

BARBARA STARFIELD

Título original: *Primary Care: balancing health needs, services, and technology*
Publicado anteriormente por: © 1998 by Oxford University Press, Inc. New York,
N. X. U.S.A. Edição inglesa; e © 2001 por MASSON, S. A., Fundació Jordi Gol i
Gurina, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Edição espanhola.

*This translation of PRIMARY CARE, Revised Edition, originally published in
English in 1998, is published by arrangement with Oxford University Press, Inc.*

*A tradução da edição revisada, publicada em inglês em 1998, foi publicada em
acordo com a Oxford University Press, Inc.*

A edição brasileira foi publicada pelo Escritório da UNESCO no Brasil e
Ministério da Saúde.
© 1998, 1992 by Barbara Starfield.

ATENÇÃO PRIMÁRIA

EQUILÍBRIO ENTRE NECESSIDADES
DE SAÚDE, SERVIÇOS E TECNOLOGIA



Ministério
da Saúde



Apoio:

DFID
Department for
International
Development

I. ATENÇÃO PRIMÁRIA E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE

... o fracasso em reconhecer que os resultados de observações especializadas são, quando muito, apenas verdades parciais, que precisam ser corrigidas com fatos obtidos por estudo mais amplo.

... Não existe membro mais perigoso da nossa profissão do que aqueles nela nascidos, os especialistas.

Osler, 1892

Todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

Em reconhecimento às crescentes iniquidades sociais e de saúde em quase todos os países, a Organização Mundial da Saúde adotou um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde. Conhecida como a Carta de Lubliana, ela propõe que os sistemas de saúde deveriam ser:

- dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- direcionados para a proteção e promoção da saúde;
- centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;

- focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
- baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e
- direcionados para a atenção primária.

A Comunidade Européia adotou esses princípios em 1996, eles têm como base uma longa tradição de luta em direção à equidade e “solidariedade” na maioria das nações européias (BMJ, 1996). Infelizmente nem todas as nações concordam com estes princípios.

Conforme o conhecimento se acumula, os profissionais tendem a, cada vez mais, se subspecializar para lidar com o volume de novas informações e administrá-lo. Portanto, em quase todos os países, vemos as profissões da área de saúde ficarem mais fragmentadas, com um crescente estreitamento de interesses e competências e um enfoque sobre enfermidades ou tipos de enfermidades específicas em vez de sobre a saúde geral das pessoas e comunidades. Em alguns países, há mais subspecialistas do que especialistas em atenção primária. A atenção especializada geralmente exige mais recursos do que a atenção básica porque é enfatizado o desenvolvimento e o uso de tecnologia cara para manter viva a pessoa enferma em vez de dar ênfase aos programas de prevenção de enfermidades ou redução do desconforto causado pelas doenças mais comuns, que não ameaçam a vida. Embora seja possível que a tendência à especialização baseada no conhecimento mais atual ofereça uma atenção altamente eficaz a doenças individuais, é improvável que produza uma atenção básica altamente efetiva. Por que isso acontece? A especialização direcionada ao tratamento da enfermidade não pode maximizar a saúde porque a prevenção da enfermidade e a promoção de um ótimo funcionamento transcendem as enfermidades específicas e requerendo uma perspectiva mais ampla do que a que pode ser alcançada pelo especialista na enfermidade. A atenção médica eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade em si; deve considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive. Além disso, raramente as enfermidades raramente existem

de forma isolada, especialmente quando apresentadas ao longo do tempo. Assim, os especialistas em enfermidades podem oferecer a atenção mais apropriada para as enfermidades específicas dentro de sua área de competência especial, mas um profissional de atenção primária deve integrar a atenção para a variedade de problemas de saúde que os indivíduos apresentam com o tempo.

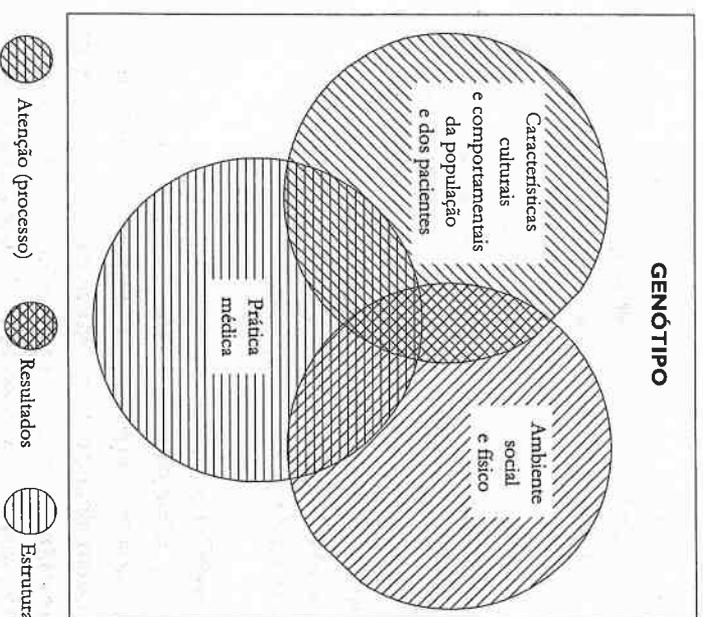
Um sistema de saúde orientado para a subspecialização possui outro problema: ele ameaça os objetivos de equidade. Nenhuma sociedade possui recursos ilimitados para fornecer serviços de saúde. A atenção subspecializada é mais cara do que a atenção primária e, portanto, menos acessível para os indivíduos com menos recursos poderem pagar por ela. Além disso, os recursos necessários para a atenção altamente técnica orientada para a enfermidade competem com aqueles exigidos para oferecer serviços básicos, especialmente para as pessoas que não podem pagar por eles.

Ao contrário, a atenção primária envolve o manejo de pacientes que, geralmente, têm múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos e a oferta de tratamentos que melhorem a qualidade global da vida e de seu funcionamento. A região europeia da Organização Mundial da Saúde propôs que a *saúde* fosse definida como “a medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo”.

A “saúde” possui muitos tipos de determinantes (Fig. 1.1) A estrutura genética é altamente influente, tendo evoluído por milhões de anos, e determina os limites dentro do que os serviços de saúde podem alcançar na melhora da saúde. A estrutura genética continua a evoluir, e a condição de amanhã, em termos de potencial para a saúde, deverá, provavelmente, ser diferente do que é hoje. Cada vez mais é este o caso, já que os cientistas estão aprendendo

a mexer nos genes para alterar estados de saúde. Além disso, a tecnologia moderna torna cada vez mais possível interferir com a expressão genética por meios como modificação do meio ambiente, alteração de comportamento e o uso de determinados tipos de atenção médica. Os outros determinantes da saúde – ambiente social e físico, comportamentos individuais e serviços de saúde (prática médica) – superpostos à estrutura genética (genótipo) são mostrados na Figura 1.1. Conforme indicado nesta figura, a saúde de um indivíduo ou uma população é determinada por sua combinação genética, mas grandemente modificado pelo ambiente social e físico, por comportamentos que são cultural ou socialmente determinados e pela natureza da atenção à saúde oferecida.

Figura 1.1
Determinantes do estado de saúde.



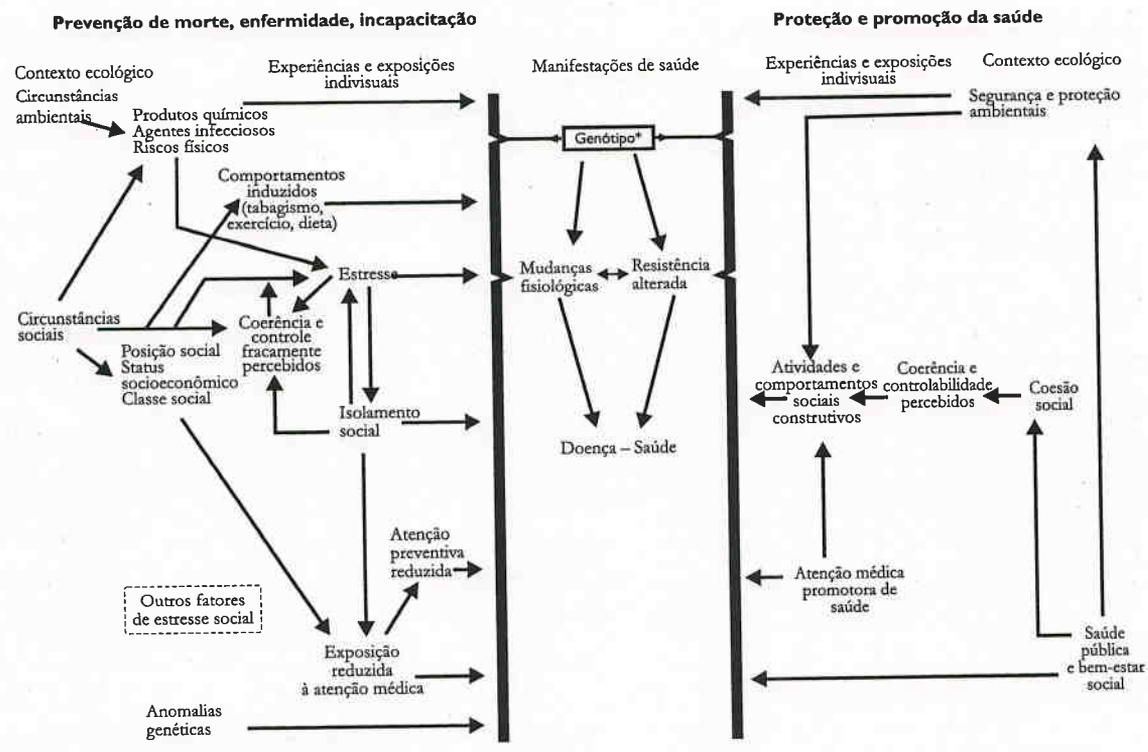
Fonte: Starfield (1973).

A Figura 1.2 mostra a provável rota para estes importantes determinantes, de acordo com o conhecimento atual. A cadeia de causas é complexa. Ela envolve fatores antecedentes, como o contexto ambiental, as condições sociais e as relações sociais, e os fatores de risco genético. Alguns destes fatores operam diretamente (como água contaminada ou fatores de risco à segurança em casa) e alguns indiretamente por meio de fatores de mediação envolvendo comportamento, estresses sociais e acesso à atenção médica. Todos os riscos intersetivos de várias formas (muitas delas desconhecidas) em seu efeito sobre a saúde.

Esta visão dos determinantes de saúde refere-se tanto ao indivíduo como aos indivíduos. Ou seja, o estado de saúde de uma população é determinado pelos mesmos fatores que agem no nível ecológico (população), em vez do nível individual. Assim, a condição de saúde de uma comunidade é determinada pelas características ambientais daquela comunidade, as características comportamentais de sua população e o senso de conexão e de graus de coesão social na comunidade. O mesmo ocorre para as condições sociais, como níveis de renda e riqueza na população, o nível geral de educação na comunidade e as características de oportunidades de trabalho disponíveis para seus membros.

