

BARBARA STARFIELD

Título original: *Primary Care: balancing health needs, services, and technology*
Publicado anteriormente por: © 1998 by Oxford University Press, Inc. New York,
N.Y. USA. 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

A autora é responsável pela escolha e apresentação dos fatos contidos neste livro, bem
como pelas opiniões nele expressas, que não são necessariamente as da UNESCO, nem
comprometem a Organização. As indicações de nomes e a apresentação do material ao longo
deste livro não implicam a manifestação de qualquer opinião por parte da UNESCO a
respeito da condição jurídica de qualquer país, território, cidade, região ou de suas autoridades,
nem tampouco a delimitação de suas fronteiras ou limites.



Ministério
da Saúde



Apoio:

DFID Department for
International
Development

II. COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO: JUNTANDO TUDO

Fui a tantos médicos nos últimos meses, preciso de um médico que junte tudo.

Um paciente em uma sala de emergência
(início dos anos 90)

A coordenação, o quarto componente da atenção, é essencial para a obtenção dos outros aspectos. Sem ela, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa. Descrições de atenção primária, sob o ponto de vista do médico, freqüentemente, referem-se ao profissional de atenção primária como o defensor do paciente (Robinson, 1977) ou em termos do compromisso do médico de atenção primária com as pessoas (McWhinney, 1975; Draper e Smits, 1975). Para chegar ao que estes termos indicam, o profissional de atenção primária deve estar ciente de todos os problemas do paciente em qualquer contexto no qual estes apareçam, pelo menos no que se refere à saúde. A ampliação do alcance da prática em consultórios individuais para unidades de grupo e como parte de sistemas integrados de saúde fornece tanto novos desafios como melhores oportunidades para coordenar os serviços.

Coordenação é um “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum”. Esta definição expressa, formalmente, o que as descrições mais realistas indicam. A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de

problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento.

A expressão *manejo de caso*, que foi recentemente utilizada para descrever esforços para conter custos, pode-se sobrepor à idéia de coordenação da atenção, mas existe pouca concordância sobre uma definição operacional padrão de manejo de caso. Neste livro, manejo de caso é considerado como uma função da atenção que deriva da presença de uma fonte habitual, ou seja, longitudinalidade (ver Capítulo 8).

O seguinte relato ilustra os desafios da coordenação:

Uma mulher de 41 anos de idade está em atendimento numa “clínica de atenção primária” devido à hipertensão moderada. Este esboço contém informações sobre seu atendimento entre uma consulta na clínica até a próxima consulta de revisão marcada, num intervalo de aproximadamente três meses. Com o propósito de avaliar a coordenação, o interesse recai no quanto de informações relevantes para o atendimento da mulher o profissional de atenção primária reconheceu no intervalo entre a consulta inicial e a consulta de acompanhamento.

- na consulta “zero”, na clínica de atenção primária, o médico notou que a paciente tinha “um resfriado” e apresentava sinais condizentes com o diagnóstico. O médico solicitou uma radiografia torácica e prescreveu um tratamento sintomático. Na consulta de acompanhamento, três meses depois, o profissional fez referência à infecção respiratória em suas anotações, mas não mencionou os resultados da radiografia nem se a paciente tinha tomado a medicação ou sentido alguma melhora.
- duas semanas depois da consulta “zero”, a paciente apareceu sem marcar consulta na mesma clínica ainda se queixando de sintomas de infecção respiratória. Foi fornecida uma receita de antibiótico, mas o profissional de atenção primária não fez referência a isto na sua folha de acompanhamento.
- duas semanas mais tarde a paciente apareceu inesperadamente em outra clínica da mesma instituição com o mesmo tipo de

sintoma; o profissional observou que ela tomava Valium regularmente e que fumava. Recomendou que parasse de fumar e prescreveu tratamento sintomático adicional.

- na consulta de acompanhamento na unidade de atenção primária, o profissional não mencionou esta consulta nem o tratamento ou conselho em suas anotações no prontuário médico.
- um mês depois (e um mês antes da consulta de acompanhamento agendada), a paciente foi atendida na sala de emergência após uma aparente tentativa de suicídio. Novamente, não houve referência a esta consulta ou ao problema associado nas anotações do médico de atenção primária nesta consulta de acompanhamento.

A revisão do prontuário médico da paciente referente ao período anterior à consulta “zero” revelou que ela vinha sofrendo de dores de cabeça há alguns anos e estava sendo acompanhada na clínica neurológica, a qual não descobriu nenhuma anormalidade em repetidos exames. Em uma consulta, foi observado que estava moderadamente hipertensa e foi encaminhada à clínica de atenção primária, na qual vinha sendo atendida a cada três meses para acompanhar a evolução da hipertensão moderada. Pelo menos em uma ocasião anterior, um ano antes, tinha tentado suicídio por superdosagem de sua medicação. Apesar deste histórico, os sérios problemas de saúde mental da paciente não foram integrados à sua atenção primária. Houve pouca ou nenhuma coordenação na atenção a esta paciente por parte do médico de atenção primária.

Starfield *et al.* 1977

O conhecimento sobre a extensão dos desafios da coordenação e sobre os impactos relativos de diferentes formas de alcançá-la é extremamente esparso. O desenvolvimento de sistemas organizados de serviços de saúde, com integração da atenção em diferentes níveis e locais de prestação de serviços, aumenta a consciência da ausência de uma sólida informação de base, bem como a necessidade de tentativas mais sistemáticas de desenvolvê-la.

Nem todas as necessidades podem ser atendidas dentro da atenção primária (ver Capítulo 10). Isto significa que as pessoas têm de ir a outros lugares por vários aspectos de suas necessidades

Assim, os desafios da coordenação se dividem em três partes:

1. Dentro do estabelecimento de atenção primária, quando os pacientes são vistos por vários membros da equipe e as informações a respeito do paciente são geradas em diferentes lugares (incluindo laboratórios).
2. Com outros especialistas chamados para fornecer aconselhamento ou intervenções de curta duração.
3. Com outros especialistas que tratam de um paciente específico por um longo período de tempo, devido à presença de um distúrbio específico.

Uma amiga minha, de 45 anos, com um forte histórico familiar de câncer de mama, foi informada por seu ginecologista de que tinha um nódulo na mama, no local de uma biópsia anterior, e que ele deveria ser melhor avaliado. Quando a paciente foi consultar o cirurgião com quem vinha consultando anualmente desde a biópsia original, ele ignorou o novo nódulo, considerando-o como tecido cicatricial da biópsia. No ano seguinte, o ginecologista ficou desapontado ao descobrir que nada tinha sido feito e insistiu com a paciente que a cicatriz poderia estar mascarando algum outro processo em andamento dentro da mama. Minha amiga voltou ao cirurgião, que então diagnosticou um câncer. Em algum momento, o cirurgião perguntou a ela, “Por que você não me alertou a respeito deste nódulo no ano passado?”, apesar do fato de ela ter feito isso.

Minha amiga, esposa de um proeminente advogado de causas trabalhistas, nunca quis culpar os médicos. Ela desenvolveu metástase no ano passado, cinco anos depois do diagnóstico, e agora está-se recuperando de um transplante de células-tronco. Seu marido a vê como sendo muito azarada, mas não como uma vítima de imperícia médica. Ela está tão acostumada a ir a tantos especialistas diferentes para seu atendimento médico, em vez de ir a um bom médico de atenção primária, que ela não avalia que o sistema, com sua falta de mecanismos para coordenação da atenção entre os especialistas, deixou-a na mão.

Dra. R., médica

Um caso excelente pode resultar em um modelo “deliberativo” de relação paciente-profissional de atenção primária que considera o médico como análogo a um professor que ouve e depois aconselha os pacientes a respeito das questões relacionadas à saúde. Este modelo “bilateral” é extensivo para um trilateral quando outro especialista está envolvido na atenção ao paciente. O papel especial do profissional de atenção primária é moderar a tendência em relação à dominância na tomada de decisões do paciente, evitar duplicação desnecessária de exames e procedimentos e minimizar a expressão, para o paciente, de diferenças insignificantes no julgamento com outro profissional que esteja envolvido. O papel especial de outros especialistas é o de fazer apenas o que lhes é pedido e de se submeter ao julgamento definitivo do médico de atenção primária (feito em conjunto com o paciente) a respeito da necessidade de outras intervenções. Ambos os profissionais mantêm a confiança dos pacientes no outro médico se o paciente o desejar e isso não interfere com o bem-estar definitivo do paciente (Emmanuel, 1994).

Um dermatologista prescreveu esteróides orais para uma paciente com algumas pequenas (a meu ver) lesões de sarcoidose ao redor dos olhos, resultando em uma perda de controle de seu diabetes. Ela queria que as lesões fossem curadas, o dermatologista queria curá-las, e eu queria controlar o diabetes.

A complexidade do processo de encaminhamento e a multiplicidade dos motivos para encaminhamentos complicam o estudo dos motivos para a grande variabilidade nas taxas de encaminhamento que têm sido observadas em diferentes populações, diferentes áreas geográficas, e até mesmo diferentes países, como foi descrito no capítulo anterior. Salem-Schatz e colaboradores (1994) demonstraram que as características dos pacientes, incluindo idade, sexo e *case-mix* (medido pelo método do *Ambulatory Care Group* [Grupo de Atenção Ambulatorial]) ao caracterizar ao peso da morbidade nos pacientes – ver Capítulo 3)

somaram metade da variabilidade nas taxas de encaminhamento em uma grande organização de manutenção da saúde (HMO) com 52 consultórios médicos e quase 38.000 pacientes no período de um ano. Uma vez que estas características foram controladas, as diferenças na idade do médico, posse da unidade de saúde, localização da unidade e quantos pedidos de exames laboratoriais não tinham mais qualquer relação com as taxas de encaminhamento. Sullivan (1992) descobriu que o diagnóstico específico foi o preditor mais importante da probabilidade de que um encaminhamento fosse de longa duração, ao invés de curta, para adultos; os pacientes com artrite reumatóide ou doença vascular periférica tinham mais chances de continuar com um especialista além da consulta inicial do que os pacientes com osteoartrite, psoríase ou eczema.

Assim, os desafios da coordenação variam com os motivos para encaminhamento e a natureza das necessidades dos pacientes. O restante deste capítulo trata da natureza dos desafios para a coordenação presentes na atenção primária, como são atendidos, como estes desafios e os métodos de lidar com eles são medidos, e as questões políticas que estão envolvidas na eliminação das lacunas entre os diferentes profissionais envolvidos na atenção dos pacientes.

Um de nossos gastroenterologistas locais faz endoscopia em todos os pacientes que examina. Para mim, muitos destes exames não devem ser indicados. Para ele, o paciente foi enviado a ele porque não está bem e precisa de uma avaliação completa.

