforming primary care?*, Nuffield Trust, https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-06/1497259872_nt-the-digital-patient-web-corrected-p46-.pdf (accessed on 29 April 2019). [7]
- CGI.br (2020), *ICT Electronic Government 2019*, Comitê Gestor da Internet no Brasil, São Paulo. [15]
- CGI.br (2020), *ICT Households Survey 2019*, Comitê Gestor da Internet no Brasil, São Paulo. [29]
- CGI.br (2020), *ICT in Health 2019*, Comitê Gestor da Internet no Brasil, São Paulo. [13]
- CGI.br (2020), *ICT Public Access Centers Survey 2019*, Comitê Gestor da Internet no Brasil, São Paulo. [31]
- Diário Oficial da União (2020), *DECRETO Nº 10.332, DE 28 DE ABRIL DE 2020*. [4]
- Diário Oficial da União (2020), *PORTARIA Nº 3.193, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2020*. [50]
- FCC (2021), *COVID-19 Telehealth Program | Federal Communications Commission*, <https://www.fcc.gov/covid-19-telehealth-program> (accessed on 10 March 2021). [52]
- FCC (2021), *Emergency Broadband Benefit | Federal Communications Commission*, <https://www.fcc.gov/broadbandbenefit> (accessed on 10 March 2021). [51]
- gov.br (2020), *Estratégia de Governo Digital - 2020 a 2022*, <https://www.gov.br/governodigital/pt-br/EGD2020/> (accessed on 4 March 2021). [3]
- GOV.UK (2021), *£7.5 million to digitally schedule shifts and save NHS staff time*, <https://www.gov.uk/government/news/75-million-to-digitally-schedule-shifts-and-save-nhs-staff-time> (accessed on 10 March 2021). [53]
- Harzheim, E. et al. (2020), “New funding for a new Brazilian primary health care”, *Ciencia e Saude Coletiva*, Vol. 25/4, pp. 1361-1374, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>. [12]
- IADB (2020), *This project will connect six million Peruvians to the Internet for the first time*, <https://www.iadb.org/en/improvinglives/internet-para-todos-helping-latin-america-log> (accessed on 8 April 2021). [24]
- Idec (2018), *Avaliação da qualidade do serviço de fornecimento de energia das Concessionárias e Permissionárias Brasileiras*, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, São Paulo. [21]

- ITU (2020), *Connecting humanity: Assessing investment needs of connecting humanity to the Internet by 2030*. [48]
- Local Government Association (2016), *Case study: Porto Alegre, Brazil*, <https://www.local.gov.uk/case-study-porto-alegre-brazil> (accessed on 8 April 2021). [39]
- Marshall, M., R. Shah and H. Stokes-Lampard (2018), “Online consulting in general practice: making the move from disruptive innovation to mainstream service”, *BMJ*, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k1195>. [27]
- Mendes, E. (2011), *As redes de atenção à saúde*, nização Pan-Americana da Saúde, Brasília. [26]
- Mendes, E. et al. (2019), *A construção social da atenção primária à saúde*, CONASS, Brasília. [34]
- Ministério da Saúde (2020), *Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028*, http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf (accessed on 4 March 2021). [5]
- Ministério da Saúde (2020), *Plano Nacional de Saúde 2020-2023*. [6]
- Ministério da Saúde (2020), *Relatório Final do Projeto Piloto Conecte SUS : análise dos avanços obtidos entre outubro/2019 e junho/2020*, Ministério da Saúde, Brasília. [14]
- Ministério da Saúde (2017), *Estratégia e-Saúde para o Brasil*. [10]
- Ministério da Saúde (n.d.), *Saber online como é investido cada real do SUS na saúde do brasileiro*, <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/e-sus-ab-pdf> (accessed on 9 March 2021). [43]
- NHS Digital (2020), *GP IT Futures systems and services*, <https://digital.nhs.uk/services/gp-it-futures-systems> (accessed on 9 March 2021). [46]
- NHS Shared Business Services (2020), *ANNUAL REPORT AND FINANCIAL STATEMENTS*. [45]
- OCDE (2021), *Delivering Quality Education and Health Care to All: Preparing Regions for Demographic Change*, OECD Rural Studies, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/83025c02-en>. [23]
- OCDE (2021), *Recommendation of the Council on Broadband Connectivity*, OECD/LEGAL/0322. [28]
- OCDE (2020), “Digital Government Index: 2019 results”, *OECD Public Governance Policy Papers*, No. 3, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4de9f5bb-en>. [2]
- OCDE (2020), *Going Digital in Brazil*, OECD Reviews of Digital Transformation, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/e9bf7f8a-en>. [11]
- OCDE (2020), *OECD Telecommunication and Broadcasting Review of Brazil 2020*, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/30ab8568-en>. [22]
- OCDE (2020), “The OECD Digital Government Policy Framework: Six dimensions of a Digital Government”, *OECD Public Governance Policy Papers*, No. 2, OECD Publishing, Paris. [36]
- OCDE (2019), *Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/e3b23f8e-en>. [9]

