



Medicina de Família e Comunidade e Atenção Primária à Saúde em Espanha: entrevista com Mar Sacristán, Médica do Serviço de Saúde de Madrid

Medicina Familiar y Comunitaria y la Atención Primaria de Salud en España: entrevista con Mar Sacristán, Médica del servicio madrileño de salud

Family and Community Medicine and primary care in Spain: interview with Mar Sacristán, Doctor at the Madrid health service

Graduada em Medicina pela Universidade Complutense de Madrid. Especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo MIR. Experiência laboral no Serviço de Saúde de Madrid. Membro da Sociedade Espanhola de Medicina de Família e Comunidade (SEMFYC), tendo participado do grupo sobre Desigualdades em Saúde. Tutora de 2 médicas residentes. Tem interesse em sistemas de saúde comparados, especialmente no campo da atenção primária, bem como em gestão clínica, temas sobre os quais tem realizado cursos e rotações clínicas em diversos contextos.

E-mail: marsacristan4@yahoo.es



ENTREVISTA

1. Qual é o contexto da atenção primária na Espanha e qual o papel dos médicos de família e comunidade (MFC)?

O sistema de saúde na Espanha é um sistema nacional de saúde (SNS) de modelo Beveridge, ou seja, financiado por impostos gerais e com cobertura teoricamente universal, embora com bolsões de exclusão de saúde que afetam os migrantes desde 2012 e certos grupos de funcionários que usam fundos mútuos.

A gestão da saúde é delegada às Comunidades Autônomas (regiões em que a Espanha está dividida e que têm autonomia gerencial e financeira), de modo que a atenção primária tem certas características aplicáveis a toda a Espanha e outras específicas de cada região.

A atenção primária tem sido, classicamente, a base do sistema. Os serviços são oferecidos em centros de saúde próximos à população, onde trabalham médicos de família, enfermeiras e assistentes clínicos, equipe administrativa, fisioterapeutas, assistentes sociais e dentistas.

A cada paciente são designados profissionais específicos. Cada profissional tem uma cota específica de pacientes. Classicamente, o sistema espanhol tem se caracterizado por ter bons resultados a um custo razoável em relação aos países do entorno.

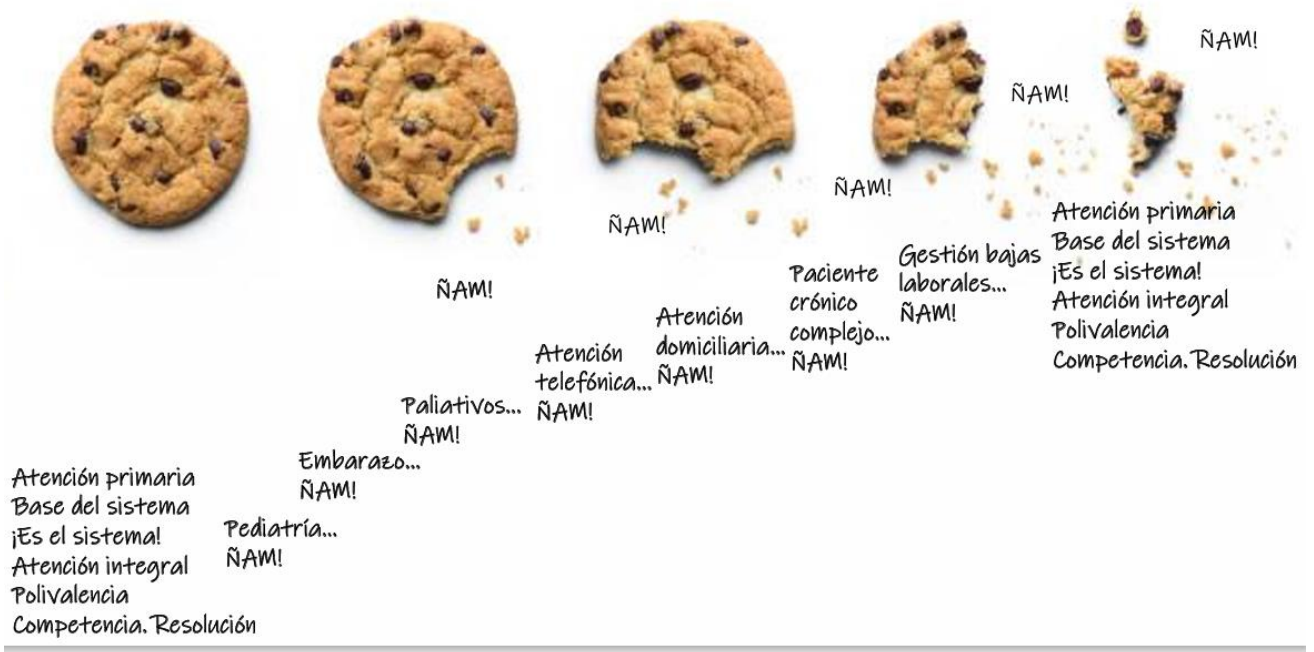
A atenção primária tem procurado cumprir suas características de proximidade, longitudinalidade, atenção integral, trabalho em equipe, gestão de seus próprios recursos e da incerteza clínica, trabalho com uma perspectiva comunitária em coordenação com outros recursos locais... procurando resolver as necessidades clínicas da maneira mais eficiente e equitativa possível. Isso foi alcançado em maior ou menor grau, dependendo do local e do momento histórico, mas com uma deterioração progressiva.