BENEFÍCIOS DA COORDENAÇÃO

Até recentemente, não havia nenhum estudo que examinasse especificamente os benefícios da coordenação da atenção. Os benefícios decorrentes da coordenação dependem do tipo de coordenação necessária. Quando é necessária uma consultoria para um aconselhamento, orientação ou intervenção de curto prazo, a

comunicação com o profissional de atenção primária precisa apenas resumir a natureza das recomendações ou atenção prestadas, com qualquer instrução especial que seja necessária para que os profissionais de atenção primária reassumam a atenção continuada. Quando a consultoria faz parte de um manejo continuado de um problema específico pelo outro especialista, o desafio da coordenação é maior porque requer um processo de diálogo contínuo entre os dois níveis de atenção para solucionar qualquer mal-entendido ou para evitar a ausência de informações que poderia interferir com seu melhor manejo.

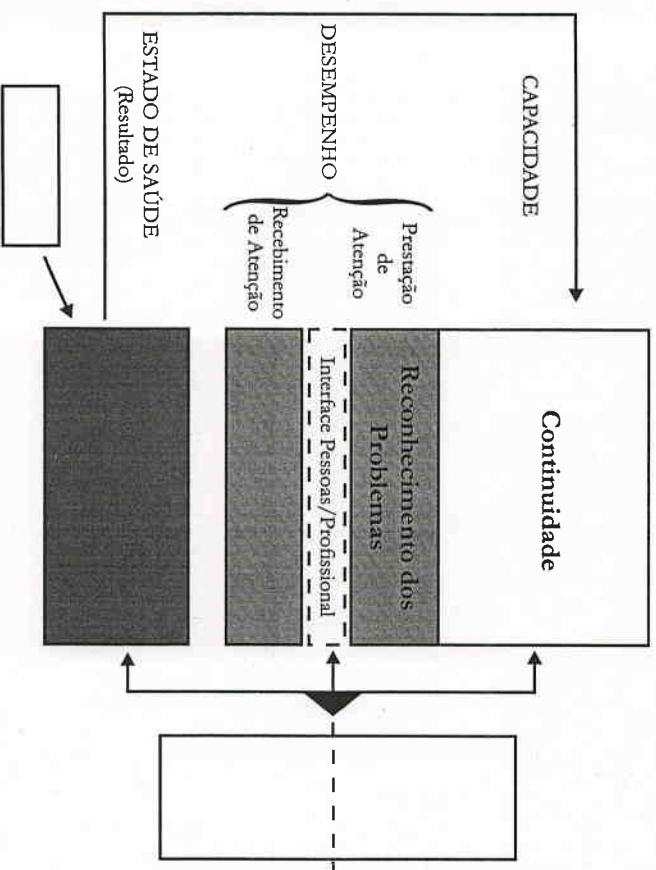
Um de meus pacientes, um senhor idoso, casado, descobriu que tinha câncer no cólon depois de um exame. Ele passou por uma cirurgia, mas desenvolveu metástase nos pulmões cerca de quatro anos mais tarde. O cirurgião disse a ele que não havia muito que pudesse ser feito, e o paciente não queria que muito fosse feito. O cirurgião continua a ver o paciente a cada seis meses e pede uma tomografia computadorizada do peito (que mostra que ele tem um crescimento contínuo da metástase). Acho que o cirurgião quer fazer alguma coisa; eu me preocupo mais com o resultado, o que não será mudado pelos exames de tomografia. Após telefonar para o cirurgião, ele parou de pedir os exames, embora continue a querer ver o paciente, apesar de eu ser o responsável por seus problemas médicos e os problemas relacionados ao câncer.

Em uma grande pesquisa com médicos generalistas britânicos, Coulter *et al.* (1989) descobriu que o encaminhamento foi buscado para tratamentos específicos ou procedimentos cirúrgicos (36%), investigação de diagnósticos específicos (35%), aconselhamento sobre o manejo (15%), confirmação para generalistas ou pacientes (4%) e transferência de longa duração da responsabilidade da atenção primária para a atenção especializada (10%). Assim, a grande maioria dos encaminhamentos é para consultoria e atendimento de curta duração, sendo esperado que o paciente volte diretamente para a atenção primária.

A coordenação requer tanto um meio de transferência de informações (o componente estrutural ou de capacidade) quanto o reconhecimento de informações (o componente processual ou de desempenho) (Fig. 11.2).

Figura 11.2

Sistema de serviços de saúde: coordenação. Resumido da Figura 2.1.



Um estudo holandês incluiu 12 médicos generalistas com pacientes entre 10 e 75 anos de idade, com problemas ortopédicos para os quais os médicos estavam pensando em encaminhar por causa de incertezas a respeito do diagnóstico ou manejo terapêutico. Os pacientes foram aleatoriamente indicados para sessões de consultoria conjunta com um ortopedista ou para a atenção "usual", na qual eles mesmos deveriam decidir se seriam encaminhados ou não. Um ano depois, os pacientes foram avaliados por um ortopedista não envolvido no atendimento. Houve, significativamente, menos encaminhamentos e ações para diagnóstico no grupo de atenção compartilhada, sem efeitos negativos no resultado subsequente. Na verdade, mais pacientes estavam livres de sintomas no acompanhamento de um ano neste grupo do que no grupo de atenção usual (Vierhout *et al.*, 1995).

Um estudo norte-americano explorou o potencial do manejo colaborativo para alcançar as diretrizes de tratamento para adultos com depressão. Os pacientes de 22 médicos de atenção primária foram aleatoriamente indicados para um de dois grupos. Os pacientes no grupo de intervenção alternaram consultas com um médico de atenção primária e um psiquiatra, com consultoria verbal entre os dois tipos de médicos. Os pacientes no grupo de comparação foram manejados de acordo com a vontade do médico de atenção primária. A avaliação dos resultados em um mês e três meses revelou uma melhor adesão à terapia no grupo de intervenção e melhor resolução dos problemas do paciente, mas estes últimos benefícios ocorreram apenas em pacientes com depressão importante (Katon *et al.*, 1995).

Métodos mais convencionais (embora não necessariamente mais fáceis) para melhorar a transferência de informações envolvem melhorias na continuidade dos profissionais ou equipes de profissionais, prontuários médicos ou sistemas de informações computadorizados.

a continuidade do profissional resulta num melhor reconhecimento das informações do paciente. Em uma série de estudos realizados em seis unidades de atenção primária diferentes, a continuidade do profissional melhorou o reconhecimento de vários tipos de informações, particularmente no que se refere a problemas e terapias claramente identificados. A continuidade do profissional, entretanto, não facilitou o reconhecimento, por parte do profissional, de consultas realizadas em outros lugares (Starfield *et al.*, 1976; Simborg *et al.*, 1978).

A adição da lista de problemas aos prontuários resulta em um melhor reconhecimento do problema. Estudos nas seis clínicas indicam que este aperfeiçoamento nos prontuários médicos facilitou o reconhecimento das informações. As listas de problema melhoraram o reconhecimento de problemas de pacientes especialmente se o período entre as consultas foi longo e se houve um profissional diferente em cada uma (Simborg *et al.*, 1976). Benefícios similares decorreram da inserção de informações impressas por computador. Isto resultou num melhor reconhecimento do médico sobre problemas e terapias anteriores do paciente, mas não melhorou o reconhecimento de consultas feitas em outros lugares entre uma consulta à unidade de atenção primária e um acompanhamento subsequente. Ocorreram melhoras, quer tenha havido continuidade do profissional ou não, de uma consulta para a outra, na unidade de atenção primária (Starfield *et al.*, 1977).

A devolução computadorizada de determinados tipos de informações também melhora a atenção ao paciente ao facilitar a coordenação. A continuidade melhorada, na forma de um resumo computadorizado nos prontuários médicos, em uma clínica sem continuidade dos médicos, pode melhorar diversos aspectos da atenção. Um estudo consistiu de uma avaliação aleatória controlada envolvendo pacientes que foram acompanhados em três clínicas médicas especializadas. Um resumo continha as informações atualizadas a respeito do paciente e incluía uma lista de problemas, medicações e resultados de exames laboratoriais, além de ações

sugeridas referentes ao processo de atenção. Os pacientes cujos médicos receberam os resumos apresentaram maior probabilidade de ter os procedimentos e encaminhamentos indicados realmente realizados, maior implementação das dietas indicadas e mais descobertas tanto de problemas novos como resolvidos. Estes pacientes também passaram, em média, menos dias no hospital (Rogers e Haring, 1979).

A continuidade aperfeiçoada, na forma de um perfil computadorizado de medicamentos, também pode resultar no uso mais efetivo das informações. Em um estudo, o computador gerava um resumo atualizado de cada medicação atual e passada do paciente sempre que um medicamento era retirado da farmácia. Utilizando uma amostra aleatória de pacientes examinados em um ambulatório de pacientes não-internados, este perfil era inserido em seu prontuário médico em 24 horas. A duração das interações medicamentosas apresentadas pelos pacientes foi mais curta para estes pacientes do que para aqueles sem os perfis registrados. Os perfis também foram associados a um número reduzido de consultas em um ano de estudo, presumivelmente devido a uma diminuição no número de consultas para renovações de prescrição de medicamentos.

O reconhecimento de informações importantes por parte dos profissionais também pode ser melhorado por vários outros métodos. Por exemplo, a presença de um observador durante a interação profissional-paciente pode aumentar o senso de responsabilidade do profissional para com o paciente de forma que ele possa investigar os problemas de importância para o paciente. Um estudo demonstrou este efeito ao mostrar que a presença de um observador melhora o reconhecimento dos problemas que o paciente julga que necessitem de acompanhamento (Starfield *et al.*, 1979a).

Em estudos como os resumidos, o efeito é provavelmente um resultado do mero reconhecimento aperfeiçoado das necessidades do paciente por parte dos profissionais, e portanto, de uma maior concordância entre os pacientes e os médicos em

relação aos problemas do paciente. Quando pacientes e profissionais concordam sobre os problemas do paciente, a probabilidade dos problemas melhorarem é maior do que quando apenas o paciente ou o médico nota sua existência. Foi descoberto ser este o caso, quer a melhora da saúde do paciente tenha sido julgada pelo médico (Starfield *et al.*, 1981), quer pelo paciente (Starfield *et al.*, 1979b).