Na maioria das nações industrializadas há diferenças sistemáticas na falta de saúde entre comunidades, com concentrações mais elevadas entre os socialmente desfavorecidos, independente da medida da morbidade (mortalidade, morbidade objetivamente verificada, saúde auto-avaliada, presença de limitações decorrentes de enfermidades crônicas ou simplesmente a presença de enfermidades crônicas). Muitos estudos demonstraram que a morbidade se concentra mais entre os socialmente desfavorecidos, e este é o caso em todos os países em que ela foi estudada. Entretanto, as disparidades variam de país para país, sendo muito pior em alguns (como nos Estados Unidos) do que em outros (como os Países Baixos) (Wagstaff e Van Doorslaer, 1993). Utilizando a mortalidade de homens entre 35 e 64 anos de idade como indicador de saúde, Kunst (1997) encontrou disparidades

Figura 1.2
Determinantes de saúde e doença.



* Além de seus efeitos diretos, todos os determinantes agem por meio do Genótipo e são modificados por ele.

Adaptado de Starfield (1990)

socioeconômicas persistentes e até mesmo crescentes na saúde entre as décadas de 70 e 80 em várias nações industrializadas, mas a ausência de consistência nas diferentes causas de mortalidade levou-o a concluir que os fatores ligados ao estilo de vida, como o tabagismo e a ingestão de álcool, provavelmente também desempenham um papel na explicação das diferenças entre os países. Em seu relatório, ele reconheceu de forma explícita que estes fatores ligados ao estilo de vida podem ser fortemente influenciados por diferenças sociais e econômicas antecedentes entre os indivíduos e a comunidade, como foi previsto pelos modelos de determinantes de saúde representados na Figura 1.2.

Uma maior riqueza nacional não garante as condições socioeconômicas que produzem um alto nível de saúde. Os Estados Unidos, por exemplo, estão entre os países mais ricos, mas sua população não colhe os benefícios disso em termos de uma melhor saúde. A falta de uma relação consistente entre vários aspectos do estado de saúde e a riqueza global do país está bem documentada. Por exemplo, existem diferenças substanciais na sobrevivência de crianças entre países com níveis similares de riqueza global e a sobrevivência similar em alguns países com níveis muito diferentes de saúde. Dentro do grupo de nações com um Produto Interno Bruto (PIB) de mais de 20.000 dólares americanos *per capita*, a variação nas taxas de sobrevivência para crianças abaixo de 5 anos de idade varia de aproximadamente 990 por 1.000 nos Estados Unidos a 995 por 1.000 na Finlândia, Suécia e Islândia. Entre as nações com um PIB entre 1.000 e 2.000 dólares americanos *per capita*, a variação é de menos de 900 por 1.000 na Suazilândia e Papua-Nova Guiné a 990 por 1.000 em Cuba, que tem a mesma taxa de sobrevivência infantil que os Estados Unidos com um PIB vinte vezes maior.

Os países também diferem amplamente na diferença de renda entre indivíduos pobres e ricos dentro de cada país. Os Estudos de Renda de Luxemburgo demonstram a disparidade na renda familiar, depois de pagos os impostos, entre crianças cujas famílias são mais pobres do que 90% dos lares no país e aquelas nos 10%

mais ricos da população, dentro de cada uma das 18 nações industrializadas do ocidente. A renda familiar dos 10% de crianças mais ricas é mais do que seis vezes maior do que a dos 10% mais pobres nos Estados Unidos – de longe a mais socialmente iníqua entre os países. A diferença é de aproximadamente quatro vezes na Itália, Canadá e Austrália. É de três a quatro vezes no Reino Unido, França, Alemanha e Suíça, mas menor do que três vezes na Finlândia, nos Países Baixos, na Suécia e na Áustria. Este é o mesmo caso quando todas as pessoas, não apenas as crianças, são levadas em consideração; os Estados Unidos são, de longe, os mais iníquos, sendo a Finlândia, a Suécia e os Países Baixos os menos iníquos. Entretanto, as iniquidades são piores para todos os indivíduos do que apenas para as crianças no caso da França, Áustria, Noruega, Dinamarca, Suécia e Finlândia, sugerindo que estes países fazem um esforço especial para oferecer suportes sociais para as crianças desfavorecidas, mas não tanto para os adultos. Em contraste, as iniquidades são piores para as crianças do que para todos os indivíduos nos Estados Unidos, Itália, Canadá e Alemanha (Rainwater and Smeeding, 1995; Smeeding, 1996).

Conforme foi observado acima, a saúde está diretamente associada à vantagem social em termos absolutos. Quanto mais recursos sociais de indivíduos e comunidades, maior a probabilidade de uma saúde melhor. Além disso, a privação social relativa, mais do que a absoluta, também está associada a uma saúde pior. Ou seja, quanto maiores as disparidades na riqueza em qualquer população, maior as disparidades na saúde. Isso foi demonstrado por várias abordagens para avaliação. Wagstaff e Van Doorslaer (1993) usaram dados de levantamentos populacionais em que foi pedido às pessoas que descrevessem sua saúde. Quanto maior a desigualdade de renda dentro dos países, maior a desigualdade na saúde. As diferenças na extensão das disparidades de renda, conforme medidas pelo percentual de renda depois de pagos os impostos e do recebimento de benefícios para os 70% menos favorecidos da população, estão relacionadas à diferença na expectativa de vida. Quanto menor a disparidade de renda, ou seja,

quanto mais equitativa a distribuição de renda na população, mais longa a expectativa média de vida, mesmo quando os níveis médios de renda no país são similares (Wilkinson, 1992, 1996, 1997).

Foi demonstrado haver a mesma relação dentro dos países e para outros indicadores de saúde. Por exemplo, dados dos 50 estados dos EUA mostram uma relação bastante notável entre os índices de desigualdade de renda no estado e a mortalidade ajustada à idade, mortalidade infantil, mortalidade por doença cardíaca, mortalidade por vários tipos de câncer, mortes por todas as doenças infecciosas combinadas e por tuberculose, além de por pneumonia e bronquite, separadamente, e homicídios. Os achados persistiram mesmo quando as diferenças nas taxas de tabagismo foram consideradas (Kennedy *et al.*, 1996). Em outro estudo, utilizando uma medida diferente de desigualdade de renda, os achados foram os mesmos. Além disso, foi descoberto que uma maior desigualdade de renda estava associada a uma porcentagem maior de crianças nascidas vivas pesando menos de 2.500 gramas e taxas maiores de incapacitação entre a população (Kaplan *et al.*, 1996). Ou seja, quanto maior a desigualdade de renda, maiores as taxas de problemas relacionados à saúde, sem levar em conta a medida específica da desigualdade de renda.

Os serviços de saúde, na qualidade de um dos determinantes diretos, podem ter um papel na melhora da saúde, mesmo em face das notáveis iniquidades na distribuição de riquezas. Como o nível global de gastos em serviços de saúde não está uniformemente associado a melhores níveis de saúde, qualquer efeito dos serviços de saúde deve ser uma consequência de características específicas destes serviços de saúde. Com base apenas na teoria, é provável que a obtenção de efetividade e equidade exija que o sistema de saúde tenha uma forte orientação de atenção primária.

Para que a atenção primária otimize a saúde, ela deve focar a saúde das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual. As unidades de atenção primária obtêm a equidade fornecendo

atenção no nível mais apropriado; assim, isso libera recursos que podem ser usados para diminuir as disparidades na saúde entre os segmentos mais e menos necessitados da população.

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incommuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. A atenção primária *não* é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Vuori (1985) sugeriu quatro formas de visualizar a atenção primária: como um conjunto de atividades, como um nível da atenção, como uma estratégia para organizar a atenção à saúde e como uma filosofia que permeia a atenção à saúde. Já que existem poucas atividades que sejam exclusivas da atenção primária, a

primeira abordagem é inadequada. Os níveis de atenção, as estratégias para organização da atenção à saúde e uma "filosofia" estão inter-relacionados, sendo que a definição de atenção primária utilizada neste livro capta suas inter-relações.

A atenção primária difere da atenção por consulta, de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade a longo prazo (atenção terciária) por várias características. A atenção primária lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares. Os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos.

Comparada à Medicina subspecializada, a atenção primária é menos intensiva, tanto em capital como em trabalho, e menos hierárquica em sua organização. Portanto, é inerentemente mais adaptável e capaz de responder às necessidades sociais de saúde em mudança. Na atenção especializada, os pacientes tipicamente são encaminhados por um outro médico que já explorou a natureza do problema do paciente e iniciou um trabalho de diagnóstico preliminar. O processo de diagnóstico resulta em uma definição precisa de fisiopatologia; as intervenções são basicamente orientadas para este processo fisiopatológico. Na atenção primária, ao contrário, geralmente, o paciente é conhecido pelo médico, sendo que, a entrada no sistema é dada pelo paciente, frequentemente com queixas muito pouco específicas e vagas. A principal tarefa é a elucidação do problema do paciente e a obtenção de informações que levem a um diagnóstico e à escolha do manejo mais apropriado. Médicos da atenção primária, quando comparados com especialistas, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com a qual trabalham. Como estão mais próximos do ambiente do paciente do que os especialistas, estão em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde.

CONTEXTO HISTÓRICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Em 1920, oito anos após a instituição do seguro nacional de saúde na Grã-Bretanha, foi divulgado um “texto oficial” (Lord Dawson of Penn, 1920) tratando da organização do sistema de serviços de saúde. Distinguia três níveis principais de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Foram propostos vínculos formais entre os três níveis e foram descritas as funções de cada um. Esta formulação foi a base para o conceito de regionalização: um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população. Este arranjo teórico forneceu, posteriormente, a base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países, os quais agora possuem níveis claramente definidos de atenção, cada um com um setor de atenção médica primária identificável e em funcionamento.

Em 1977, em sua trigésima reunião anual, a Assembleia Mundial de Saúde decidiu unanimemente que a principal meta social dos governos participantes deveria ser “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva”. Hoje conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”, esta declaração desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária. Os princípios foram enunciados em uma conferência realizada em Alma Ata e trataram do tópico da “atenção primária à saúde”. O consenso lá alcançado foi confirmado pela Assembleia Mundial de Saúde em sua reunião subsequente, em maio de 1979. A atenção primária à saúde foi definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível

de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Organização Mundial da Saúde, 1978)

A atenção primária à saúde foi reconhecida como uma porção “integral, permanente e onipresente do sistema formal de atenção à saúde em todos os países, não sendo apenas uma coisa ‘a mais’” (Basch, 1990). A conferência de Alma Ata especificou ainda mais que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional.

Embora estes conceitos de atenção primária à saúde tenham sido pensados para serem aplicados em todos os países, há discordâncias a respeito da extensão na qual eles são aplicáveis nas nações industrializadas, bem como a respeito dos impedimentos à sua aplicação (Kaprio, 1979). O conceito de atenção primária à saúde, em sua ênfase sobre a “proximidade com as pessoas”, parece estranho em países com sistemas de saúde baseados na tecnologia, na especialização, na supremacia do hospital e no currículo das escolas de Medicina que estão sob o controle de especialistas que trabalham em hospitais. Além disso, o princípio de que a atenção à saúde deve ser “relacionada às necessidades” não é facilmente entendido em países com sistemas de saúde bem estabelecidos, mas sem nenhum sistema de informação para documentar sistematicamente as necessidades de saúde ou avaliar o impacto dos serviços de saúde sobre eles. A orientação para a comunidade tem pouca base histórica nos sistemas de saúde da maioria dos países industrializados.