O médico de família deve trabalhar em coordenação com os especialistas focais dos ambulatórios e do hospital, e tem a função de *gatekeeper*, de modo que, para que um paciente seja atendido por um especialista focal (por exemplo, em dermatologia, cardiologia etc.), ele deve ser encaminhado pelo médico de família. Atualmente, cada vez mais, e, na minha opinião, infelizmente, essa função de *gatekeeper* e o encaminhamento para outros serviços também são realizados pelo departamento de emergência do hospital, e os pacientes estão cada vez mais indo ao departamento de emergência para consultas não urgentes.

2. Quais são os principais problemas da atenção primária no país?

- **“Desnatação sociológica”**, termo cunhado por Juan Simó, médico de família e analista da atenção primária, que se refere à desvalorização institucional e social.
 - **Crise específica da medicina familiar**, como explica a economista da saúde Beatriz G. López-Valcárcel. As enfermeiras querem trabalhar na atenção primária, mas os médicos de família não querem.
 - **Desinvestimento** Falta de interesse político e de gestão na atenção primária e aumento da alocação de recursos para serviços hospitalares.
- **Desprofissionalização relacionada ao sistema de serviço público e à forma de pagamento.**
- Os médicos de família podem ser promovidos (salário, plantão e local de trabalho) ao completarem anos de trabalho, é muito mais valorizado do que outros aspectos, como a qualidade de seu trabalho ou a participação em ensino ou pesquisa.
 - Os médicos de família têm pouca liderança e capacidade de autogestão e dependem de diretrizes verticais que não levam em conta as idiossincrasias de cada bairro, cada centro de saúde e cada consultório.
 - Os médicos de família recebem a maior parte de seu salário na forma de um salário fixo, sem que seja dado peso relevante ao número de pacientes que atendem ou à qualidade do atendimento que prestam.
- **Burocracia excessiva e tarefas de pouco valor agregado**, que desestimulam o profissional e geram um alto custo evitável.
- **Excesso de “atenção à não-doença”**, como diria Ángel Ruiz Téllez. Medicalização da vida cotidiana, *check-ups* da população saudável, excesso de medicina preventiva, que, como comenta Juan Gérvas, desvia recursos dos doentes para os saudáveis, dos idosos para os jovens e dos pobres para os ricos, em conformidade com a Lei do Cuidado Inverso.
- **Perda progressiva de competências**, desviando-as para serviços específicos. Um médico geral que deixa de fazer pequenas cirurgias, cuidados paliativos, controle de gravidez etc., está logicamente perdendo conhecimento. A atenção primária está se descapitalizando, e tanto os pacientes quanto

os profissionais esperam progressivamente menos dela, relegando a burocracia e a atenção a processos banais ao médico de família.



Fonte: elaboração própria

- **Medidas desafortunadas de gestão**, para paliar o falso déficit de profissionais no curto prazo, medidas que vão contra os pilares da atenção primária, como a longitudinalidade. Quando não há médico, em vez de se abordar reformas estruturais, palia-se com “outro profissional o atenderá de forma centralizada e telemática”.

3. Como se realiza a formação do MFC no país?

Depois de concluir o curso de Medicina, os recém-formados fazem o exame MIR para ter acesso ao *status* de formação profissional de “médico residente interno”. O exame é estadual e único para acesso a todas as especialidades, sendo um teste de múltipla escolha. Os médicos fazem uma lista de preferências e são designados na ordem de suas notas. No caso da medicina familiar, a escolha da especialidade e da unidade de ensino específica é feita no ato da eleição.

Nos últimos anos, a especialidade de medicina familiar ficou com vagas ociosas (não foi escolhida por nenhum médico).