Embora a maior parte das evidências mencionadas acima esteja disponível há muitos anos, elas não são amplamente reconhecidas, não sendo auto-evidente que muitos subespecialistas recebam bem as oportunidades para melhorar a interação com os médicos de atenção primária. Contudo, pelo menos alguns especialistas o fazem. No Canadá, uma pesquisa com oncologistas em um centro médico de atenção terciária indicou seu desejo de que os médicos de família mantivessem um papel no atendimento dos pacientes com câncer em remissão. As sugestões específicas incluíram desenvolvimento de diretrizes, seminários informais para melhorar a probabilidade do compartilhamento de informações, melhores mecanismos para o fluxo de informações, políticas explícitas para incluir os médicos de família em discussões de planos de tratamento e divisão dos papéis no manejo continuado com o médico de família fazendo parte da equipe (Wood e McWilliam, 1996). Entretanto, os interesses de outros especialistas em uma melhor coordenação com os médicos de atenção primária pode variar em grau. Nos Estados Unidos, onde os médicos de atenção primária não têm tido uma história recente de centralidade na atenção ao paciente, outros especialistas dão menos valor ao receber informações de médicos de atenção primária do que os médicos de atenção primária que as enviam, sendo que ambos os tipos de médicos classificam o valor da definição de papéis e procedimentos de monitoramento específico abaixo dos outros aspectos do processo de consultoria. Ambos os tipos de médicos classificam altamente o valor da comunicação verbal inicial seguida por relatórios escritos, e ambos classificam altamente o valor das informações a respeito das medicações atuais, crenças e atitudes

do paciente em relação à saúde, sensibilidade a medicamentos, questões que os pacientes, provavelmente, não discutiriam com o profissional que presta a consultoria, motivos para o encaminhamento, sintomas importantes e sua cronologia, achados e diagnósticos do médico que encaminha (Williams e Peet, 1994).

Uma melhor comunicação entre os profissionais de atenção primária e outros especialistas pode levar a situações em que exista discordância em relação ao curso de ação adequado. Os especialistas tendem a favorecer as estratégias que melhoram o problema do paciente, enquanto os médicos de atenção primária enfocariam mais a situação global do paciente. Algumas vezes, estas metas podem estar em conflito. Nestas circunstâncias, é o paciente ou o representante do paciente que deve tomar a decisão definitiva depois de conhecer as alternativas e sua fundamentação.

IMPLICAÇÕES DA POLÍTICA E DA PESQUISA DA COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO

O manejo da doença está-se tornando mais complexo. Conforme a tecnologia avança, existem maiores possibilidades para diagnóstico, intervenção e mais especialização de pessoal para oferecer os novos serviços. A natureza da doença também está mudando: o envelhecimento da população e a sobrevivência cada vez mais longa de indivíduos com condições complexas ou incapacitantes colocam um fardo crescentemente maior sobre o sistema de atenção à saúde para coordenar a atenção. O apoio da função de coordenação depende do desenvolvimento de melhores meios de transferência de informação e de manejo do paciente, especialmente quando recebem atenção das várias fontes para as quais foram encaminhados.

Uma figura surpreendente da Medicina do século XX e ex-editor de um periódico de Medicina de prestígio desenvolveu um adenocarcinoma. Depois de uma operação bem-sucedida que

restaurou sua capacidade de engolir, ele enfrentou uma difícil escolha: passar pela quimio e radioterapia, questionavelmente efetivas e altamente desconfortáveis, para uma possível, mas não detectável metástase ou esquecer estes tratamentos. Ironicamente, a área na qual o câncer se desenvolveu era uma à qual o médico eminentemente tinha devotado muita atenção em sua carreira como pesquisador. Enquanto tentava decidir qual plano seguir, ele recebia de colaboradores profissionais de todo o país “um dilúvio de conselhos bem-intencionados, mas contraditórios”. Como resultado, ele e sua família (incluindo um filho e uma filha que eram médicos) ficaram cada vez mais confusos e angustiados. Finalmente, um sábio amigo médico disse: “O que você precisa é de um médico.” Quando este conselho foi seguido, ele relatou que sua família e ele “sentiram um alívio imenso e imediato. A incapacidade gerada pela preocupação nervosa foi dispersa e eu pude voltar às minhas ansiedades costumeiras, como decidir o destino dos manuscritos”.

Relatado por S.J.R., *The Pharos* (Inverno de 1995)

Como os encaminhamentos requerem que os pacientes consultem com profissionais diferentes, a continuidade não pode ser alcançada ao não ser mantido o mesmo profissional. Outros mecanismos são necessários. Historicamente, os prontuários médicos têm fornecido este mecanismo, mas os prontuários médicos padrão não são adequados para a tarefa. A maioria deles serve apenas como auxílio para a memória e é útil basicamente para o profissional que os escreveu; outros profissionais apresentam uma probabilidade muito menor de utilizar as informações, mesmo que estejam disponíveis.

Algumas melhoras nos sistemas de prontuário médico são projetadas para facilitar outros propósitos, como cobranças e reembolso, documentação do processo de atenção, revisão da qualidade, monitoramento ou funções legais. Elas não melhoram o reconhecimento das informações de consultas de encaminhamento ou aquelas realizadas em outros locais por iniciativa do paciente.

O imperativo para a coordenação está crescendo rapidamente como resultado de uma importante troca de políticas no financiamento e organização dos serviços de saúde, como por meio da abordagem de “retenção de fundos” no Reino Unido, e da expansão da cobertura dos pagamentos por capitação para incluir a atenção especializada nas HMOs e sistemas de saúde “integrados” nos Estados Unidos. Nestes sistemas, os profissionais de atenção primária (no Reino Unido) e as organizações de atenção gerenciada (nos Estados Unidos) estão sob risco para cobertura de serviços prestados fora da atenção primária; se seus organismos forem ultrapassados por encaminhamentos para estes serviços, eles terão menos capital disponível para expansão ou melhoria em sua unidade, e podem, até mesmo, correr o risco de não ter seus contratos renovados.

Assim, foi desenvolvida nos últimos anos uma variedade de mecanismos para melhorar a probabilidade da coordenação. Variam do desenvolvimento de diretrizes formais para superação dos serviços de subspecialistas ao crescente uso da telemedicina e à atenção compartilhada entre médicos de atenção primária e outros especialistas.

Diretrizes formais computadorizadas estão em desenvolvimento em alguns lugares. Estas diretrizes operam na forma de programas que ajudam os médicos de atenção primária a saber quando é adequado encaminhar; quais exames e procedimentos são adequados para realização *antes* do encaminhamento; quais os exames inadequados para realização, porque podem ser desnecessários; e quais informações fornecer a outros especialistas. Estes programas são, geralmente, desenvolvidos com base nos julgamentos informados feitos por grupos de “peritos” especialistas; na sua forma mais desejável, estes grupos também incluiriam médicos de atenção primária. Não é conhecida nenhuma avaliação do impacto desta abordagem para melhorar a coordenação.

Uma das estratégias mais amplamente usadas, especialmente no Reino Unido, é a “clínica de longo alcance” na qual uma equipe

de especialistas presta um serviço de diagnóstico ou tratamento nos estabelecimentos de atenção primária, e não nos estabelecimentos de consultoria, como hospitais. Bailey e colaboradores (1994) avaliaram a extensão e a natureza destes esforços por meio de entrevistas telefônicas com 50 gerentes hospitalares, 96 especialistas, 88 médicos generalistas e 122 detentores de fundos de clínica geral na Inglaterra. A maioria (60%) dos hospitais estava envolvida nestas atividades de longo alcance, e 32 detentores de fundos identificaram um adicional de 61 clínicas de longo alcance cobrindo especialidades cirúrgicas, médicas e serviços de saúde mental (nesta ordem de frequência). Os benefícios relatados mais comumente foram, para os pacientes, facilidade de acesso e períodos de espera mais curtos; para os profissionais, a comunicação aprimorada foi mais comumente mencionada como um benefício. Entretanto, também foram relatados os problemas associados a estes esforços, sendo o mais comum os 5 a 10% de especialistas que relataram problemas decorrentes do aumento na demanda de tempo (Bailey *et al.*, 1994).

A atenção compartilhada é um esforço para aprimorar a coordenação tornando explícitas as responsabilidades dos médicos de atenção primária e de outros especialistas na atenção aos pacientes. Ela foi avaliada de forma mais extensiva no caso da atenção a pacientes com diabetes. A revisão de Greenhalgh (1994) sobre estas avaliações vale como modelo para uma avaliação mais extensiva e de maior alcance de seu valor potencial. Os resultados de estudos anteriores de falhas na coordenação enfocaram sua consideração sobre a “falha inequívoca da atenção desestruturada por médicos generalistas para produzir níveis aceitáveis de processo e resultado”, o “potencial para altos padrões de atenção quando a atenção estruturada de uma equipe de atenção primária foi acompanhada por um alto grau de apoio e entusiasmo dos especialistas”, o achado que “estes extremos de qualidade podem coexistir dentro das áreas locais e até mesmo dentro de um único esquema de atenção compartilhada”, e a importância dos “três R:

registro, relembrar e revisão regular”. Greenhalgh avaliou que todos os três estudos aleatórios controlados da atenção compartilhada publicados desde 1991, bem como a maioria dos estudos longitudinais e contagens descritivas mais recentes produzem resultados favoráveis no geral. Ele catalogou várias formas de atenção compartilhada como segue: correio eletrônico, exigindo uma base de dados comum com portas de múltiplo acesso; atenção compartilhada auxiliada por computador, com um conjunto de dados aceitos a ser coletado; cartões de registro compartilhados, que podem tanto ser mantidos pelo paciente como ser enviados pelo correio, bem como entre médicos de atenção primária e especialistas; reuniões de contato (usadas mais frequentemente para saúde mental e problemas de abuso de substâncias); comunicação regular por carta ou folha de registro padrão; clínicas comunitárias, onde um médico consultor ou enfermeiro especializado realiza atendimento nos estabelecimentos de atenção primária; ou (e mais radicalmente) compartilhamento de recursos onde os consultores não vêm os pacientes, mas oferecem educação, apoio e planejamento estratégico para o médico de atenção primária. O compartilhamento bem-sucedido da atenção tem sido demonstrado até para problemas pediátricos difíceis e para esforços direcionados, como exame de retina.

O pediatra e o cirurgião ortopédico marcaram suas consultas seguidas para que eu não tivesse que fazer duas consultas separadas. Eles dividiram um cadastro, me poupando da responsabilidade de passar informações incompletas. As consultas foram marcadas – sem que eu tivesse que ligar para cada um independentemente – com um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um fonoaudiólogo, um oftalmologista e um psicólogo. As informações foram compartilhadas entre os membros da equipe de forma que o fonoaudiólogo, por exemplo, sabia que a avaliação psicológica indicou a possibilidade de um distúrbio de aprendizagem.

W. Sibbald, *The Medical Post* (3 de janeiro de 1996)

A telemedicina é uma das formas de uma técnica que melhoraria cada apoio. Embora as vantagens tenham sido demonstradas há tanto tempo, nos anos 70 (Dunn *et al.*, 1977), não está claro que a coordenação da atenção seria melhorada por um maior uso deste recurso (Wyatt, 1996). A participação ativa do paciente pode ser reduzida pela preocupação com a tecnologia, não existindo há garantias de que a interação ativa entre o médico de atenção primária e o consultor poderia ser reduzida, deixando menos escolha ao médico de atenção primária e ao paciente. Além disso, os problemas logísticos em reunir médicos e pacientes, bem como os custos da tecnologia, também podem interferir com seu uso difundido, mesmo quando apropriado.