Entretanto, alguns países reorganizaram seus serviços de saúde para consolidar os aspectos médicos e de saúde da atenção primária. Por exemplo, os novos “médicos de família”, em Cuba,

residem onde trabalham. São, portanto, membros da comunidade à qual servem e é em seu benefício que atuam como agentes de mudança, quando existem circunstâncias ambientais ou sociais que necessitam de melhoria (Gilpin, 1991). Esta integração dos serviços médicos convencionais com serviços sociais e ambientais se encaixa no modelo previsto em Alma Ata.

Muitas das metas específicas definidas em Alma Ata já foram alcançadas em países industrializados (Vuori, 1984). A maioria destes países pode ressaltar com orgulho seus programas de longa duração para a maior parte das atividades: fornecimento de alimentos, fornecimento de água potável, saúde materno-infantil, imunizações e controle de doenças endêmicas, tratamento básico de problemas de saúde e fornecimento de medicamentos essenciais. Quando a atenção primária em saúde é vista como serviços "acessíveis", muitos destes países podem, com justiça, assegurar que alcançaram as metas devido à disponibilidade de serviços de atenção médica. Apenas quando as nações encaram a atenção primária à saúde como uma estratégia para integrar todos os aspectos dos serviços de saúde é que ela se torna igualmente aplicável como uma meta em nações industrializadas. Esta visão requer que um sistema de atenção à saúde seja organizado para enfatizar a justiça e a equidade social, a auto-responsabilidade, a solidariedade internacional e a aceitação de um conceito amplo de saúde (Vuori, 1984).

As mudanças necessárias para converter a atenção médica primária convencional nas nações industrializadas em uma atenção primária à saúde mais ampla, conforme a definição elaborada em Alma Ata, estão descritas na Tabela 1.1. Todas as orientações de mudanças fazem parte das metas de atenção primária de acordo com a concepção neste livro, o qual utiliza o termo *atenção primária* para denotar a atenção médica primária convencional lutando para alcançar os objetivos da atenção primária à saúde. A intenção é sugerir que, ao aumentar a orientação dos serviços de atenção primária em direção à resposta das necessidades, tanto das comunidades como dos indivíduos que buscam atenção, a atenção médica primária convencional se aproximará da visão de atenção primária à saúde de Alma Ata e em direção a uma maior equidade.

Tabela 1.1
Da atenção médica primária à atenção primária à saúde

Convencional	Atenção Primária
	Enfoque
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
	Conteúdo
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
	Organização
Especialistas	Clinicos Gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
	Responsabilidade
Apenas setor de saúde	Colaboração inter-setorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

Adaptado de Vuori (1985)

ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO UM ENFOQUE DE INTERESSE POLÍTICO

Em muitas partes do mundo, os benefícios da atenção primária foram adotados pela fé. Conforme foi observado acima, o Relatório Dawson, de 1920, apresentou uma estrutura organizacional baseada em diferentes níveis de atenção, sendo a mais básica o centro de atenção primária à saúde, apoiado por um nível secundário, consistindo de especialistas que forneciam atenção por consultas que, por sua vez, era apoiado por um nível terciário baseado em hospitais-escola para atenção às doenças mais comuns e complicadas. A Declaração de Alma Ata, de 1978, codificou a "santidade" da atenção primária à saúde como um princípio para todos os sistemas de saúde do mundo.

Foi apenas recentemente, entretanto, que evidências empíricas dos benefícios da atenção primária foram procuradas e encontradas.

Comparações internacionais

Nem todos os países organizaram seus sistemas de saúde em torno de uma forte base de atenção primária. O imperativo tecnológico do século XX tem sido responsável por uma tendência à especialização e à inferioridade do generalista, sendo este imperativo mais forte em alguns países do que em outros. Em que medida estas diferenças na orientação da atenção primária estão associadas a uma saúde melhor, custos mais baixos e satisfação das pessoas com seu sistema de saúde? Uma comparação entre 12 nações industrializadas ocidentais diferentes indica que os países com uma orientação mais forte para atenção primária, na verdade, possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos (Starfield, 1994).

Foi desenvolvida uma classificação para a força da orientação de atenção primária utilizando cinco características do sistema de saúde que se pensava estarem associadas a uma forte atenção primária e seis características das unidades de saúde que refletem uma forte atenção primária. As cinco características do sistema foram a medida na qual os profissionais e instalações de saúde estavam regulados de modo que estivessem geograficamente distribuídos aproximadamente de acordo com o grau de necessidade; o tipo de médico designado como médico de atenção primária; os honorários profissionais dos médicos de atenção primária em relação a outros especialistas; o número de médicos de atenção primária em relação a outros especialistas; e a extensão da cobertura de seguro para os serviços de saúde.

As seis características das unidades de saúde foram a extensão na qual as pessoas buscam o primeiro atendimento com seu médico de atenção primária antes de ir a qualquer outro lugar; a força das relações entre as pessoas e seu médico de atenção primária; a medida em que a unidade de atenção primária tratou de necessidades comuns, independente de seu tipo; o grau de coordenação entre a atenção primária e outros serviços de saúde; a orientação familiar da atenção primária; e a orientação comunitária da atenção primária.

Cada país recebeu uma pontuação de 0, 1 ou 2, dependendo da presença e força das características. Os países foram, então, classificados por sua pontuação média para as 11 características. As medidas de saúde e de gastos consistiam do seguinte:

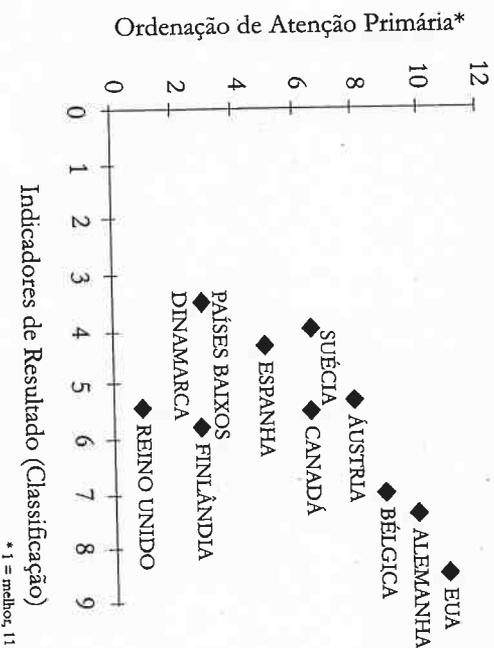
1. Classificação das taxas para 14 indicadores de saúde obtidos por métodos comparáveis e de uma única fonte de dados. Os indicadores incluíam mortalidade neonatal; mortalidade pós-neonatal; mortalidade infantil (neonatal e pós-neonatal combinadas); expectativa de vida na idade de 1 ano (para eliminar a contribuição da mortalidade infantil) e nas idades de 20, 65 e 80 anos, para homens e mulheres, separadamente; taxas de morte ajustadas por idade; e anos de vida potencial perdidos antes de 65 anos como resultado de problemas preveníveis. Também incluíram uma medida de morbidade: porcentagem de baixo peso no nascimento.
2. Classificação para gastos totais de sistemas de saúde *per capita*, expresso pela paridade do poder de compra. Como é o caso com as outras classificações, a classificação "melhor" é 1.
3. Classificações para a satisfação de cada população com seu sistema de saúde, obtida por uma pesquisa por telefone em que as pessoas classificaram o sistema de saúde de seu país de acordo com a extensão em que necessitava de melhoras. A classificação foi baseada na diferença entre a porcentagem da amostra de população relatando que seriam necessárias mudanças importantes e a porcentagem que dizia que seu sistema necessitava apenas de mudanças menores para torná-lo melhor.
4. Classificações para gastos por pessoa para medicamentos prescritos pela paridade do poder de compra, sendo conferido grau 1 ao país com os menores custos de medicamento prescrito.

A Figura 1.3 mostra que, quanto mais forte o sistema de atenção primária do país, melhor a classificação para os impactos combinados. A Figura 1.4 mostra as classificações para a força da atenção primária

em um eixo e a classificação para gastos de atenção à saúde totais, *per capita*, no outro eixo, sendo conferido grau 1 para o país com o mais baixo custo total. Os gráficos tornam claro que os países com atenção primária mais forte lidam melhor com resultados e custos.

Figura 1.3

Relação entre a força da atenção primária e os resultados combinados.



Outras três facetas importantes desta comparação são importantes. Primeiro, as pontuações para as características do sistema e para as características da unidade de saúde estavam altamente relacionadas, ou seja, países nos quais as políticas de saúde conduziam à atenção primária eram os países em que as características das unidades de saúde também refletiam uma forte atenção primária (Fig. 1.5). Segundo, as vantagens decorrentes de uma forte atenção primária foram maiores para grupos jovens, ou seja, durante a primeira infância e a fase escolar, em relação à vida adulta (Starfield, 1993). Terceiro, o grupo de países com sistemas de saúde que tentam distribuir recursos de acordo com a necessidade em vez da demanda (o mercado) alcançam melhores níveis de saúde do que outros países (Starfield, 1993).

Figura 1.4
Relação entre a força da atenção primária e os gastos totais com atenção à saúde

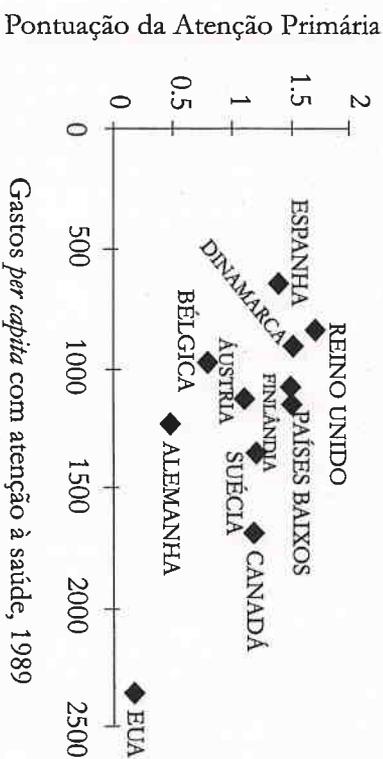
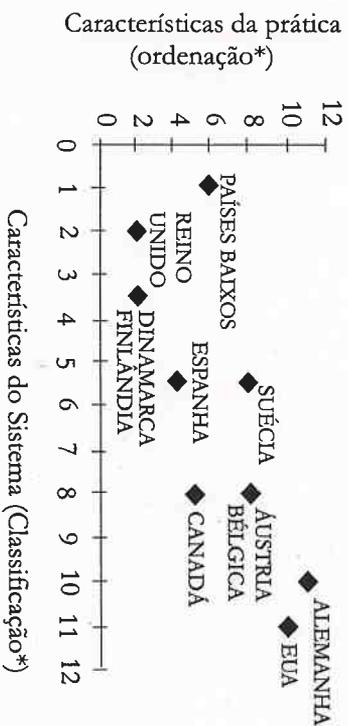


Figura 1.5
Relação entre as políticas do sistema de saúde e as características da prática relacionada à atenção primária



Outras avaliações do impacto da atenção primária

As primeiras destas avaliações mediram o impacto da atenção primária por meio do exame de diversas medidas de resultado em áreas mais e menos bem servidas de médicos de atenção primária e especialistas.