A formação do MIR consiste em um contrato de trabalho formativo remunerado de quatro anos. O programa de formação é estadual e inclui rotações na atenção primária com um tutor de referência, bem como em serviços especializados focais (ginecologia, pediatria, saúde mental, medicina interna, traumatologia, oftalmologia, ORL, dermatologia etc.) e plantão de emergência hospitalar. Há também alguns meses para rotações opcionais, que o residente pode escolher, incluindo estágios no exterior. A demanda clássica é passar mais tempo do período de residência na atenção primária e reduzir o número de horas em plantão hospitalar. Os residentes têm alguns dias reservados para cursos de formação ou participação em congressos.

4. Como você avalia o número de MFC em relação às necessidades de atenção em saúde da população espanhola?

Pergunta interessante que eu responderia com “depende”. O número de médicos na Espanha em relação à população está em torno da média dos países da OCDE.

A evolução recente tem sido um aumento progressivo no número de médicos designados para hospitais, com uma estagnação no número de médicos na atenção primária. Se fizermos uma pesquisa na Internet para ver o que os políticos e a mídia dizem, concluiremos que “há falta de médicos de família”, mas, se fizermos uma análise mais aprofundada, entenderemos que não há falta de médicos de família, mas sim falta de “tempo do médico” e que é necessário é eliminar todas as tarefas não médicas que os médicos de família assumem.

O tempo dos médicos de família é em grande parte dedicado a tarefas de baixo valor agregado e pouco valor clínico, à burocracia excessiva e à participação em um vai e vem de pacientes entre o centro de saúde e o hospital. Se essas questões fossem abordadas com coragem, o número atual de médicos de família seria suficiente e bastaria ajustar a distribuição dos médicos de família de acordo com critérios de tamanho das vagas, idade dos pacientes, dispersão geográfica e condições socioeconômicas.

5. Quais são os desafios para o desenvolvimento da Medicina de Família e Comunidade na Espanha, no contexto da atenção primária?

- Revalorizar a atenção primária na universidade por meio de disciplinas específicas e estágios de estudantes.
- Recuperar competências clínicas abandonadas.
- Desburocratizar as consultas.
- Melhorar o trabalho em equipe com enfermagem, que poderia ampliar suas competências em cuidados crônicos e resolução de processos agudos leves.
- Fortalecer o ensino e a pesquisa.
- Fornecer incentivos econômicos para grandes cotas e não simplificar o pagamento por salário.
- Aumentar a autogestão da consulta e do centro de saúde em equipe multidisciplinar.
- Fortalecer as características básicas da atenção primária, por exemplo, a longitudinalidade, em detrimento de valores como o imediatismo.
- Recuperar o entusiasmo por uma atenção primária forte e saber como transmiti-la à sociedade, não com discursos teóricos, mas com uma atenção resolutiva, adaptada ao contexto, próxima e humana.

Autores recomendados para mais informações: Juan Simó, Beatriz G. López-Valcárcel, Ángel Tellez, Rafael Bravo, Vicente Ortún, José Repullo, Juan Gérvas, Mercedes Pérez-Fernandez.

SOBRE AS ENTREVISTADORAS

Carla Pacheco Teixeira

Assistente Social e sanitarista. Doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ). Coordenadora Acadêmica Adjunta Nacional do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). Professora permanente e Responsável Nacional da disciplina de Seminários de Acompanhamento no programa. Líder do Grupo de Pesquisa CNPq: Formação Profissional na Saúde: estudos no âmbito da graduação e pós-graduação. Integrante do Grupo de Pesquisa do CNPq: Territórios, Modelagens e Práticas em Saúde da Família– Fiocruz. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: carla.teixeira@fiocruz.br / ORCID-Id: <https://orcid.org/0000-0002-5683-8430>

Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo

Enfermeira pela Universidad Nacional de Colombia. Doutora em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre em Educação pela Universidad Militar de Colombia. Assessora da Coordenação Acadêmica Nacional do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). Professora permanente e Responsável Nacional da disciplina de Produção do Conhecimento em Serviços de Saúde no Programa. Vice-líder do Grupo de Pesquisa CNPq: Formação Profissional na Saúde: estudos no âmbito da graduação e pós-graduação. Integrante do Grupo de Pesquisa do CNPq: Territórios, Modelagens e Práticas em Saúde da Família- Fiocruz. Rio de Janeiro, Brasil. *E-mail*: diana.gutierrez@fiocruz.br / ORCID-Id: <https://orcid.org/0000-0003-2865-7824>