Infelizmente, a ausência de uma distinção clara entre a atenção secundária (consultiva) e a terciária (encaminhamento) impede o desenvolvimento de sistemas de informações ajustados para necessidades específicas. Pelo menos um estudo demonstrou que as clínicas secundárias podem ser distinguidas das terciárias; tanto a continuidade do profissional quanto a coordenação da atenção dentro de unidades de saúde são maiores em clínicas caracterizadas como terciárias do que em clínicas caracterizadas como secundárias. Apesar destas diferenças, os especialistas que trabalham nestas clínicas são incapazes de especificar se os pacientes estão sob seus cuidados apenas para aconselhamento e orientação de curta duração ou se perceberam um papel de longa duração envolvendo o fato de assumir a responsabilidade para uma atenção mais integral do que os especialistas geralmente oferecem (Mawajdeh, 1988).

Um entendimento das responsabilidades relativas dos médicos de atenção primária e de outros especialistas pode facilitar a atenção aos pacientes, conforme foi demonstrado em um estudo de alcoólatras com problemas encaminhados a uma clínica especial de alcoolismo por seus médicos generalistas na Grã-Bretanha. Depois de uma sessão inicial na qual receberam conselhos e orientações na clínica, os pacientes foram aleatoriamente alocados

para um grupo que recebeu atenção continuada da clínica ou para um grupo encaminhado de volta ao seu generalista, o qual tinha sido contactado e apoiado pelos especialistas da clínica. Depois de seis meses, os pacientes atendidos por seu generalista melhoraram, pelo menos, tanto quanto aqueles atendidos pelos especialistas. Os pacientes atendidos por especialistas consultaram muito mais na clínica, enquanto aqueles atendidos pelo generalista consultaram mais no consultório do generalista mais conveniente. Neste caso, a responsabilidade claramente definida para a atenção de curta duração pelos especialistas, com orientação adequada para o médico de atenção primária, serviu para melhorar a efetividade sem sacrificar a eficácia da atenção (Drummond *et al.*, 1990).

O desafio para o desenvolvimento de políticas referentes à coordenação da atenção depende do desenvolvimento de mais conhecimento a respeito do processo de encaminhamento, da transferência de informações derivadas dos encaminhamentos e do quanto os médicos de atenção primária reconhecem estas informações. As questões políticas incluem o desenvolvimento de pelo menos alguns padrões para encaminhamento e que podem ser ensinados durante o processo de educação médica e que podem ser usados para monitorar a qualidade de vários componentes da atenção médica. São necessários novos métodos de transferência de informações para facilitar o reconhecimento das informações geradas em consultas com médicos outros que não o de atenção primária. Os registros mantidos pelo cliente, ou “passaportes médicos”, podem ser uma abordagem frutífera que está sendo implementada em vários lugares e é parte da política nacional de saúde na França desde 1997. Também é provável que uma melhor coordenação exija um reconhecimento mais explícito, no nível dos sistemas de saúde dos papéis e responsabilidades relativos da atenção primária, da secundária e da terciária.

A coordenação entre estes três setores é conhecida como *regionalização*. Com a regionalização, há um vínculo bem estabelecido entre a atenção primária, a secundária e a terciária.

Os serviços são organizados conforme as necessidades da população e são projetados de forma que existam profissionais e unidades suficientes em cada nível para cuidar das necessidades naquele nível, mas não excedê-lo.

A necessidade de recursos em cada nível pode ser calculada tanto empiricamente, baseada na experiência de sistemas de saúde existentes, como pela estimativa do número de profissionais e unidades de saúde necessárias em cada nível, a partir dos cálculos teóricos baseados nas necessidades ou demandas existentes.

Em muitos países, a atenção é organizada de forma que existe, geralmente, um profissional de atenção primária para cada um mil a três mil pacientes, dependendo da idade e do nível de doença na população e sua distribuição geográfica. Os hospitais comunitários atuam como um recurso para consultas e para hospitalizações não-complicadas. Hospitais de atenção terciária estão, geralmente, associados a instituições de ensino médico e servem como um local para encaminhar os pacientes com problemas incomumente complicados ou raros.

Os cálculos teóricos da necessidade de recursos em cada nível podem estar baseados na avaliação dos profissionais sobre quais serviços deveriam idealmente ser oferecidos. A avaliação "baseada nas necessidades" foi usada por Lee e Jones (1933) e subsequenteemente por um grupo na Universidade de Yale (Schonfeld *et al.*, 1972) no início dos anos 70. Um grupo de peritos desenvolveu estimativas sobre o número médio de consultas necessárias para proporcionar atendimento primário para problemas crônicos e agudos específicos para diferentes faixas etárias.

Nas estimativas de Yale, cada problema agudo foi considerado como necessitando de uma consulta e meia por ano, em média; adultos não-idosos com problemas crônicos e aqueles acima de 65 anos de idade com problemas crônicos foram avaliados como necessitando de três a sete consultas por ano, respectivamente. Foram utilizados dados da *U.S. National Health Interview Survey* [Pesquisa de Entrevista Nacional de Saúde, Estados Unidos], para

determinar a prevalência de problemas crônicos e agudos nos diferentes grupos etários. A próxima etapa no processo de estimativa exigiu avaliações referentes ao número de consultas que o médico poderia realizar em média. A partir destas estimativas, foi calculado o número de médicos necessários.

Pesquisas baseadas em unidades de saúde (como a *National Ambulatory Medical Care Survey* [Pesquisa Nacional de Atenção Médico-Ambulatorial] nos Estados Unidos) fornecem dados a respeito do número e tipo de consultas que são manejadas pelos médicos, de forma que as estimativas de profissionais não são mais necessárias para esta etapa dos cálculos. O *Graduate Medical Education National Advisory Committee* [Comitê Nacional Assessor em Educação Médica de Pós-graduação] (1978) forneceu uma maior precisão para as estimativas elaboradas pelas tentativas anteriores. A simples substituição da taxa real de consultas pela taxa teórica de consultas aumentou a estimativa para o número de médicos necessários em 20 a 40%, dependendo da especialidade.

As estimativas baseadas na demanda de serviços utilizam informações como na *National Health Interview Survey*, na qual os pesquisados são questionados a respeito do número de consultas que fizeram com os médicos. As correções podem ser feitas para alterações previstas que influenciarão a utilização (como a expansão de um seguro-saúde) ou para mudanças esperadas no equilíbrio entre profissionais não-médicos e médicos. Utilizando estes tipos de procedimentos, o *Graduate Medical Education National Advisory Committee* elaborou estimativas sobre o número de médicos que seriam necessários tanto na atenção primária como em outras especialidades. Em geral, as estimativas baseadas na demanda são consideravelmente inferiores às estimativas baseadas nas necessidades.

Conforme foi observado no Capítulo 4, as experiências de sistemas integrados maduros de saúde podem fornecer estimativas sobre o número de profissionais de atenção primária e outros especialistas. Entretanto, as diferenças nas características

populacionais e nas necessidades de atenção à saúde tomam perigoso adotar qualquer um deles sem uma cuidadosa avaliação de tais diferenças. Por outro lado, estudos sobre os motivos para a variabilidade em diferentes sistemas podem fornecer dicas importantes quanto ao modo mais eficaz de prestar serviço primário, consultoria e encaminhamento, particularmente no que se refere aos papéis relativos que cada um deveria desempenhar no alcance de uma atenção otimizada com o mínimo de recursos. Além disso, o distanciamento da unidade de atenção primária certamente influenciará a natureza e o modo de interação entre os clínicos de atenção primária e outros especialistas.

Os principais desafios para a coordenação da atenção quando diferentes profissionais estão envolvidos variam de acordo com o tipo de situação. Onde vários profissionais estão envolvidos como resultado de consultas iniciadas pelo paciente, a coordenação ocorrerá apenas se os próprios pacientes atuarem como condutores da transferência de informações ou se houver um prontuário médico compartilhado. Se um encaminhamento estiver envolvido, o desafio dependerá se a atenção é de curto ou longo prazo. No primeiro caso, a principal preocupação é com a devolução oportuna de informações aos pacientes e ao profissional que os encaminhou. Os mecanismos devem estar no lugar para assegurar que o paciente e todos os profissionais envolvidos estejam cientes das anormalidades e recomendações para a intervenção. Em comparação, os desafios para a coordenação quando o paciente está sob atenção especializada de longa duração decorrem dos compromissos potenciais em relação à longitudinalidade da atenção. Ou seja, quando a maior parte da atenção está centrada no manejo de uma doença específica, deve haver um mecanismo para assegurar que a atenção necessária não relacionada àquela doença (como os serviços preventivos indicados) seja prestada. Conforme indica a próxima seção, poucos estudos enfocaram este último aspecto da coordenação.

BARBARA STARFIELD

Título original: *Primary Care: balancing health needs, services, and technology*
Publicado anteriormente por: © 1998 by Oxford University Press, Inc. New York,
N. Y. USA. Edição inglesa; e © 2001 por MASSON, S.A., Fundació Jordi Gol i
Guinovart, 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

A autora é responsável pela escolha e apresentação dos fatos contidos neste livro, bem
como pelas opiniões nele expressas, que não são necessariamente as da UNESCO, nem
comprometem a Organização. As indicações de nomes e a apresentação do material ao longo
deste livro não implicam a manifestação de qualquer opinião por parte da UNESCO a
respeito da condição jurídica de qualquer país, território, cidade, região ou de suas autoridades,
nem tampouco a delimitação de suas fronteiras ou limites.

populacionais e nas necessidades de atenção à saúde tornam perigoso adotar qualquer um deles sem uma cuidadosa avaliação de tais diferenças. Por outro lado, estudos sobre os motivos para a variabilidade em diferentes sistemas podem fornecer dicas importantes quanto ao modo mais eficaz de prestar serviço primário, consultoria e encaminhamento, particularmente no que se refere aos papéis relativos que cada um deveria desempenhar no alcance de uma atenção otimizada com o mínimo de recursos. Além disso, o distanciamento da unidade de atenção primária certamente influenciará a natureza e o modo de interação entre os clínicos de atenção primária e outros especialistas.

Os principais desafios para a coordenação da atenção quando diferentes profissionais estão envolvidos variam de acordo com o tipo de situação. Onde vários profissionais estão envolvidos como resultado de consultas iniciadas pelo paciente, a coordenação ocorrerá apenas se os próprios pacientes atuarem como condutores da transferência de informações ou se houver um prontuário médico compartilhado. Se um encaminhamento estiver envolvido, o desafio dependerá se a atenção é de curto ou longo prazo. No primeiro caso, a principal preocupação é com a devolução oportuna de informações aos pacientes e ao profissional que os encaminhou. Os mecanismos devem estar no lugar para assegurar que o paciente e todos os profissionais envolvidos estejam cientes das anormalidades e recomendações para a intervenção. Em comparação, os desafios para a coordenação quando o paciente está sob atenção especializada de longa duração decorrem dos compromissos potenciais em relação à longitudinalidade da atenção. Ou seja, quando a maior parte da atenção está centrada no manejo de uma doença específica, deve haver um mecanismo para assegurar que a atenção necessária não relacionada àquela doença (como os serviços preventivos indicados) seja prestada. Conforme indica a próxima seção, poucos estudos enfocaram este último aspecto da coordenação.