Utilizando dados de todos os condados dentro dos estados continentais dos Estados Unidos para 1978-1982, Farmer e colaboradores (1991) foram os primeiros a demonstrar taxas de mortalidade específicas para a idade consistentemente mais baixas em condados com proporções mais altas de médicos de atenção primária para a população. Embora as taxas de pobreza (mas não áreas rurais, porcentagem de lares chefiados por mulheres, porcentagem da população com menos de 12 anos de escolaridade ou porcentagem de minoria) também tivessem sido consistentemente relacionadas às taxas de mortalidade, a proporção de médicos de atenção primária para a população teve um efeito independente.

Shi (1994) estendeu esta abordagem ao examinar o efeito dos médicos de atenção primária por coeficiente da população sobre as "chances de vida" (taxas de mortalidade total, taxas de mortalidade por doença cardíaca, taxas de mortalidade por câncer, expectativa média de vida ao nascer, mortalidade neonatal e baixo peso no parto) das proporções de médicos de atenção primária por população, proporção de especialistas por coeficiente da população, classificação estadual dos indicadores socioeconômicos (taxa de desemprego, nível de escolaridade, índice de poluição, renda *per capita*) e as classificações estaduais dos indicadores de estilo de vida (taxas de negligência no uso de cinto de segurança, obesidade e tabagismo). A Tabela 1.2 resume os achados, os quais mostram que, quanto mais médicos de atenção primária por população e quanto menor o número de outros especialistas por população, melhores as chances de vida, independente do efeito de outros fatores de influência, como a renda *per capita*.

Tabela 1.2
Principais determinantes de resultado (mortalidade geral, mortalidade por doença cardíaca, mortalidade por câncer, mortalidade neonatal, duração da vida, baixo peso ao nascer) em 50 Estados dos EUA

Médicos especialistas	Mais: Todos os resultados piores
Médicos de atenção primária	Menos: Todos os resultados piores
Leitos hospitalares	Mais: Total mais alto, doença cardíaca e mortalidade neonatal
Escaridade	Sem relação
Renda	Mais baixa: Maior mortalidade por doença cardíaca e por câncer
Desemprego	Mais alto: Mortalidade total mais alta, menor duração média de vida, mais casos de baixo peso ao nascer
Urbano	Mortalidade mais baixa (todos), maior duração média de vida
Poluição	Mortalidade total mais alta
Estilo de vida	Pior: Mortalidade total e por câncer mais alta, menor duração média de vida
Minoria	Mortalidade total, maior mortalidade neonatal, maior taxa de baixo peso ao nascer, menor duração média de vida

Observação: Todas as variáveis são ecológicas, não individuais.

Fonte: Shi (1994)

Shea e colaboradores (1992) utilizaram uma abordagem de caso-controle para examinar o impacto de ter um médico de atenção primária. Homens que apareceram em um pronto atendimento numa grande área metropolitana foram caracterizados como portadores de complicações de hipertensão ou portadores de outros problemas enquanto, ocasionalmente também apresentam hipertensão, que era não complicada. A probabilidade de que aqueles homens cuja hipertensão foi a causa de sua consulta tivessem uma fonte regular de atenção primária foi menor do que os homens cuja hipertensão tinha sido um achado casual. A presença de uma fonte de atenção primária foi a diferença mais marcante entre os dois grupos – até mesmo mais importante do que a cobertura do seguro.

Welch e colaboradores (1993) examinaram declarações para serviços fornecidos a indivíduos com mais de 65 anos de idade em todos os Estados Unidos para explorar as razões para a variação geográfica nos gastos com médicos. Embora os gastos não estivessem relacionados ao número total de médicos por população,

eles eram menores em áreas com uma proporção maior de médicos de atenção primária, mesmo após o controle dos efeitos adicionais das taxas de admissão em hospitais e altas taxas de pagamento. Os achados deste estudo foram ainda mais refinados por intermédio da demonstração de que uma oferta maior de médicos de família e internistas generalistas estava significativamente associada a custos mais baixos para os serviços médicos, mesmo após o controle para o efeito de diversas variáveis sociodemográficas e de oferta do sistema de saúde. Em comparação, quanto maior o fornecimento de especialistas em atenção não-primária mais elevados os gastos.

Avaliações mais recentes dos benefícios da atenção primária abordavam mais diretamente as características da própria atenção primária em vez do tipo de profissional de saúde que presumivelmente a fornecia. Já que requerem um entendimento das características específicas da atenção primária e dos métodos para avaliá-los, eles são discutidos mais à frente no Capítulo 13.

REFERÊNCIAS

- BASCH, P. *Textbook of International Health*. New York: Oxford University Press, 1990.
- FARMER, F. et al. Poverty, primary care, and age-related mortality. *J Rural Health*, n. 7, p.153-69, 1991.
- GILPIN, M. Update – Cuba: On the road to a family medicine nation. *J Public Health Policy*, v. 12, n. 1. p. 83-203, 1991.
- KAPLAN, G.A. et al. Inequality in income and mortality in the United States: Analysis of mortality and potential pathways. *BMJ*, n. 312, p. 999-1003, 1996.
- KAPRIO, L. *Primary Health Care in Europe*. Copenhagen: Regional Office for Europe, World Health Organization, 1979.
- KENNEDY, B.P. KAWACHI, I.; PROTHROW-STTTH, D. Income distribution and mortality: Cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. *BMJ*, n. 312, p. 1004-7, 1996.

KUNST, A. *Cross-National Comparisons of Socio-Economic Differences in Mortality*. Rotterdam: Erasmus University, 1997.

THE LJUBLJANA CHARTER ON REFORMING HEALTH CARE. *BMJ*, v. 312, n. 7047, p. 1664-5, 1996.

LORD DAWSON OF PENN. *Interim Report on the Future Provisions of Medical and Allied Services*. United Kingdom Ministry of Health. *Consultative Council on Medical Allied Services*. London: Her Majesty's Stationery Offices, 1920.

OSLER, W. Remarks on specialism. *Boston Med Surg J*, n. 126, p.457-9, 1982.

RAINWATER, L.; SMEEDING, T. U.S. doing poorly – compared to others. *National Center for Children in Poverty: News and Issues*, fall/winter, 1995.

SHEA, S. et al. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population. *N Engl J Med*, n. 327, p. 776-81, 1992.

SHI, J. Primary care, specialty care, and life chances. *Int J Health Serv*, n. 24, p. 431-58, 1994.

SMEEDING, T. America's income inequality: Where do we stand? *Challenge*, Sep./Oct. 1996.

STARFIELD, B. Health services research: A working model. *N Engl J Med*, n. 289, p. 132-6, 1973.

_____. Primary care. *J Ambulatory Care Manage*, v. 16, n. 4, p. 27-37, 1993.

_____. Primary Care: Is it essential? *Lancet*, n. 344, p. 1129-33, 1994.

_____. Social factors in child health. In: GREEN, M.; HAGGERTY, R. (Ed.). *Ambulatory Pediatrics IV*. Philadelphia: WB Saunders, 1990. p 30-36.

VUORI, H. Primary health care in Europe: Problems and solutions. *Community Med*, n. 6, p. 221-31, 1984.

_____. The role of schools of public health in the development of primary health care. *Health Policy*, n. 4, p. 221-30, 1985.

WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. Equity in the finance and delivery of health care: Concepts and definitions. In: VAN

- DOORSLAER, E.; WAGSTAFF, A.; RUTTEN, F. (Ed.). *Equity in the Finance and Delivery of Health Care*. An International Perspective. Oxford: Oxford University Press, 1993. p. 17-19.
- WELCH W.P. et al. Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States. *N Engl J Med* n. 328, p. 621-7, 1993.
- WILKINSON, R.G. Income distribution and life expectancy. *BMJ*, n. 304, p. 165-8, 1992.
- _____. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge, 1996.
- _____. Socioeconomic determinants of health. *Health inequalities: Relative or absolute material standards? BMJ*, v. 314, n. 7080, p. 591-5, 1997.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion: A discussion document on the concept and principles*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- _____. *Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization, 1978.

2. UMA ESTRUTURA PARA A MEDIÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A atenção primária, conforme foi definida no Capítulo 1, oferece o suporte filosófico para a organização de um sistema de serviços de saúde. Mas as definições gerais não ajudam quando a tarefa é determinar se um dado sistema merece a descrição de *atenção primária*. É necessário que sejam mais específicos.

Historicamente, a atenção primária tem sido definida pelo tipo de médico que a exerce; mesmo atualmente é comum que seja caracterizada como aquele atendimento oferecido por clínicos gerais (ou médicos de família). O problema com esta caracterização é que a norma para a atenção primária transforma-se naquela que descreve as unidades de medicina de família. Como isto pode variar de lugar para lugar e de país para país, é necessária uma melhor alternativa para especificar suas funções.

A atenção primária pode ser distinguida de outros tipos de atenção pelas características clínicas dos pacientes e seus problemas. Estas características incluem a variedade de diagnósticos ou problemas observados, um componente identificável dedicado à prevenção das doenças e uma alta proporção de pacientes que já sejam conhecidos na unidade de saúde.

Comumente é pensado que os profissionais de saúde da atenção primária possam ser diferenciados daqueles da atenção secundária e terciária pela variedade dos problemas encontrados. Sobre a totalidade dos problemas, os subespecialistas podem ter uma maior variedade de diagnósticos, já que a maioria dos problemas muito raros pode ser encontrada na atenção especializada e não na atenção primária. Esperava-se que os profissionais de saúde da atenção primária

possuíssem uma maior variedade dos diagnósticos mais comuns, supunha-se por exemplo, aqueles que abrangem 50% das consultas, já que seria esperado que os subespecialistas atendessem principalmente pacientes com um subgrupo destes diagnósticos comuns que têm complicações que não podem ser tratadas por médicos de atenção primária. Além disso, os subespecialistas, por definição, limitam-se apenas a determinados tipos de diagnósticos e, portanto, tratariam de uma variação menor de diagnósticos. Assim, profissionais de saúde da atenção primária deveriam observar uma variedade maior de tipos de diagnósticos, pelo menos entre seus diagnósticos mais frequentes, do que os subespecialistas.

Outra forma de avaliar a variedade de diagnósticos ou a variedade de problemas apresentados é examinar a porcentagem de todos os diagnósticos que contribuíram para os 50 diagnósticos mais comuns; esta porcentagem deveria ser menor na unidade de atenção primária do que na unidade subespecializada, já que se imaginava que as unidades de atenção primária teriam uma variedade maior.

Como a atenção primária é o ponto de primeiro contato dentro do sistema de atenção à saúde, seus profissionais deveriam encontrar uma série muito mais ampla de problemas apresentados do que no caso da atenção subespecializada. Quando estes problemas apresentados são catalogados, um número muito maior deles deveria abranger qualquer porcentagem determinada de todos os problemas na atenção primária do que na atenção especializada.