- OCDE (2019), *Making Decentralisation Work: A Handbook for Policy-Makers*, OECD Multi-level Governance Studies, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/g2g9faa7-en>. [38]
- OCDE (2018), *Digital Government Review of Brazil: Towards the Digital Transformation of the Public Sector*, OECD Digital Government Studies, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264307636-en>. [1]
- OCDE/UCLG (2019), *2019 Report of the World Observatory on Subnational Government Finance and Investment – Country Profiles*, https://www.sng-wofi.org/publications/SNGWOFI_2019_report_country_profiles.pdf. [40]
- ONC (2019), *What is the recommended bandwidth for different types of health care providers?* | HealthIT.gov, <https://www.healthit.gov/faq/what-recommended-bandwidth-different-types-health-care-providers> (accessed on 29 January 2021). [19]
- Rodgers, M. et al. (2019), “Informing NHS policy in ‘digital-first primary care’: a rapid evidence synthesis”, *Health Services and Delivery Research*, Vol. 7/41, pp. 1-124, <http://dx.doi.org/10.3310/hsdr07410>. [56]
- Santos, A. et al. (2016), “Telehealth in the Amazon Region in Latin America: an Overview”, *Journal of the International Society for Telemedicine and EHealth*, Vol. 4/e12, pp. 1-7, <https://journals.ukzn.ac.za/index.php/JISfTeH/article/view/149> (accessed on 5 March 2021). [20]
- Socha-Dietrich, K. (2021), *Empowering the health workforce to make the most of the digital revolution*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/37ff0eaa-en>. [25]
- SPMS (2020), *Boletim Informativo Compras Públicas na Saúde nº 45*, https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/02/Boletim-CPS_N45.pdf (accessed on 9 March 2021). [47]
- Telelaudo (2021), *Telelaudo. Sua Equipe Sempre Completa.*, <https://www.telelaudo.com.br/> (accessed on 7 April 2021). [17]
- The King’s Fund, The Health Foundation and Nuffield Trust (2018), *The health care workforce in England: make or break?*, <http://www.hee.nhs.uk/news-blogs-events/news/hee-launches-plan-future-proof-nhs-care-workforce> (accessed on 5 May 2019). [57]
- Tribunal de Contas da União (2018), *TC 012.352/2018-7*. [33]
- Tribunal de Contas da União (2015), *Política pública de inclusão digital*, Tribunal de Contas da União, Brasília. [32]
- U.S. Department of Commerce (2020), *Sweden eHealth*, <https://www.trade.gov/market-intelligence/sweden-ehealth> (accessed on 9 March 2021). [49]
- United Nations (2020), *E-Government Survey 2020 - Digital Government in the Decade of Action for Sustainable Development*, United Nations, New York. [35]
- Varsamis, D. (2019), *Incentives and levers for digitising and integrating primary care in New Zealand, Australia and the USA - lessons for the UK NHS*, Winston Churchill Memorial Trust, https://www.wcmt.org.uk/sites/default/files/report-documents/Varsamis%20D%202019%20Final_0.pdf (accessed on 9 March 2021). [44]
- Veloso, J. et al. (2011), “Uma Visão Inicial dos Subsistemas da Gestão Pública Municipal”, in Veloso, J. et al. (eds.), *Gestão Municipal no Brasil: um retrato das prefeituras*, Ipea, Brasília. [42]

WHO and ITU (2012), *National eHealth strategy toolkit*. [37]

World Health Organization (2018), *Digital technologies: shaping the future of primary health care*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326573/WHO-HIS-SDS-2018.55-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accessed on 22 January 2021). [8]

Observações

¹ Aqui e ao longo deste capítulo, uma taxa de câmbio de R\$ 5,155/USD para o ano de 2020 de <https://stats.oecd.org>.

² O *Critério de Classificação Econômica Brasil* de 2020 define seis classes (A, B1, B2, C1, C2, DE) de estratificação socioeconômica com base em um sistema de pontos que agrega dados de pesquisas sobre riqueza, condições de vida, educação e renda. A categoria A representa um status socioeconômico mais elevado.

³ Ver também Tabela 3.1. em (OCDE, 2020_[11]).

Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil

A atenção primária à saúde tem um modelo bem organizado no Brasil, o que é resultado de compromissos contínuos com a prestação de serviços de atenção primária de alta qualidade para toda a população. Nas últimas décadas, o Brasil implementou uma série de reformas a fim de aprimorar a distribuição de médicos pelo país, o desenvolvimento de novas formas de organização de serviços, a introdução de novos modelos de financiamento e a execução de uma série de iniciativas para o aprimoramento da qualidade. Esta avaliação utiliza-se de indicadores e métodos de análise em políticas públicas para examinar o desempenho do sistema de atenção primária brasileiro, em uma perspectiva comparada reconhecida internacionalmente. Embora o estudo ressalte exemplos notáveis de sucesso, o Brasil continua a enfrentar desafios na atenção primária à medida que sua população envelhece, fatores de risco como obesidade encontram-se em ascensão e ameaças de novas pandemias demandam maior resiliência e adaptabilidade do sistema de saúde. O estudo aponta ações-chave que o Brasil deveria considerar nos próximos anos a fim de fortalecer o desempenho da atenção primária à saúde, especialmente no tocante à realização da prevenção e rastreamento das principais doenças não transmissíveis, melhoria de indicadores de qualidade do provimento da atenção primária, enfrentamento dos déficits de força de trabalho e a busca de uma transformação digital. Uma publicação adicional sobre o sistema de saúde no Brasil examina os principais desafios e abordagens necessários para aprimorar o desempenho do sistema de saúde brasileiro.



IMPRESSO ISBN 978-92-64-58798-4
PDF ISBN 978-92-64-55383-5



9 789264 587984