MEDICÃO DA COORDENAÇÃO

O alcance da coordenação no nível da população pode ser avaliado pela agregação das medidas no nível do indivíduo. Como é o caso de cada um dos outros três atributos, a avaliação da coordenação no nível individual requer a consideração de um elemento estrutural da atenção, o qual fornece a capacidade para o alcance do atributo, e um aspecto processual, o qual fornece a contrapartida do desempenho (Fig. 11.2).

O elemento estrutural essencial para a coordenação é a continuidade da atenção; deve haver um mecanismo que deixe o profissional ciente dos problemas sempre que ocorrerem, de forma que possíveis inter-relações possam ser detectadas e manejadas. A continuidade é, geralmente, alcançada pela manutenção do mesmo médico ou outro profissional de atenção à saúde para o paciente de uma consulta para outra. Mas existem outros mecanismos para alcançar a continuidade, como uma equipe de indivíduos cujos canais de comunicação permitam que eles transmitam informações importantes a respeito dos pacientes entre si seja por um prontuário médico contendo informações precisas e completas a respeito do paciente, um computador que contém informações a respeito dos pacientes, ou registros feitos pelos próprios pacientes.

O elemento do desempenho superior à coordenação é o processo de reconhecimento do problema ou reconhecimento das informações a respeito da atenção dos problemas. Apenas quando os problemas são reconhecidos é que os profissionais podem agir sobre eles. Como não pode haver tratamento sem um reconhecimento inicial do problema existente, esta etapa é a mais crítica. Quando os médicos não agem baseados em informações, isso constitui um erro por omissão, e não um erro por cometimento. Ou seja, o problema decorre de uma falha no reconhecimento da existência de informações, e não uma falha na ação sobre elas.

Medição da continuidade

Para alcançar a coordenação da atenção, deve haver um mecanismo para transferir as informações a respeito dos problemas do paciente ou da atenção recebida para estes problemas. A continuidade, no contexto da medição da coordenação, envolve a presença de tal mecanismo para assegurar uma sucessão ininterrupta de eventos entre as consultas. A longitudinalidade e a continuidade diferem porque na primeira a sucessão de eventos está relacionada ao tempo e ocorre no espectro completo de problemas ou motivos em potencial para consultas. Para a continuidade, a questão importante é a sucessão de eventos entre as consultas sem importar onde ocorreram e por quais motivos. Muitos estudos a respeito do assunto da continuidade foram publicados, mas a maioria não distingue entre os conceitos separados de longitudinalidade (a presença e o uso de uma fonte habitual de atenção no decorrer do tempo) e de continuidade (a sequência de consultas nas quais há um mecanismo de transferência de informações). Como o uso do mesmo termo para denotar fenômenos diferentes impede o processo de pesquisa e de acúmulo de conhecimento, é importante distinguir entre os conceitos de longitudinalidade e de continuidade (Starfield, 1980). A Tabela 11.1 compara a longitudinalidade e a continuidade e, além disso, distingue estes conceitos do primeiro contato.

Freqüentemente, os pacientes não têm uma fonte identificável de atenção que alcance a longitudinalidade e ainda alcance a continuidade da atenção para problemas específicos. Ou seja, é possível ter continuidade sem longitudinalidade. Por exemplo, um prontuário médico completo pode estar disponível para todos os profissionais, enquanto os pacientes podem consultar com um profissional diferente ou ir a uma unidade diferente para cada consulta. Nesta situação, existe continuidade mas não longitudinalidade.

Inversamente, os pacientes podem ter uma fonte habitual de atenção, na qual a longitudinalidade é razoavelmente bem alcançada, mas, ainda assim, faltar a continuidade para os eventos que ocorrem em sequência. Por exemplo, um paciente que consulta com o mesmo profissional toda vez alcança a longitudinalidade,

Tabela 11.1

Resumo: longitudinalidade versus continuidade versus primeiro contato

Tipo de aspecto	Longitudinalidade	Continuidade	Primeiro contato
Medido por	Utilização da fonte habitual de atenção ao longo do tempo	Medida de continuidade	Disponibilidade à fonte habitual de atenção e uso desta fonte para cada consulta iniciada pelo paciente
Orientado para o problema?	Não. A assistência é o uso da fonte habitual de atenção, não importando a natureza ou tipo de problema, na qual é estabelecida e mantida uma relação pessoal	Sim. Um mecanismo para fornecer informações de acompanhamento dos problemas ou tipos de problemas	Não. Seria esperado que a maioria dos problemas fossem novos, recorrências de problemas antigos e, freqüentemente, indiferenciados
Relação pessoal necessária?	Sim	Não. Pode ser alcançada por outros meios	Não
Especificada pelo tempo?	Sim. Uma relação ao longo do tempo	Não. Relacionada às informações geradas em uma série de duas ou mais consultas	Não. Especifica para um evento específico no momento
Orientada para a pessoa?	Sim	Não. Orientada para o problema	Sim
Resumo abreviado	No decorrer do tempo, relação pessoal	Episódios de doença (ou doença crônica)	Evento isolado
Medidas sugeridas	UPC (Breslan e Reeb, 1975) COC (Bice e Boxerman, 1977) LICON (Steinwachs, 1979) Índice "P" (Ejlertsson e Berg, 1984)	SECON (Steinwachs, 1979) LISECON (Steinwachs, 1979) Índice "S" (Smedby <i>et al.</i> , 1984)	Entrevista com a população ou paciente

mas pode não haver nenhum mecanismo, além da memória humana, para a transferência de informações. Além disso, a continuidade da atenção pode ser um aspecto da atenção terciária, tanto quanto da primária, no sentido de que os indivíduos que são acompanhados por especialistas de atenção terciária para seus problemas raros ou complexos podem alcançar um alto grau de continuidade. Por exemplo, não havia diferença na continuidade da atenção por generalistas e por subespecialistas para os pacientes com doença crônica examinados em um estudo de adultos de meia-idade e idosos no Quebec (Beland, 1989) ou em um para pacientes em unidades grandes privadas e multidisciplinares na Califórnia (Goldberg e Dietrich, 1985). Existem vários métodos de avaliação da continuidade de profissionais e outros para a avaliação da continuidade alcançada por meios alternativos:

- GINI e CON (*Standardized Index of Concentration* [Índice Padronizado de Concentração]) (Shortell, 1976): estas duas medidas da continuidade foram embasadas na economia internacional, na qual são usadas para avaliar a concentração de recursos. Só são úteis quando aplicadas no nível populacional. Shortell (1976) aplicou-as para avaliar a fonte de utilização durante um episódio de doença envolvendo, pelo menos, cinco consultas. As medidas não conseguem, no entanto, distinguir os padrões de uso (por exemplo, consultar com o mesmo médico várias vezes e com outro para outras consultas resultaria no mesmo índice dos pacientes que alternavam médicos no número total de consultas). Assim, os índices não conseguem captar a sucessão de eventos numa sequência de atenção.
- Continuidade Sequencial (SECON – *Sequential Continuity*): esta medida é a fração de pares sequenciais de consultas com o mesmo profissional. Ela varia de zero a um, com um valor esperado de um dividido pelo número de profissionais disponíveis se a busca de atenção e o agendamento forem aleatórios (Steinwachs, 1979).
- Probabilidade de Continuidade Sequencial (LISECON – *Likelihood of Sequential Continuity*): esta medida é a probabilidade de que a SECON (continuidade sequencial) seja maior do que ocorreria se a distribuição de profissionais nas consultas sequenciais fosse aleatória (Steinwachs, 1979).

Tanto a SECON como a LISECON são medidas de probabilidade que controlam o nível de uso e o número de profissionais disponíveis.

- Índice “s”: neste método (Smedby *et al.*, 1986), o paciente é identificado numa consulta específica. Esta medida considera se o profissional visto naquela ocasião

é o mesmo que tinha sido visto na consulta anterior na unidade de saúde. Tem um valor de um se o profissional for o mesmo, e o valor é zero se não o for. Os valores podem ser agregados pela média ao longo das consultas de cada pessoa.

- Taxa de retorno do encaminhamento (Holmes *et al.*, 1978): este método mede a disponibilidade de informações referentes a um aspecto específico da atenção (por exemplo, encaminhamentos). É baseado nas informações dos prontuários médicos e averigua a porcentagem de encaminhamentos que resultou num retorno de informações a respeito do encaminhamento.

Todas as medidas acima são empíricas (ou seja, medidas relativas). Como elas não apresentam padrões para uma continuidade adequada, são basicamente usadas na comparação entre uma unidade de saúde ou profissional e outro ou entre um grupo populacional e outro. A medida desenvolvida pelo *Institute of Medicine*, por outro lado, é normativa, ou seja, ela tem um padrão definível em relação ao qual as medidas podem ser classificadas.

- Medidas do *Institute of Medicine*: a lista do *Institute of Medicine* (1978) contém três questões referentes à continuidade. Um paciente que assim desejar pode marcar consultas subsequentes com o mesmo profissional? Os prontuários completos são mantidos de forma que sejam prontamente encontrados e acessados? Os itens ou problemas relevantes no registro do paciente são ressaltados, regularmente revisados e usados no planejamento da atenção?

Das seis medidas de continuidade, apenas as duas últimas tratam de mecanismos de continuidade outros que não da continuidade de pessoal. Dois dos critérios do *Institute of Medicine* reconhecem explicitamente a importância dos prontuários médicos. Seu papel no alcance da continuidade tem sido demonstrado por vários estudos. Por exemplo, Martin (1965) mostrou que os

pacientes apresentam maior probabilidade de manter as consultas agendadas quando as datas de acompanhamento estão escritas no prontuário médico. Outro estudo (Zuckerman *et al.*, 1975) mostrou que os pacientes apresentam mais chances de obter informações a respeito de sua atenção (por exemplo, dosagem e ações do medicamento) se as informações estiverem no prontuário.

Para que os prontuários sirvam como um mecanismo de continuidade, eles devem conter informações importantes a respeito dos pacientes. Não há padrões para prontuários médicos, para sistemas de informação computadorizados ou para registros mantidos pelos próprios pacientes, exceto para as categorias mais gerais, incluindo diagnóstico e terapia. Nem todos os tipos de informações são igualmente bem registrados nos prontuários médicos. Por exemplo, Thompson e Osborne (1976) realizaram um extenso estudo nacional de profissionais pediátricos e mostraram que muitos itens de informações que foram considerados, de forma mais ampla, como evidências de atenção de alta qualidade, não foram registrados. Os itens que foram consistentemente registrados incluíam determinadas medições de rotina na primeira infância e idade pré-escolar, histórico de sintomas nas crianças com um problema agudo recorrente, terapia medicamentosa e um programa para a continuação do tratamento em crianças com alergia, queixas importantes, sintomas, bem como alguns tipos de exames diagnósticos. A abordagem para avaliar a adequação dos prontuários médicos para fins de alcançar a continuidade compara a ocorrência real com a que foi registrada e que pode ser averiguada. Isto envolve diversas técnicas:

- Entrevista com pacientes e médicos: Para obter informações através deste método, tanto pacientes quanto médicos deveriam ser questionados porque nem sempre concordam a respeito dos eventos relacionados à consulta. Na verdade, os estudos mostram que: (1) os pacientes e seus médicos concordam a respeito da natureza do problema do paciente em apenas metade de todas as consultas; (2) em um quarto das consultas, um

problema é mencionado apenas pelo paciente; e (3) em um quarto das consultas um problema é mencionado apenas pelo médico (Starfield *et al.*, 1979b, 1981; Romm e Putnam, 1981).