Também podemos supor que nas unidades de atenção primária haja uma maior porcentagem de consultas classificadas como relacionadas à prevenção.

As unidades de atenção primária deveriam envolver uma proporção maior de pacientes que recebem atenção continuada do que aqueles que chegam pela primeira vez, sendo que a descrição da unidade de atenção primária e da subespecializada deveria demonstrar a diferença. Uma característica relacionada que deveria distinguir a atenção primária é uma maior familiaridade dos profissionais de atenção primária tanto com o paciente como com seus problemas. Seria esperado que tanto os médicos de atenção primária quanto os

subespecialistas examinassem pacientes novos e pacientes "antigos" pacientes com problemas antigos. Os profissionais de saúde da atenção primária devem examinar mais pacientes "antigos" com problemas novos porque eles são responsáveis pela atenção ao paciente no decorrer do tempo, sem considerar qual o problema em particular.

Esta abordagem descritiva (empírica) para caracterizar a atenção médica foi melhor resumida por White (1973), que distinguiu a atenção primária, secundária e terciária pela natureza dos problemas de saúde, pelo local da prestação do atendimento, pelo padrão de encaminhamento, pela duração da responsabilidade, pelas fontes de informação, pelo uso de tecnologia, pela orientação do interesse e pela necessidade de treinamento. A Tabela 2.1 apresenta sua estrutura. Conforme a tabela indica, as distinções entre os níveis de atenção são feitas de acordo com o grau de diferença para cada uma das 23 características.

Estas abordagens, embora geralmente úteis para o propósito de ilustrar a singularidade da atenção primária, não oferecem uma base apropriada para o estabelecimento de metas para obtenção de um alto nível de desempenho dos serviços de atenção primária. Abordagens mais novas para avaliação da obtenção de uma melhor atenção primária mudam de uma abordagem de conteúdo e orientada para tarefas para uma abordagem que considera o que a atenção primária deveria estar fornecendo no contexto das características dos sistemas de serviço de saúde. Esta seção mostra que as funções mais importantes da atenção primária podem ser medidas de uma forma que ofereça uma base para o estabelecimento de metas e aperfeiçoamento contínuo em sua realização.

Todas as avaliações exigem padrões a partir dos quais o desempenho possa ser medido, seja de acordo com uma meta preestabelecida, seja através da comparação de um sistema (ou estabelecimento) em telação a outro (Parker *et al.*, 1976). Este capítulo oferece uma estrutura teórica para o estabelecimento destes padrões. Os capítulos subsequentes mostram como esta estrutura pode ser usada para avaliar cada uma das principais características da atenção primária.

Tentativas para definir a atenção primária por suas funções datam do início da década de 70. A atenção primária é, agora, amplamente aceita como a oferta da Medicina ao primeiro contato; a suposição de responsabilidade longitudinal pelo paciente sem considerar a presença ou ausência de doença; e a integração de aspectos físicos, psicológicos e sociais de saúde aos limites da capacitação da equipe de saúde. Tal descrição foi proposta no Relatório Mills (1966) e condiz com as principais características da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência e coordenação (ou integração) (Alpert e Charney, 1974; Parker, 1974).

Tabela 2.1
Conteúdo relativo da atenção primária e de outras formas de atenção

	Atenção Primária	Atenção por consulta (Secundária)	Atenção Terciária
Problema de saúde			
Raro e complicado	+	+	++++
Não frequente e específico	++	++++	++
Comum e inespecífico	++++	++	+
Local da atenção			
Unidade comunitária	++++	++	+
Paciente internado: atenção geral	++	++++	++
Paciente internado: atenção intensiva	O	++	++++
Padrão de encaminhamento			
Acesso direto	++++	+++	O
Unidade de referência	+	+++	++++
Extensão de responsabilidade			
Atenção continuada	++++	+	+++
Atenção intermitente	+	++++	+
Atenção por episódio	+	++	+++
Serviço de informações			
Paciente e família	++++	++	+
Base de dados epidemiológicos	++++	+++	+
Base de dados biomédicos	+	++	++++
Uso de tecnologia			
Equipamento e equipe complexos	+	++	++++
Laboratório completo	++++	++++	++
Orientação			
Prevenção/manutenção da saúde	++++	++	+
Diagnóstico inicial/limitação da incapacidade	+++	+++	++
Melhoria/reabilitação	++	++	++++
Necessidade de treinamento			
Ampla e geral	++++	++	+
Concentrado	++	+++	++
Específico e altamente especializado	O	++	++++

O = não característico

+ a ++++ = cada vez mais característico

Adaptado de White (1973)

Um comitê do *Institute of Medicine* [Instituto de Medicina] (1978) sugeriu uma abordagem para avaliar a atenção primária, listando os atributos da atenção primária como acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade. Destes cinco atributos, apenas a integralidade foi realmente definida (capacidade da equipe de atenção primária em lidar com os problemas emergentes na população à qual serve). A responsabilidade foi reconhecida como uma característica não exclusiva da atenção primária, embora essencial a ela. O comitê reconheceu que a atenção primária não poderia ser avaliada por características descritivas como a localização da atenção, o campo de treinamento do profissional ou pela oferta de um conjunto particular de serviços. Mas estabeleceu que “os profissionais que treinam homens e mulheres para atenção primária devem acostumar seus estudantes a um ambiente de prática que atenda ou exceda” os padrões da atenção primária, especificados na forma de respostas positivas a um conjunto de 21 questões referentes a seus cinco atributos. Sete questões foram dedicadas à acessibilidade, seis à integralidade, quatro à coordenação, três à continuidade e uma à responsabilidade.

Os resultados dos esforços deste comitê foram um marco importante na tentativa de delinear um método normativo para medir a obtenção da atenção primária. Entretanto, a lista de questões apresenta limites. Em primeiro lugar, a maioria dos indicadores na lista poderia ser atribuídos da atenção secundária ou terciária, além da atenção primária; estes incluem a oportunidade para os pacientes marcarem consultas; a avaliação da cultura, dos antecedentes, da condição socioeconômica e circunstâncias de vida do paciente; a disponibilidade para internar pacientes em hospitais, asilos ou clínicas de recuperação; a oferta de informações simples e compreensíveis sobre taxas; a aceitação de pacientes sem considerar sua raça, religião ou etnia; prontuários de saúde acessíveis e facilmente localizáveis; oferta de um resumo dos registros do paciente a outros médicos quando necessário; e a garantia de responsabilidade por alertar as autoridades competentes se o problema de um paciente revelar ser uma ameaça à saúde que possa afetar a outrem.

Em segundo lugar, muitos dos indicadores exigem um nível muito alto de desempenho e não permitem nenhuma variabilidade, sendo, portanto, difíceis de atingir. Um exemplo é a exigência de que “90% das solicitações adequadas para consultas de rotina, como exames preventivos, sejam atendidas dentro de uma semana”.

Em terceiro lugar, muitos dos indicadores representam a capacidade potencial de oferecer um serviço, em vez de sua realização concreta. Alguns exemplos são: a oferta de pessoal que possa lidar com pacientes com barreiras especiais de linguagem (em vez da existência concreta de tais serviços para aqueles que deles precisam), a disponibilidade dos profissionais para internar pacientes em outras instituições (em vez do grau em que podem fazê-lo) e a disposição da unidade de saúde para lidar com a grande maioria dos problemas dos pacientes (em vez da demonstração de que a unidade realmente realiza isso).

Uma alternativa ao método de avaliação da atenção primária sugerido pelo Instituto de Medicina é avaliar o nível real de alcance de resultados em vez do *potencial* de obtenção do primeiro contato, da longitudinalidade, da integralidade e da coordenação. Os padrões para avaliar a adequação estariam baseados no grau de melhoria de uma época para outra ou pela comparação de um sistema em relação a outro, em vez de fazê-lo em comparação com um padrão absoluto arbitrário. Assim como a lista do Instituto de Medicina, a abordagem facilita a auto-avaliação de clínicas ou unidades de saúde, bem como a avaliação por uma instituição externa, para determinar o grau com que o estabelecimento ou o sistema de serviços de saúde oferece atenção primária que responda aos padrões aceitos ou que, pelo menos, alcance um nível de desempenho mais alto do que outros.

Para isso, os critérios do Instituto de Medicina foram adaptados por Smith e Buesching (1986) para verificar o grau em que a atenção primária era atingida. Perguntaram a uma amostra casual de pessoas sobre características selecionadas de seu atendimento; das respostas resultou um escore de atenção primária.

O acesso foi verificado por respostas a afirmativas como “eu poderia telefonar para meu médico hoje por estar com dor no peito e receber uma resposta imediata” e “se eu entrasse em contato com meu médico com um problema de saúde que não fosse uma emergência, ele me examinaria dentro de um período razoável de tempo”.

A continuidade foi expressa em respostas como “meu médico me vê para exames regulares mesmo se eu não tenho uma doença específica” e “meu médico me oferece tratamentos confiáveis de acompanhamento para a doença”.

A integralidade foi julgada por respostas como “meu médico cuida da maioria dos meus problemas médicos” e “meu médico tem um excelente conhecimento sobre toda minha medicação atual”.

As respostas sobre coordenação incluíram “se eu precisar de um exame laboratorial ou de radiografias, meu médico explica os resultados para mim” e “se vários médicos estão envolvidos no meu tratamento, meu médico organiza-o”.

Uma característica adicional, a atenção personalizada, foi avaliada por meio de respostas como “meu médico tem um excelente conhecimento sobre o tipo de trabalho que eu faço” e “posso discutir um problema pessoal, familiar ou emocional com meu médico”. A satisfação com a atenção estava altamente associada ao escore derivado da combinação das respostas para estes atributos; também foram associados altos escores de atenção primária a pacientes que estiveram doentes menos dias e que ficaram menos dias em casa devido à doença, depois que fatores que pudessem gerar confusão, como percepção do estado de saúde e problemas de saúde relatados, fossem levados em consideração. Entretanto, a especialidade do médico pessoal não foi associada ao escore de atenção primária e cerca de 25% da amostra da comunidade indicaram um subspecialista como seu médico pessoal.

Um relatório mais recente sobre atenção primária do Instituto de Medicina definiu-a como “a oferta de serviços de atenção à saúde integrados e acessíveis por meio de clínicos que sejam responsáveis por atender a uma grande maioria de necessidades

pessoais de atenção à saúde, desenvolvendo uma parceria constante com os pacientes e trabalhando no contexto da família e da comunidade". (Donaldson *et al.*, 1996). Reconhecendo que os termos nesta definição podem estar abertos a diferentes interpretações, o relatório especificou, ainda, cada um dos componentes da definição, como segue:

Integrado: tratando qualquer problema de saúde em qualquer estágio do ciclo de vida do paciente); coordenada (assegurando a oferta de uma combinação de serviços e informações de saúde que atendem às necessidades de um paciente e que também envolva a ligação entre estes serviços); continuada (atenção ao longo do tempo por um único indivíduo ou equipe de indivíduos e comunicação efetiva e oportuna).

Acessível: de fácil abordagem e eliminação de barreiras geográficas, administrativas, financeiras, culturais e de linguagem.