- Gravação da consulta em fitas de áudio e vídeo (Zuckerman *et al.*, 1975).
- Ter um observador registrando o conteúdo de uma consulta e compará-lo com o prontuário médico (Starfield *et al.*, 1979a).

As inovações nos prontuários médicos podem melhorar sua utilidade para fins de continuidade. As listas de problema inseridas na frente do prontuário realmente melhoram o reconhecimento dos problemas sob atenção dos profissionais. Resumos computadorizados também podem alcançar o propósito para alguns, mas não todos, os aspectos da atenção. Ressaltar as informações, em observações por escrito (Williamson *et al.*, 1967) ou por computador (Barnett, 1976), alcança o mesmo propósito. (O Capítulo 16 fornece mais detalhes a respeito dos sistemas de informação.)

A avaliação da extensão da transferência de informações é uma abordagem convencional para avaliar os aspectos estruturais da coordenação. Um instrumento padronizado e bem testado para avaliar a adequação da comunicação entre médicos de atenção primária e outros especialistas tornaria esta abordagem mais útil na avaliação tanto do alcance relativo como absoluto de padrões para esta comunicação. Embora não exista atualmente nenhum instrumento desse tipo, existem muitas iniciativas que sugerem as orientações para seu conteúdo.

Em 1996, a *Welsh Secretary of Health* [Secretaria de Saúde do País de Gales] (1997) estabeleceu 20 metas para a saúde, entre elas metas para melhorar a transferência de informações da atenção primária para a secundária: Os resultados de todos os exames diagnósticos (exceto para doenças sexualmente transmissíveis) deveriam ser recebidos pelo médico generalista do paciente dentro de dois dias úteis, e todas as informações referentes ao manejo

clínico do paciente deveriam ser recebidas pelo médico generalista dentro de 24 horas após a alta hospitalar.

O *College of Family Physicians of Canada* [Escola de Médicos de Família do Canadá] e o *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* [Escola Real de Médicos e Cirurgiões do Canadá] (1993) propuseram, conjuntamente, diretrizes para a transferência de informações, incluindo o seguinte:

- Os médicos que realizam encaminhamentos deveriam envolver os pacientes na decisão de encaminhar, na escolha do especialista e no plano de manejo proposto, incluindo o acompanhamento e a continuidade da atenção; deveriam comunicar, claramente, aos especialistas/consultores o objetivo e os problemas para os quais precisam de ajuda é necessária e enviar a eles os resultados de achados e investigações, incluindo radiografias, para estarem disponíveis no momento da consultoria; e devem participar na revisão similar e sistemática do processo de consultoria/encaminhamento.
- Os pacientes deveriam entender a necessidade e o objetivo do encaminhamento; demonstrar cortesia com ambos os médicos; entender a hora e o lugar da consultoria e o que os levou a ela, e avisar ambos os médicos se não for capaz de comparecer; entender que os resultados serão comunicados a eles pelo especialista/consultor; entender que os resultados dos exames serão relatados a eles pelo médico que os solicitou; entender que deveriam voltar ao médico que os encaminhou para continuação da atenção como resultado do encaminhamento; e participar da revisão de caso sistemática do processo de consultoria/encaminhamento.
- Os especialistas/consultores deveriam oferecer fácil acesso a seus serviços; oferecer consultoria em horários adequados ou auxiliar os médicos que encaminham a encontrar alternativas apropriadas; demonstrar cortesia e respeito para com os pacientes e médicos que

encaminham; comunicar, clara e prontamente, os resultados da consultoria ao médico que encaminhou e ao paciente; relatar, prontamente, os resultados dos exames laboratoriais para os pacientes no contexto clínico adequado; orientar os médicos que encaminham, prontamente, a respeito da hospitalização do paciente e fornecer relatórios imediatos no momento da alta; reconhecer as preocupações do médico que encaminha a respeito dos encaminhamentos laterais ou cruzados; reencaminhar os pacientes aos médicos que encaminharam para continuação da atenção no momento apropriado e, quando for necessária a atenção continuada para algum problema complexo ou específico, envolver o paciente e o médico de atenção primária na decisão; e participar da revisão de caso sistemática do processo de consultoria/encaminhamento.

Medição do reconhecimento de informações que exigem acompanhamento

Cinco métodos têm sido usados para avaliar o reconhecimento de informações referentes aos problemas dos pacientes ou à atenção prestada a eles.

1. As medidas do *Institute of Medicine* (1978) são baseadas nas respostas a várias perguntas que servem como uma medida normativa do alcance da coordenação. Cada uma lida, de alguma forma, com a transferência de informações para facilitar a integração da atenção, embora nenhuma avallie, realmente, o reconhecimento das informações. As questões são as seguintes: (a) Os profissionais na unidade fornecem informações pertinentes a outros profissionais que atendem ao paciente, buscam ativamente uma devolução relevante dos consultores e outros profissionais, e atuam como ouvidores em contatos com outros profissionais? (b) É fornecido um resumo ou

sumário do prontuário do paciente a outros médicos quando necessário? (c) Os profissionais na unidade desenvolvem um plano de tratamento que considere a capacidade do paciente para compreendê-lo? (d) Os profissionais usam diversas táticas para garantir que o paciente cooperará com o tratamento? (e) O plano de tratamento reflete a capacidade física, emocional e financeira do paciente para ser implementado? As duas primeiras perguntas facilitam a coordenação ao melhorar a probabilidade de que os profissionais reconheçam as informações importantes. As três últimas perguntas estão mais relacionadas à qualidade da atenção do que ao processo de coordenação em si.

2. O método da *University of North Carolina* [Universidade da Carolina do Norte] (Fletcher *et al.*, 1984) avalia, mais diretamente, a coordenação. Esta é definida como uma evidência escrita de que o especialista está consciente do envolvimento do médico de atenção primária com o paciente e que ou o médico de atenção primária marcou a consulta ou sabia dela de antemão. Alternativamente, a coordenação é alcançada se o médico de atenção primária souber de uma consulta que um paciente já tenha feito a outro médico.

3. A avaliação da coordenação da atenção foi mais aperfeiçoada pelo *Dartmouth Primary Care Cooperative Project* [Projeto Dartmouth de Atenção Primária Cooperativa] (COOP), uma rede colaborativa baseada em consultórios no norte da Nova Inglaterra. A atenção só era considerada coordenada se o médico de atenção primária soubesse com antecedência das consultas feitas em qualquer lugar. Isso poderia ocorrer quando o médico de atenção primária marcasse, ele mesmo, a consulta, ou quando o médico discutisse sua necessidade antes que o paciente a marcasse ou quando o médico soubesse de antemão das consultas que o paciente planeja fazer em outros lugares por sua própria iniciativa. A informação sobre as consultas foi obtida por telefonemas

periódicos aos pacientes que mantinham diários registrando todos os seus contatos com médicos, hospitalizações, consultas ambulatoriais não médicas e o preenchimento de prescrições medicamentosas. Houve coordenação em 75% das consultas médicas ambulatoriais, 81% das hospitalizações não-emergenciais e 78% de todas as prescrições medicamentosas, mas em apenas 33% das consultas com profissionais não-médicos (Dietrich *et al.*, 1988).

4. Em outra abordagem para avaliar a coordenação, foi perguntado aos pacientes onde e por que tinham ido para obter atendimento. Foi perguntado aos profissionais se o paciente tinha sido atendido em outro lugar e, em caso positivo, onde e por que. Alternativamente, os sistemas de informação podem ser usados como fonte de informação sobre onde os pacientes foram e por qual razão. Esta alternativa é fundamentalmente útil onde o sistema de informação contém dados sobre todas as consultas feitas pelos pacientes; se forem obtidos formulários de queixas de todas as consultas, a base de dados que os contém seria uma fonte adequada. O reconhecimento da informação pelos profissionais é avaliado tanto pelo questionamento em relação ao seu conhecimento a respeito destas consultas e seu conteúdo como pela revisão de seus prontuários em busca de evidência do reconhecimento da informação. Este é o método utilizado no estudo que forneceu o caso usado no início deste capítulo (Starfield *et al.*, 1977).

5. Determinados aspectos do reconhecimento de informações podem ser obtidos diretamente do prontuário médico. Por exemplo, existe um mecanismo para os profissionais anotarem o resultado de exames e indicarem que notificaram os pacientes, bem como os outros médicos envolvidos, a respeito das anormalidades? Existem mecanismos para garantir que os pacientes saibam da necessidade de uma consulta de retorno ou de procedimento, estando estes mecanismos implementados e registrados?

Todos estes métodos estão relacionados, basicamente, aos desafios da coordenação resultante de encaminhamentos de curta duração. Métodos mais recentes de medição do reconhecimento de informações que exigem acompanhamento são apresentados no capítulo 13, no contexto da avaliação global da atenção primária. A avaliação da adequação da coordenação quando os encaminhamentos são de longa duração enfoca, basicamente, as avaliações da adequação do reconhecimento das necessidades dos pacientes que não estão relacionadas ao problema específico sob atenção a longo prazo. Consistente com a grande preponderância do encaminhamento de curta duração, a maioria dos estudos sobre o alcance da coordenação enfoca este último.

O QUE SABEMOS A RESPEITO DA OBTENÇÃO DA COORDENAÇÃO

T.M. é um adolescente que relatou ter consultado com sete profissionais em sete planos de saúde diferentes. Ele também revelou que tinha tantas metas a alcançar com estes sete médicos que ele escolheu não se tratar com nenhum deles porque ele estava sobrecarregado.

Responsável pelo caso

Muitas unidades de atenção primária, bem como de atenção especializada, não possuem altos níveis de continuidade. Estudos descritos abaixo fornecem as evidências deste fato.

Estudos iniciais sobre o processo de encaminhamento e transferência de informações associadas foram realizados na Inglaterra. Depois da reorganização de 1948, os departamentos de pacientes ambulatoriais tornaram-se o centro para o qual um médico generalista poderia encaminhar um paciente para obter o parecer de um especialista. Vários estudos foram realizados em consultórios individuais hospitalares para determinar o tipo de pacientes que era encaminhado pelos profissionais. Os achados destes estudos (Chamberlain, 1965) foram os seguintes:

- Quase 10% das cartas de profissionais que acompanhavam os pacientes tinham menos de 15 palavras; apenas 15% tinham mais de 100 palavras.
- Houve uma significativa associação entre o tamanho da carta e a classe social das pessoas que moravam próximas ao hospital. Quanto mais alta a classe social, mais longa a carta.
- Menos da metade das cartas pedia que o paciente fosse visto por um consultor específico. A grande maioria dos encaminhamentos não continha qualquer tentativa de diagnóstico, mas simplesmente solicitavam que o consultante “examinasse e orientasse”.
- A qualidade da comunicação entre o médico e o consultor era inferior para os médicos que viviam próximos ao hospital.

Nos anos 50, os estudos, hoje clássicos, de Williams e seus colaboradores na Carolina do Norte examinaram o processo de encaminhamento e as características das informações a ele associadas. Nestes estudos, foram entrevistados médicos que encaminharam e seus pacientes encaminhados foram entrevistados, tendo sido revisados os prontuários médicos. A adequação do processo de encaminhamento foi julgada de acordo com os cinco critérios seguintes (William *et al.*, 1961):

- Definição e especificação das necessidades e objetivo do encaminhamento, incluindo entendimento mútuo entre pacientes e médicos
- Comunicação adequada do objetivo ao consultor
- Atenção ao objetivo por parte do consultor
- Comunicação adequada dos achados e recomendações ao médico que encaminhou

• Claro entendimento por parte do paciente, do médico que encaminhou e do consultor da responsabilidade pela continuação da atenção ao paciente (Williams *et al.*, 1961).

A especificação do objetivo para o encaminhamento foi determinada para 99% dos encaminhamentos. Apenas em um quarto das vezes o propósito foi especificado; um motivo médico

não específico foi dado num outro terço dos encaminhamentos. O motivo mais comum (39% das vezes) foi "em resposta à solicitação do paciente". Cerca de um em 25 encaminhamentos estava relacionado a uma incapacidade do paciente de custear os serviços medicamente necessários.

O motivo para a consultoria solicitada foi especificado em um comunicado em apenas quatro de dez casos; foi mais provável encontrar o motivo na comunicação por escrito quando o médico tinha declarado-o claramente nas entrevistas.

Em apenas um de seis casos o motivo para o encaminhamento foi mencionado no comunicado do consultor de volta ao médico generalista.

Os critérios relacionados à comunicação de volta ao médico que encaminhava era uma política do centro médico e foi alcançado 100% das vezes. Entretanto, as comunicações subsequentes nunca foram enviadas por 24% dos pacientes para os quais elas foram asseguradas.

A responsabilidade pela continuidade da atenção ao paciente foi estudada por meio do exame do prontuário médico e por entrevista com os pacientes e os médicos que encaminharam, quanto ao fato do paciente ter voltado a consultá-los ou não. Os pacientes apresentaram maior probabilidade de voltar ao médico que encaminhava quando o prontuário médico especificava claramente esta intenção. No total, 62% dos pacientes voltaram ao seu médico generalista, mas a porcentagem foi de 79% se a observação era clara e apenas 42% se a observação não estivesse clara quanto ao arranjo (Williams *et al.*, 1961).

Estudos mais recentes na Grã-Bretanha confirmam os achados dos estudos anteriores. Uma proporção substancial de cartas de encaminhamento omitia informações como detalhes de terapia medicamentosa e doenças anteriores. A adoção de cartas em formato fixo não tem sido muito difundida, embora elas contenham, mais consistentemente, as informações necessárias. As cartas de consultores para os médicos de atenção primária são, freqüentemente, evasivas ou, quando muito, não são claras no

auxílio ao médico de atenção primária e estão, com freqüência, consideravelmente atrasadas (Wilkin e Dornan, 1990). Médicos generalistas, pacientes e consultores têm diferentes percepções do motivo para encaminhamento, e estas diferenças, geralmente, não são explícitas. Nestas situações, é difícil, se não impossível, julgar a adequação do encaminhamento, da natureza das informações transferidas e dos procedimentos para o encaminhamento e para o retorno ao médico de atenção primária (Grace e Armstrong, 1987).

Tenho certeza que o paciente fica, de certa forma, confuso, mas esta carta a você é uma tentativa para tornar a posição clara. Ela não precisa marcar outra consulta na clínica do hospital.

Carta de um médico de família britânico para um especialista no hospital

Deficiências na transferência de informações de consultores de volta aos médicos de atenção primária parecem ser um problema em muitos países, mesmo naqueles com características de atenção primária muito diferentes. Um estudo de 340 encaminhamentos por 20 médicos generalistas mostrou uma ampla variabilidade nas taxas de encaminhamento (de 1,6 a 10,0%); foram recebidas cartas de consultores em apenas um terço dos casos, mesmo quando o encaminhamento resultou em uma mudança de medicação ou diagnóstico (Haikio *et al.*, 1995).

Dar informações por escrito ao *paciente* pode ser muito importante. Em uma pesquisa de 300 consultorias consecutivas realizadas na Inglaterra, foi perguntado, tanto aos pacientes como aos médicos, quais os conselhos dados a eles a respeito da necessidade de uma consulta de retorno. Médicos e pacientes concordaram em menos da metade das vezes a respeito de qual foi o conselho dado. Os pacientes, principalmente, tinham maior probabilidade de discordar de seu médico quando nenhum conselho específico tinha sido dado durante a consulta médico-paciente; nestes casos, os pacientes tinham uma probabilidade muito maior de indicar que uma consulta de retorno era necessária (Armstrong *et al.*, 1990).

Um estudo, realizado em uma importante HMO nos Estados Unidos, confirmou a importância das informações escritas; se um formulário escrito tivesse sido dado a um paciente para uma consulta de revisão com o médico que o encaminhou, o paciente apresentava uma probabilidade muito maior de voltar ao médico do que se as informações tivessem sido fornecidas verbalmente. Os pacientes também apresentaram maior probabilidade de voltar ao seu médico se o considerassem seu médico de família (Lawrence e Dorsey, 1976).

Outro estudo mostrou que os consultores comunicam seus achados aos profissionais que encaminham em apenas 55% das consultorias. Caso tenha sido marcada uma consulta de retorno para o paciente voltar ao médico de atenção primária, o médico tinha maior probabilidade de saber o resultado da consultoria (McPhee *et al.*, 1984).

Num estudo realizado durante o período de sete meses em seis unidades de saúde diferentes (três pediátricas e três para adultos), houve uma ampla variabilidade na porcentagem de pacientes observados pelo mesmo clínico em duas consultas consecutivas em que a segunda era um retorno da primeira. O percentual em cinco unidades variou de 46 a 79%, e em apenas uma estava acima de 90% (93%). Apesar do fato de que aproximadamente um em cada nove pacientes em cada unidade tivesse consultado em outro lugar por recomendação de seu próprio médico e até mesmo mais de uma vez por sua própria conta, freqüentemente, os prontuários médicos destes pacientes não continham informações sobre estas consultas (Tabela 11.2) (Starfield *et al.*, 1976).

Smedby *et al.* (1984) calcularam níveis sequenciais de continuidade em consultas para nove problemas diferentes numa unidade de atenção primária. O percentual de consultas com continuidade de profissional variou de 10%, no caso de doença pulmonar obstrutiva, a 28%, para diabetes. Os níveis de continuidade foram maiores para consultas agendadas do que para as não-agendadas e para aquelas nas quais o paciente era visto por um médico que tivesse trabalhado na unidade por períodos maiores de tempo. No geral, a continuidade foi de apenas 22%.

Tabela 11.2
Continuidade da atenção conforme prontuários médicos:
porcentagem de tabelas contendo o teor das consultas de intervenção
(número de fichas entre parênteses)

	Grupo suburbano	Grupo urbano	Clínicas hospitárias
Consultas agendadas			
Adultos	96% (25)	92% (13)	87% (39)
Pediátricas	77% (22)	100% (10)	82% (33)
Consultas não-agendadas			
Adultos	81% (164)	63% (96)	32% (244)
Pediátricas	83% (100)	36% (39)	54% (39)

Fonte: Starfield *et al.* (1979a)

Holmes *et al.* (1978) compararam o encaminhamento com retorno garantido para pacientes de médicos de família que tivessem feito residência em Medicina de família em relação a pacientes de médicos generalistas, cujo conhecimento veio apenas de sua experiência prática. Os dois tipos de médicos não tinham níveis de retorno diferentes após o encaminhamento, que era de cerca de 80%.

Existem poucos estudos sobre quanto de continuidade aprimorada de profissionais ou informações está associada a um melhor reconhecimento das informações importantes para a atenção adequada ao paciente.

Num estudo sobre a extensão da coordenação entre a unidade de Medicina interna em atenção primária e outras unidades na *University of North Carolina* [Universidade da Carolina do Norte], a porcentagem de consultas que eram coordenadas variou entre 22%, para as clínicas de especialidade, a 47%, para consultas “de entrada” (Fletcher *et al.*, 1984). A coordenação das consultas, na sala de emergência, foi de 28%. Em comparação, a porcentagem de hospitalizações nas quais havia coordenação com a unidade de atenção primária foi de 75%. No total, cerca de apenas um terço (35%) dos casos que exigiam a coordenação obtiveram-na.

Uma mulher pobre, por volta dos 30 anos, sofre de distúrbio do pânico, para o qual está sendo tratada. Ela trabalha meio turno, não possui seguro e seu marido está incapacitado, devido a uma lesão nas costas e por doença psiquiátrica. Devido a suas dificuldades financeiras, ela gradualmente começou a espaçar sua medicação em intervalos cada vez maiores. Uma noite, à meia-noite, ela teve dor no peito e perda de fôlego. Sua irmã, que nunca tinha presenciado isto anteriormente, correu com ela para a sala de emergência onde ela passou por vários exames e recebeu uma conta de US\$2.500. Telefonei para o médico da sala de emergência. Por que todos aqueles exames para um ataque de pânico? Ele achou que a dor no peito se adequava ao seu protocolo para exclusão de infarto do miocárdio e não tinha determinado quais medicamentos ela tomava, nem se tinha um histórico de distúrbio do pânico. Esta paciente está pagando por sua consulta em sala de emergência, US\$10 por vez, mas agora ela terá ainda menos dinheiro para sua medicação.

Dr. M.