Serviços de Atenção à Saúde: serviços oferecidos por profissionais de atenção à saúde diretamente ou de acordo com sua orientação com o propósito de promover, manter ou restaurar a saúde.

Clinico: um indivíduo que utiliza o conhecimento científico e tem autoridade para orientar a prestação de serviços da equipe de saúde aos pacientes.

Responsável: responsável pela abordagem de uma grande maioria das necessidades pessoais de saúde.

Majoria das necessidades pessoais de saúde: os clínicos recebem todos os problemas trazidos pelos pacientes (sem restrições por problema ou sistema do organismo) e são treinados para diagnosticar e manejar uma grande maioria destes problemas quando for adequado.

Necessidades pessoais de atenção à saúde: questões físicas, mentais, emocionais e sociais que envolvem o funcionamento de um indivíduo.

Parceria constante: relação estabelecida ao longo do tempo entre paciente e clínico com a expectativa mútua de continuidade no decorrer do mesmo.

Paciente: indivíduo que interage com um clínico devido a uma doença ou para promoção da saúde e prevenção de doenças.

Contexto da família e da comunidade: entendimento das condições de vida do paciente, da dinâmica familiar e dos antecedentes culturais referentes à comunidade na qual o paciente vive.

Esta definição de atenção primária não incluiu explicitamente a atenção ao "primeiro contato", embora o relatório, como parte de uma seção sobre integralidade, reconheça que a "atenção primária é a via comum e preferida dentro do sistema de atenção à saúde" (Donaldson *et al.*, 1996, pág. 38). Além disso, ela é similar à definição anterior do Instituto de Medicina ao incluir algumas características que também pertencem a outros níveis dos sistemas de saúde. Por exemplo, a responsabilidade se aplica não apenas à atenção primária, mas também ao sistema do qual a atenção primária é uma parte. É esperado que os especialistas que aceitam a responsabilidade pelo manejo continuado de pacientes com problemas raros ou incomumente complexos mantenham parceria constante. Além disso, muitos dos conceitos mencionados na definição estão abertos a várias interpretações. No período de apenas um ano depois do surgimento do relatório, dois grupos distintos de pesquisadores (Flocke, 1997; Franks *et al.*, 1997) fizeram referência à definição ao justificarem suas abordagens para medição da atenção primária; estas abordagens eram bastante diferentes. Além disso, a expressão "a maioria das necessidades pessoais de atenção à saúde" é ambígua e aberta à interpretação de que se refira à maioria dos problemas listados em compêndios como a Classificação Internacional de Doenças (ver Capítulo 16). Ou seja, a "maioria" (no sentido do relatório) diz respeito apenas a indivíduos específicos e não às necessidades da população. Para as populações, o conceito de ter todas as necessidades comuns atendidas é a mais relevante.

Esta definição mais recente do Instituto de Medicina também é especialmente notável em seu enfoque sobre os pacientes individuais em vez da organização de serviços de saúde para atender às necessidades da população. A próxima seção deste

capítulo enfatiza a importância de focar a atenção primária dentro do contexto de um sistema de saúde que trata explicitamente das funções duais para atender tanto às necessidades das comunidades como às daqueles indivíduos que buscam atendimento por si mesmos (pacientes).

ATENÇÃO PRIMÁRIA A PARTIR DO PONTO DE VISTA DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE

A *Canadian Medical Association* [Associação Médica Canadense] considera, explicitamente, a atenção primária como o ponto de entrada para o sistema de atenção à saúde, estando inter-relacionada aos outros componentes do sistema. Define a atenção primária como consistindo de “avaliação de um paciente ao primeiro contato e a oferta de atenção continuada para uma ampla variedade de questões de saúde, além de incluir a abordagem de problemas de saúde, prevenção e promoção de saúde; e apoio continuado, com intervenções familiar e comunitária, quando necessário”. Diferente, assim, do relatório do Instituto de Medicina ao distinguir a atenção ao primeiro contato como uma função crucial e ao incluir intervenções comunitárias na definição das funções (Canadian Medical Association, 1994).

A *Charter for General Practice/Family Medicine in Europe* [Carta para Clínica Geral/Medicina de Família na Europa], desenvolvida por um grupo de trabalho da região europeia da Organização Mundial da Saúde (1994), reconhece, explicitamente, o papel da atenção primária como um sistema de atenção que oferece atendimento acessível e aceitável para os pacientes; assegura a distribuição equitativa de recursos de saúde; integra e coordena serviços curativos, paliativos, preventivos e promotores de saúde; controla, de forma racional, a tecnologia da atenção secundária e os medicamentos; e aumenta a relação custo-efetividade dos serviços por meio de 12 características:

1. Geral: não é restrita a faixas etárias ou tipos de problemas ou condições
2. Acessível: em relação ao tempo, lugar, financiamento e cultura
3. Integrada: curativa, reabilitador, promotora de saúde e preventiva de enfermidades
4. Continuada: longitudinalidade ao longo de períodos substanciais de vida
5. Equipe: o médico é parte de um grupo multidisciplinar
6. Holística: perspectivas físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, das famílias e das comunidades
7. Pessoal: atenção centrada na pessoa e não na enfermidade
8. Orientada para a família: problemas compreendidos no contexto da família e da rede social
9. Orientada para a comunidade: contexto de vida na comunidade local; consciência de necessidades de saúde na comunidade; colaboração com outros setores para desencadear mudanças positivas de saúde
10. Coordenada: coordenação de toda a orientação e apoio que a pessoa recebe
11. Confidencial
12. Defensora: defensora do paciente em questões de saúde sempre e em relação a todos os outros provedores de atenção à saúde.

Reconhece, ainda, que determinadas condições estruturais, melhores organizacionais e questões de desenvolvimento profissional devem ser consideradas na oferta de atenção primária de alta qualidade. As condições estruturais incluem a clara definição de uma unidade de saúde em que os membros da população tivessem o direito de optar e mudar a escolha de profissionais de atenção primária, a capacidade de colocar uma unidade de saúde na comunidade em que sua população reside, atenção ao primeiro contato em que o acesso a especialistas é

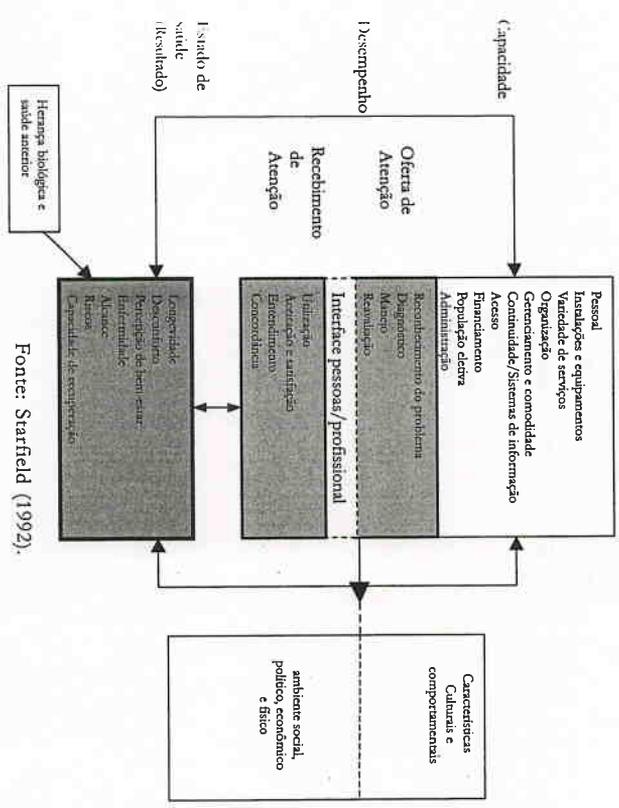
dado por meio do profissional de saúde de atenção primária e um sistema de remuneração equilibrado para oferecer toda a variedade de serviços necessários para a população.

Tanto a visão de atenção primária centrada na população como na pessoa oferecem uma base para um sistema normativo de medição das funções de atenção primária dentro de um sistema de serviços de saúde. Além disso, introduz a necessidade de levar em conta tanto a estrutura de sistemas de saúde como os comportamentos que refletem a função, seja a partir do ponto de vista da população, seja do indivíduo.

A Figura 2.1 especifica os componentes importantes do sistema de saúde de acordo com seu tipo: estrutura, processo e resultado (Donabedian, 1966). As características individuais dentro de cada componente diferem de lugar para lugar e de época para época, mas cada sistema de serviços de saúde possui uma estrutura (ou capacidade) que consiste das características que possibilitam que ofereça serviços, os processos (ou desempenho) que envolvem tanto ações por parte dos profissionais de saúde no sistema como as ações das populações e dos pacientes, e o resultado refletido em vários aspectos do estado de saúde. Estes componentes interagem com o comportamento individual e são determinados tanto por ele como pelo ambiente social, político, econômico e físico em que o sistema de serviços de saúde existe.

As páginas seguintes descrevem uma abordagem para medição da atenção primária com base em determinadas estruturas e processos ou, como são mais comumente designados, “capacidade” e “desempenho” dentro do sistema de serviços de saúde. Esta abordagem para medir a atenção primária presume que os atributos estruturais estejam em seu devido lugar para que importantes atividades possam ser realizadas. Também presume a importância de avaliar o desempenho dessas atividades. Assim, medir os aspectos principais envolve a medição de uma característica comportamental e da característica estrutural da qual ela depende.

Figura 2.1
O sistema de serviços de saúde



Fonte: Starfield (1992).

Vamos examinar, por sua vez, a capacidade e o desempenho do sistema de serviços de saúde para estabelecer o estágio para escolha destas características, que são as mais importantes na atenção primária. O próximo capítulo considerará os “resultados”, no contexto de uma discussão de medição do estado de saúde.

CAPACIDADE DE UM SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A capacidade do sistema de serviços de saúde é o que propicia a prestação destes serviços. Seus elementos capacitadores consistem dos recursos necessários para oferecer os serviços. Conforme é mostrado na Figura 2.1, existem, pelo menos, dez componentes estruturais principais:

Pessoal: inclui todos os envolvidos na prestação do serviço e sua educação e treinamento.

Instalações e equipamentos: inclui os prédios (por exemplo, hospitais, clínicas ou centros de saúde, e consultórios) e os componentes físicos das instalações, incluindo elementos como instrumental laboratorial e tecnologia para diagnóstico ou tratamento.

Gerenciamnto e comodidades: inclui características dos serviços que não aquelas diretamente relacionadas à atenção clínica. Por exemplo, os resultados de exames laboratoriais são registrados de forma moderna? Os pacientes são tratados com cortesia e respeito?

Variabilidade de serviços oferecidos pelas instalações: esta gama de serviços pode variar de um país para outro e de comunidade para comunidade, mas cada unidade toma decisões a respeito do tipo de serviços que estará disponível ou não. A variedade de serviços oferecidos é uma consideração importante para a natureza da atenção primária e é discutida em maiores detalhes no Capítulo 10.

Organização de serviços: o pessoal trabalha em grupos ou individualmente? Quais os mecanismos para assegurar a confiabilidade e quem é responsável por oferecer os diferentes aspectos da atenção?

Mecanismos para oferecer continuidade da atenção: estes mecanismos são especialmente importantes na atenção primária, porque sem eles não haveria maneira de lidar com problemas que exigem mais do que uma consulta ou exigem transferência de informações. Geralmente, a continuidade é oferecida na forma de profissionais ou equipes de profissionais que servem como primeiro contato para o paciente, mas, às vezes, o único mecanismo de continuidade é alguma forma de prontuário médico. A continuidade é considerada mais detalhadamente no Capítulo 11.

Mecanismos para oferecer acesso ao atendimento: não tem sentido possuir pessoal, instalações e equipamentos se não puderem ser utilizados por pessoas que deles necessitem. Existem diversos tipos de acessibilidade: acessibilidade em relação ao tempo (ou seja, o horário de disponibilidade), acessibilidade geográfica (adequação de transporte e distância a ser percorrida) e acessibilidade psicossocial (existem barreiras de linguagem ou culturais à comunicação entre os funcionários, nas instalações, e os pacientes?). A acessibilidade e sua importância especial na atenção primária são consideradas em maiores detalhes no Capítulo 7.

Arranjos para financiamento: qual o método de pagamento dos serviços e como a equipe é remunerada por seu trabalho? Dentre todos os aspectos estruturais, este é o mais provável de ser diferente de país para país e, portanto, é de grande interesse para estudos comparativos entre nações.

Delimitação da população eletiva para receber os serviços: cada unidade do sistema de serviços de saúde deveria ser capaz de definir a comunidade à qual serve e conhecer suas características importantes em termos sociodemográficos e de saúde. Membros da população deveriam ser capazes de identificar sua fonte de atenção e estar conscientes da responsabilidade desta pela oferta dos serviços requeridos. Este aspecto estrutural é um outro elemento crucial na atenção primária, especialmente em relação ao aspecto conhecido como longitudinalidade. Este elemento é discutido com mais profundidade no Capítulo 8.

Administração do sistema de saúde: sistemas de saúde diferem em sua responsabilidade em relação àqueles aos quais servem. Frequentemente não envolvem a população em decisões sobre a maneira pela qual os serviços são organizados ou oferecidos. Às vezes, conselhos comunitários servem como conselho consultivo. Raramente a responsabilidade pela tomada de decisão é compartilhada ou assumida por comitês comunitários.

As abordagens para a administração variam desde aqueles com menos poder (capacidade de ser ouvido) aos com mais poder (capacidade de controlar a organização). A variação consiste de três tipos principais: controle, escolha e persuasão moral/legal (Saltman, 1994). O controle político, no qual as pessoas têm autoridade sobre os orçamentos e alocação de recursos, é a forma mais direta de administração; também condiz com a tomada de decisão coletiva, democrática. A escolha, como uma forma alternativa de administração, é um método muito mais indireto baseado no princípio de que permitir às pessoas que escolham onde e de quem desejam receber seus serviços encorajará a competição, e assim, por omissão, a responsabilidade será alcançada. Levando o princípio da escolha à sua conclusão lógica, o financiamento dos serviços permitiria às pessoas buscarem atendimento por prestadores de serviços de saúde alternativos e receberem reembolso como se tivessem sido atendidas por profissionais médicos convencionais. (Este é o caso nos Países Baixos, onde o sistema de seguro reembolsará acupuntura e outras terapias alternativas, e na Alemanha, onde a terapia nos spas é reembolsável.) O terceiro mecanismo de administração é mais indireto e é representado pelos sistemas de reparação legal e social por serviços inadequados ou prejudiciais. As pesquisas de satisfação para determinar como as pessoas se sentem a respeito de seus serviços funcionam por persuasão moral, a medida mais indireta de controle porque as pessoas não têm capacidade de mudar aspectos dos serviços que são considerados inadequados.

DESEMPENHO DE UM SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os processos de um sistema de serviços de saúde são as ações que constituem a oferta e o recebimento de serviços. Assim, existem dois componentes: aqueles que representam atividades por parte de

quem oferece atenção e aqueles que representam atividades da população. Os provedores devem, primeiro, reconhecer as necessidades que existem tanto na comunidade como nos pacientes individuais. Este aspecto é conhecido como *reconhecimento de um problema* (ou de *necessidades*) e é uma consideração particularmente importante em relação à atenção primária. O problema pode ser um sintoma, um sinal, um exame laboratorial anormal, um item anterior mas relevante no histórico do paciente ou da comunidade ou necessidade de um procedimento preventivo indicado. O reconhecimento do problema subentende consciência da existência de situações que exijam atenção num contexto de saúde. Após reconhecer o problema, geralmente, o profissional de saúde formula um *diagnóstico* ou um entendimento do problema quando um diagnóstico não for possível. Isto é necessário para chegar ao passo seguinte no processo de atenção: a instituição de uma estratégia adequada para *tratamento* ou *manejo*. Subseqüentemente, deve ser feito um arranjo para *reavaliação* do problema para determinar se seu reconhecimento original, seu diagnóstico e seu tratamento foram adequados. A esta altura, o processo de atenção inicia um novo ciclo de monitoramento e acompanhamento, com vigilância dos problemas tal qual existem agora.

Os processos de atenção que refletem como as pessoas interagem com o sistema de atenção também são importantes. Em primeiro lugar, as pessoas decidem se e quando usar o sistema de atenção à saúde. Se realmente utilizarem-no, chegam a uma compreensão sobre o que este serviço lhes oferece e, então, decidem quão satisfeitos estão com seu atendimento e se aceitarão as recomendações ou orientações dos profissionais de saúde. Em seguida, decidem sobre o quanto querem participar do processo. Podem decidir realizar as recomendações ou modificá-las da maneira como pensam ou desrespeitá-las parcial ou completamente. Certos processos de atenção sugeridos por pacientes são uma consideração importante na avaliação da atenção primária, como será observado nos Capítulos 7 e 8.

MEDINDO A OBTENÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A ABORDAGEM CAPACIDADE-DESEMPENHO

Tanto o potencial como o alcance dos aspectos cruciais da atenção primária podem ser medidos pela abordagem da capacidade-desempenho. Quatro elementos estruturais do sistema de serviços de saúde definem o potencial, enquanto dois aspectos do processo traduzem o potencial numa atividade importante.

Os quatro elementos estruturais relevantes à atenção primária são acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade. São definidos como segue:

Acessibilidade: envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade.

Variedade de serviços: é o pacote de serviços disponíveis para a população, bem como aqueles serviços que a população acredita que estejam disponíveis.

Definição da população eletiva: inclui o quanto o serviço de atenção à saúde pode identificar a população pela qual assume responsabilidade e o quanto os indivíduos da população atendida sabem que são considerados parte dela.

Continuidade: consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos. A continuidade pode ser alcançada por intermédio de diversos mecanismos: um profissional que atende ao paciente ou um prontuário médico que registra o atendimento prestado, um registro computadorizado ou mesmo um prontuário trazido pelo paciente. O quanto o estabelecimento oferece tais arranjos e a percepção de sua obtenção pelos indivíduos na população indica a extensão da continuidade da atenção.

Traduzir o potencial na atividade adequada requer dois elementos de desempenho do sistema de serviços de saúde: utilização de serviços pela população e reconhecimento de problemas por profissionais de serviços de saúde.

A *utilização* refere-se à extensão e ao tipo de uso dos serviços de saúde. A razão fundamental para uma consulta pode ser a investigação da ocorrência de um novo problema, o acompanhamento de um problema antigo ou receber serviços preventivos. A utilização pode começar pelo paciente ou ser uma exigência ou orientação de um profissional de saúde, podendo, ainda, ocorrer como resultado de alguma exigência administrativa.

O *reconhecimento de um problema* (ou de *necessidade*) é o passo que precede o processo diagnóstico. Se os problemas ou necessidades de saúde não forem reconhecidos, não haverá qualquer processo diagnóstico ou, então, será um processo inadequado. Os pacientes podem não se queixar de problemas por não estarem cientes deles, ou podem se queixar de uma coisa que mascara outra. O papel do profissional de saúde é a determinação precisa das necessidades de saúde de um paciente ou da população.

Como já foi anteriormente declarado, são necessários um dos quatro elementos estruturais (acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade) e um dos dois elementos processuais (utilização, reconhecimento do problema) para medir o potencial e o alcance de cada um dos atributos da atenção primária: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Cada um dos quatro atributos é suficientemente importante para garantir um capítulo em separado. A seção seguinte descreve resumidamente os elementos estruturais e processuais necessários para medir cada um.

A *atenção ao primeiro contato* implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Independente do que um estabelecimento de saúde define ou percebe como acessibilidade, ele não oferece atenção ao primeiro contato a menos que os seus usuários em potencial percebam-na como acessível e

isto se reflita na sua utilização. Portanto, a medição da atenção ao primeiro contato envolve a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural) e da utilização (elemento processual).

Diversas questões importantes dizem respeito à atenção ao primeiro contato. Em que medida o sistema oferece fácil acesso, tanto geograficamente quanto com horário mais prolongado de funcionamento? A população acha este acesso conveniente? O quanto o acesso mais fácil está associado à utilização do estabelecimento para problemas novos por sua população definida? A atenção ao primeiro contato é mais profundamente discutida no Capítulo 7.

A *longitudinalidade* pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população – que deveriam receber seu atendimento da unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.

Diversas questões importantes referem-se à longitudinalidade. Aqueles indivíduos claramente identificados como usuários identificam a unidade de saúde como sua fonte regular de atenção e utilizam-na como tal por um período de tempo? Todas as consultas, exceto as iniciadas pelos profissionais, ocorrem na unidade? A natureza da interação entre o profissional de saúde e os pacientes reflete sua cooperação mútua? A longitudinalidade é o assunto do Capítulo 8.

A *integralidade* implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como interação domiciliar e outros

serviços comunitários. Embora cada unidade de atenção primária possa definir diferentemente sua própria variedade de serviços, cada uma deveria explicitar sua responsabilidade tanto para a população de pacientes como para a equipe, bem como reconhecer as situações para as quais os serviços estão disponíveis. A equipe deveria oferecer e reconhecer a necessidade de serviços preventivos e de serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas. Também deveria reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais. Este último tipo é particularmente importante, já que todos os problemas de saúde ocorrem dentro de um ambiente social que frequentemente predispõe ou causa enfermidades.

Diversas questões importantes referem-se à integralidade. (1) quão inclusivo é o pacote de benefícios oferecido? Ele é explícito e é compreendido pela população? Ao oferecer serviços, os profissionais reconhecem um amplo espectro de necessidades na população? Eles encaminham a outros especialistas, quando apropriado? A integralidade é assunto do Capítulo 10.

A *coordenação (integração)* da atenção requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas (um elemento processual). Por exemplo, o estado de problemas observado em consultas anteriores ou problemas pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais deveria ser avaliado nas consultas subsequentes. Este reconhecimento de problemas será facilitado se o mesmo profissional examinar o paciente no acompanhamento ou se houver um prontuário médico que esclareça estes problemas. Assim, tanto a continuidade como o reconhecimento de problemas são necessários para avaliar a coordenação da atenção.

Diversas questões importantes referem-se à coordenação. Em que medida o agendamento é organizado para permitir que os pacientes consultem sempre com o mesmo profissional em todas as consultas? Os prontuários médicos contêm informações pertinentes ao atendimento dos pacientes? Existe aumento do

reconhecimento de problemas associado à melhor continuidade? Este reconhecimento aumentado é função de prontuários melhores, da continuidade com um profissional usual, ou de ambos? A coordenação é o assunto do Capítulo 11.

AVALIANDO A EFETIVIDADE DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Funções da atenção primária e tarefas da atenção primária

Algumas vezes, as funções da atenção primária são confundidas com as tarefas que são necessárias para realizar algumas delas. Assim, a atenção primária, freqüentemente, é caracterizada pelo tipo de serviços que oferece dentro dos interesses de obtenção da integralidade. Exemplos típicos de tais serviços são a promoção de saúde, a prevenção de enfermidades (incluindo tanto a prevenção primária como a secundária, ou seja, a detecção precoce por meio de exames), diagnóstico e manejo de uma ampla variedade de problemas médicos, atenção à saúde materno-infantil, atenção emergencial, atenção reabilitadora, atenção paliativa, encaminhamentos quando apropriados, manutenção do prontuário médico, proteção do paciente, educação em saúde e participação em programas de saúde comunitária e de proteção da saúde (Alberta Medical Association, 1996). Definir e medir a atenção primária pela obtenção de suas funções cardinais resultará, pelo efeito destas funções, em uma lista de tarefas similar ou idêntica. As funções é que são cruciais, porque muitas das tarefas que fazem parte da atenção primária (por exemplo, prevenção, atenção emergencial, proteção do paciente, educação em saúde, atenção reabilitadora) são tarefas que também fazem parte de outros níveis de atenção e podem, até mesmo, ser assumidas por outros níveis de atenção (por exemplo, atividades de saúde pública) em vez de ser oferecidas nas unidades de atenção primária.

Diferenças essenciais entre a atenção primária e a atenção por outros especialistas

Embora a atenção primária e outros níveis de atenção muitas vezes compartilhem atributos, existem diferenças marcantes na maneira como as funções são realizadas. A seguir, são discutidas algumas das principais diferenças:

1. Acessibilidade. Todos os serviços deveriam ser adequadamente acessíveis. O acesso aos serviços de subespecialistas deveria ser assegurado para aqueles que deles necessitam, sendo que o limite de horário deveria ser adequado às necessidades dos pacientes e à urgência de sua situação. Na atenção primária, entretanto, o acesso deve ser universal e não necessariamente relacionado ao grau de necessidade, já que não se pode esperar que os indivíduos conheçam a gravidade ou urgência de muitos de seus problemas antes de buscarem atendimento.
2. Prontuários médicos. Todos os profissionais de saúde devem manter registros completos e precisos e serem responsáveis pelo conteúdo por eles gerado. A atenção primária é especial apenas pela responsabilidade de conhecer os elementos essenciais dos registros gerados em outros níveis de atenção.
3. Utilização dos serviços pelas populações. Embora indivíduos nas populações utilizem todos os níveis de serviços de tempos em tempos, o uso da atenção primária é desencadeado basicamente pelos indivíduos, enquanto na atenção secundária e terciária o uso é mais freqüentemente desencadeado pelo profissional de atenção à saúde.
4. Reconhecimento do problema. Tanto a atenção primária quanto a não-primária devem reconhecer os problemas que são trazidos a elas. Na atenção primária, estes problemas e necessidades são muito pouco definidos e diferenciados, enquanto em outros níveis de atenção eles são melhor definidos, porque já passaram por um "filtro" de definição.

5. Variedade de serviços. Tanto a atenção primária quanto outros níveis de atenção devem especificar a variedade de serviços que será oferecida, de acordo com o treinamento, a experiência e a competência do profissional de saúde. Na atenção primária, entretanto, a variedade deve ser mais ampla, pois ela deve abranger todos os problemas de saúde que são comuns na população, em vez de um subconjunto deles.

6. O processo de diagnóstico na atenção primária difere daquele de outros níveis de atenção, já que a probabilidade de doenças sérias, a frequência de testes para diagnóstico e a prescrição de terapias definitivas são menores na atenção primária. O valor de tempo (espera observada) torna-se maior tanto para definir melhor os problemas apresentados quanto para julgar a probabilidade de sucesso de medidas alternativas. Enquanto as ameaças à efetividade e à eficiência da atenção primária encontram-se na maior probabilidade de não observar uma enfermidade quando ela está lá e o possível atraso no diagnóstico de enfermidades menos comuns, a ameaça à efetividade e eficiência da atenção subspecializada encontra-se na maior probabilidade de atribuir queixas a enfermidades que *não* estão presentes e o conseqüente dano como um resultado de exames excessivos, diagnósticos e tratamentos inadequados (mesmo temporariamente) e a desnecessária ansiedade por parte dos pacientes. A atenção primária está mais sujeita a erros de omissão, enquanto a atenção especializada é mais propensa a erros por realização.

Na teoria, o elemento estrutural de cada característica deveria estar relacionado de perto ao elemento processual. Ou seja, um acesso melhor deve levar a uma melhor utilização para cada problema novo de saúde; uma melhor identificação de uma fonte regular de atenção deveria estar associada ao uso mais

consistente daquela fonte regular de atenção ao longo do tempo e a melhores interações profissional-paciente; uma variedade mais ampla de serviços disponíveis deveria estar associada a um melhor reconhecimento das necessidades para aqueles serviços; e uma melhor continuidade da atenção deveria levar a uma melhor coordenação de atenção, medida pelo maior reconhecimento de informações a respeito dos pacientes. Na prática, há pouca pesquisa que teste especificamente a teoria.

Além disso, os aspectos singulares da atenção primária nem sempre são claramente separáveis. Se existe uma relação entre um profissional de saúde e um paciente que transcende a presença de problemas ou tipos de problemas específicos (longitudinalidade), é mais provável que o paciente procure inicialmente aquele profissional de saúde para atendimento no caso de um novo problema (atenção ao primeiro contato). De forma semelhante, a longitudinalidade deveria também estar relacionada à integralidade, já que um profissional ou unidade de saúde que oferece atenção ao longo do tempo, independente do tipo de problema, também deveria oferecer uma maior amplitude de serviços. Similarmente, quanto maior a variedade de serviços oferecidos, maior o peso da coordenação, especialmente se alguns destes serviços tiverem de ser oferecidos em outro local que não a própria unidade de atenção primária. Apesar destas inter-relações, as quatro características exclusivas da atenção primária são, conceitualmente, distintas; apenas quando são colocadas em uso na prática é que o potencial para sobreposição torna-se evidente. A extensão da sobreposição é, na verdade, de alta prioridade para a pesquisa.

A capacidade de medir os aspectos importantes da atenção primária torna possível estabelecer metas para alcançá-los e medir sua obtenção. Também torna possível garantir que unidades de saúde ou profissionais em particular qualifiquem-se para a designação de provedores de atenção primária. Serviços qualificados como de atenção primária podem ser comparados com

outras formas de atenção no que se refere ao impacto dos serviços. O conhecimento a respeito da importância relativa de cada aspecto na contribuição para os resultados desejados pode resultar de pesquisas utilizando esta abordagem para medição. A obtenção de um nível satisfatório de atenção ao primeiro contato está associada com a maior satisfação entre os pacientes, bem como com uma melhor resolução do problema? A longitudinalidade está associada a um melhor reconhecimento de problemas, melhor entendimento e participação dos pacientes, e resulta em menos dias de incapacitação e desconforto? A integralidade está associada a diferentes modelos de utilização, menos episódios de uma doença nova ou resolução mais rápida de problemas? A coordenação está associada com uma menor utilização global, melhor compreensão e aumento na participação do paciente em sua atenção, além de resolução mais rápida do problema com menos problemas novos? A atenção primária devolve os pacientes mais rapidamente a níveis ótimos de atividade, conforto e satisfação com sua saúde e faz um trabalho melhor ao ajudar as pessoas a alcançarem seu potencial total e capacidade máxima de recuperação contra ameaças à sua saúde? Cada uma das quatro características é igualmente importante, ou algumas são mais importantes do que outras?

Nenhum sistema de atenção primária pode alcançar o desempenho perfeito em todos os quatro componentes fundamentais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Se os padrões forem muito elevados, os pacientes ficarão desapontados e os profissionais, frustrados. Mas a justificativa para a necessidade de atenção primária não depende da obtenção de padrões ótimos; é suficiente para demonstrar, apenas, que as metas da atenção primária são melhor atendidas por profissionais de saúde treinados e organizados para oferecer a atenção primária do que por profissionais treinados para focar doenças específicas, sistemas do organismo ou mecanismos patogênicos específicos e que a obtenção das metas melhora progressivamente com o decorrer do tempo é o suficiente.

REFERÊNCIAS

- ALBERTA MEDICAL ASSOCIATION. *Primary Medical Care*. Edmonton, Canada: Alberta Medical Association, Jun. 1996.
- ALPERT, J.; CHARNEY, E. *The Education of Physicians for Primary Care*. Rockville, MD: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Health Resources Administration, 1974. (Pub. No. (HRA) 74-3113).
- CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. *Strengthening the Foundation: The Role of the Physician in Primary Health Care in Canada*. Ottawa: Ontario Canada Medical Association, 1994.
- DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*, v. 44, n. 2, p. 166-206, 1966.
- DONALDSON M, et al. (Ed.). *Primary Care: America's Health in a New Era*. Washington, DC: National Academy Press, Institute of Medicine, 1996.
- FRANKS, P.; CLANCY, C.; NUTTING, P. Defining primary care: Empirical analysis of the national ambulatory medical care survey. *Med Care*, n. 35, p. 655-68, 1997.
- FLOCKE, S. Measuring attributes of primary care: Development of a new instrument. *J Fam Pract*, n. 45, p. 64-74, 1997.
- INSTITUTE OF MEDICINE. *A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study*. Washington, DC: National Academy of Sciences, 1978. (OM Pub. No. 78-02).
- MILLIS, J. S. *The Graduate Education of Physicians: Report of the Citizens Commission on Graduate Medical Education*. Chicago: American Medical Association, 1966, p. 37.
- PARKER, A. The Dimensions of Primary Care: Blueprints for Change. In: ANDREPOPOULOS, S. (Ed.). *Primary Care: Where Medicine Fails*. New York: Johns Wiley and Sons, 1974. p. 15-80.
- PARKER, A.; WALSH, J.; COON, M. A normative approach to the definition of primary health care. *Milbank Q*, n. 54, p. 415-38, 1976.
- SALTMAN, R. B. Patient choice and patient empowerment in Northern European health systems: A conceptual framework. *Int J Health Serv*, v. 24, n. 2, p. 201-29, 1994.

- SMITH, W.; BUESCHING, D. Measures of primary medical care and patient characteristics. *J Ambulatory Care Manage*, n. 9, p. 49-57, 1986.
- STARFIELD, B. *Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy*. New York: Oxford University Press, 1992.
- WHITE, K. L. Life and death and medicine. *Sci Am*, n. 229, p. 23-33, 1973.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A Charter for General Practice/ Family Medicine in Europe: working draft*. Geneva: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1994.