Outro estudo sobre a obtenção da coordenação foi realizado em seis unidades de atenção primária diferentes, três de Medicina interna e três pediátricas, todas associadas a um grande centro médico. Envolveu pacientes que tinham sido agendados para uma consulta de revisão seis meses depois de uma consulta anterior e que foram identificados na consulta de revisão. Antes de sua segunda consulta, seus prontuários foram revisados para averiguar as informações geradas na primeira consulta, bem como aquelas geradas em consultas subsequentes em qualquer outro lugar, seja por encaminhamento pela unidade de atenção primária, seja por iniciativa do próprio paciente. Em todas as unidades, o reconhecimento das informações geradas dentro da clínica de atenção primária, quer o paciente tenha sido atendido pelo mesmo profissional que na consulta inicialmente identificada ou não, foi muito maior do que a extensão do reconhecimento das informações geradas em consultas realizadas em algum outro lugar. A Tabela 11.3 mostra que este é o caso para todos os tipos de informações: (1) problemas claramente identificados, ou seja, aqueles ressaltados no prontuário médico

porque foram registrados como queixas ou diagnósticos importantes; (2) problemas mencionados no texto de observações no prontuário médico; (3) terapias prescritas; ou (4) exames realizados (Starfield *et al.*, 1976). A extensão do alcance da coordenação para as consultas que ocorreram em outro lugar foi similar àquela obtida no estudo da Universidade da Carolina do Norte.

Tabela 11.3

Efeito da continuidade do profissional sobre o reconhecimento das informações

Tipo de Informação	Continuidade do profissional	Porcentagem de casos em que as informações foram reconhecidas
Problemas claramente identificados	Sim	75,3
	Não	62,3
"Problema no texto"	Sim	58,2
	Não	52,7
Terapias	Sim	52,2
	Não	43,0
Exames realizados	Sim	31,0
	Não	22,7
Consultas agendadas de intervenção	Sim	47,2
	Não	41,8
Intervenção não-agendada		17,3

Adaptado de Starfield *et al.* (1976)

Apesar do grande destaque do processo de encaminhamento tanto do ponto de vista da necessidade cada vez maior por encaminhamentos como dos altos custos da atenção associada (Glenn *et al.*, 1987), existem poucos estudos mais recentes nos Estados Unidos referentes à transferência de informações e coordenação da atenção.

Jenkins (1993) desenvolveu e aplicou um questionário de 11 itens para 39 especialistas para avaliar a qualidade da carta de encaminhamento. Os especialistas foram instruídos a comparar as informações na carta com as informações obtidas do paciente pelo histórico e pelo exame clínico. Nove das 11 questões estavam relacionadas a importantes aspectos das informações clínicas (erros ou omissões de dados clinicamente relevantes), uma refletia a ausência de intervenções adequadas antes do encaminhamento, e

outra se referia à qualidade do texto da carta. Entre 5 e 28% das 705 cartas tinha erros de omissão (dependendo do tipo de informação), e 23% refletiam a ausência de uma investigação pré-encaminhamento relevante. As taxas de ambos os tipos de inadequações foram maiores para os encaminhamentos para especialistas médicos do que para especialistas cirúrgicos. Embora a precisão da decisão dos especialistas a respeito da adequação do encaminhamento tenha sido testada contra uma avaliação independente por um médico generalista não envolvido, nem a validade, nem a confiabilidade das avaliações a respeito da exatidão e da precisão foram testadas. Apesar disso, o estudo mostra o potencial deste método para determinar a adequação das informações que são necessárias para a coordenação da atenção.

Maiores evidências de déficits na coordenação vêm de um estudo da condição de imunização de crianças em atendimento terciário para espinha bífida (Radlisch *et al.*, 1993). Embora esteja claro que estes pacientes necessitam de atenção continuada de um especialista, devido ao seu problema raro e complexo, parece que este atendimento não substitui, nem está coordenado com a atenção primária. Neste estudo de 120 crianças de um centro de encaminhamento terciário, todas as crianças, exceto uma, tiveram um médico de atenção primária identificado. Entretanto, o atraso na imunização aumentou de 20 para 50% a partir da primeira nas séries de imunizações indicadas para 18 meses de idade; ao ingressar na escola, apenas um quarto das crianças estava com sua imunização atualizada.

Outro estudo da atenção prestada a 10.608 adultos de grupos de 60 médicos de família e 245 internistas generalistas mostrou que os pacientes dos internistas generalistas classificaram melhor seus médicos em termos de coordenação (medida pelos relatos de que o médico sabia a respeito de outros médicos e profissionais de saúde consultados) do que os pacientes de médicos de família (Grumbach *et al.*, 1997).

Poderia ser esperado que o advento da "atenção gerenciada" (ver Capítulo 6) melhorasse a coordenação devido a uma maior

probabilidade dos modos de integração dentro de um sistema de saúde organizado. Dados de uma pesquisa de 84 internistas generalistas na equipe de um grande hospital-escola em Washington, DC., não forneceram motivos para otimismo. Quarenta e um dos médicos que participaram tanto dos planos de atenção gerenciada como não-gerenciada relataram que seus pacientes na atenção gerenciada foram encaminhados mais frequentemente a um especialista desconhecido, que os pacientes falaram pessoalmente menos vezes com o especialista e que enviaram um resumo escrito a especialistas com menor frequência (Roulidis e Schulman, 1994).

RESUMO

A Tabela 11.4 resume a natureza da coordenação. Alcançar a coordenação é um desafio para profissionais de atenção primária devido à multiplicidade de tipos de motivos para encaminhamento e das dificuldades técnicas na transferência e reconhecimento de informações geradas em diferentes lugares. Frequentemente os pacientes consultam em outros lugares, quer mediante recomendação de seu médico ou por sua própria vontade, e a transferência de informações a respeito destas consultas ou o que ocorreu durante elas, geralmente, está ausente.

Tabela 11.4
Resumo da coordenação

	Capacidade	Desempenho
Descrição: integração de todos os serviços relacionados à saúde, onde quer que tenham sido recebidos		
Envolve	Mecanismo de coordenação (pessoas, sistema de informação)	Conhecimento dos serviços prestados em outro lugar ou por terceiros
Orientada para o problema	Sim, para cada problema/necessidade	Sim, para cada problema/necessidade
Relação pessoal necessária	Não	Não
Depende do tempo	Não (depende do episódio)	Não (depende do episódio)
Medidas específicas	Pesquisa do profissional Pesquisa do paciente Auditorias do prontuário médico/sistema de informação	Pesquisa do profissional Pesquisa do paciente Auditorias do prontuário médico/sistema de informação

A continuidade do profissional facilita o reconhecimento de informações referentes à atenção aos pacientes dentro da unidade de atenção primária, mas não melhora o reconhecimento de informações a respeito de consultas em outros lugares.

Atualmente, as melhoras disponíveis nos prontuários médicos e outras tecnologias facilitam o reconhecimento das informações geradas a respeito de pacientes e a melhora da atenção prestada aos pacientes, mas elas não se estendem ao reconhecimento de informações que ocorrem em outros lugares, seja mediante encaminhamento, seja por iniciativa do paciente.

Quanto maior o reconhecimento dos problemas dos pacientes pelos profissionais, maior a probabilidade dos pacientes mostrarem uma melhora subsequente.

Na maioria dos estudos, a coordenação da atenção é considerada fraca. Existem vários métodos para avaliação do impacto da coordenação da atenção. Tentativas sistemáticas para aplicá-los forneceriam uma oportunidade para detectar as deficiências sistemáticas e instituir mecanismos para superá-las.

As implicações de novas políticas estão levando à exploração de uma diversidade de novas abordagens, incluindo a atenção compartilhada entre os médicos de atenção primária e os especialistas. As decisões políticas informadas a respeito da coordenação da atenção requerem mais pesquisas sobre as diferenças nas necessidades, dependendo do tipo de encaminhamento, do emprego das medidas para distinguir, claramente, entre os conceitos de continuidade e coordenação no contexto da atenção por consultoria (curta duração) e por encaminhamento (longa duração), e dos mecanismos de compartilhamento da atenção, quando apropriado.

REFERÊNCIAS

ARMSTRONG, D. et al. Doctor-initiated consultations: A study of communication between general practitioners and patients about the need for reattendance. *Br J Gen Pract*, n. 40, p. 241 – 2, 1990.

- BAILEY, J. J.; BLACK, M. E.; WILKIN, D. Specialist outreach clinics in general practice. *BMJ*, n. 308, p. 1083 – 6, 1994.
- BARNETT, O. *Computer-Stored Ambulatory Record (COSTAR)*. Washington, DC: US Department of Health, Education, and Welfare, 1976. (NCHSR Research Digest Series. DHEW Pub. No. (HRA) 76-3145).
- BEILAND, F. A descriptive study of continuity of care as an element in the process of ambulatory medical care utilization. *Can J Public Health*, n. 80, p. 249 – 54, 1989.
- BICE, T.; BOXERMAN, S. A quantitative measure of continuity of care. *Med Care*, n. 15, p. 347 – 9, 1977.
- BRESLAU, N.; REEB, K. Continuity of care in a university based practice. *J Med Educ*, n. 50, p. 965 – 9, 1975.
- CHAMBERLAIN, J. et al. The population served by the outpatient department of a London teaching hospital: A study of Guy's. *Med Care*, n. 4, p. 81 – 8, 1965.
- COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA; THE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA. *The Relationship between Family Physicians and Specialists/Consultants in the Provision of Patient Care*. Task Force Report. Montreal: College Of Family Physicians Of Canada, The Royal College Of Physicians And Surgeons Of Canada, 1993.
- COULTER, A.; NOONE, A.; GOLDACRE, M.; General practitioners' referrals to specialist outpatient clinics. *BMJ*, n. 299, p. 304 – 8, 1989.
- DIETRICH, A. et al. Do primary physicians actually manage their patients fee-for-service care? *JAMA*, n. 259, p. 3145 – 9, 1988.
- DRAPER, P.; SMITS, H. L. The primary-care practitioner – specialist or jack-of-all trades? *N Engl J Med*, v. 293, n.18, p. 903 – 7, 1975.
- DRUMMOND, D. et al. Specialists' versus general practitioners' treatment of problem drinkers. *Lancet*, n. 336, p. 915 – 8, 1990.
- DUNN, E. V. et al. An evaluation of four telemedicine systems for primary care. *Health Serv Res*, n. 1, p. 19 – 25, 1977.
- EJLERSSON, G.; BERG, S. Continuity of care measures. An analytic and empirical comparison. *Med Care*, n. 22, p. 231 – 9, 1984.

- EMMANUEL, L. L. The consultant and the patient-physician relationship. *Arch Intern Med*, n. 154, p. 1785 – 90, 1994.
- FLETCHER, R. et al. Measuring the continuity and coordination of medical care in a system involving multiple providers. *Med Care*, n. 22, p. 403 – 11, 1984.
- GLENN, J. K.; LAWLER, F. H.; HOERL, M. S. Physician referrals in a competitive environment. *JAMA*, n. 258, p. 1920 – 3, 1984.
- GOLDBERG, H.; DIETRICH, A. The continuity of care provided to primary care patients: A comparison of family physicians, general internists, and medical subspecialists. *Med Care*, n. 23, p. 63 – 73, 1985.
- GRACE, J.; ARMSTRONG, D. Referral to hospital: Perceptions of patients, general practitioners and consultants about necessity and suitability of referral. *Fam Pract*, n. 4, p. 170 – 5, 1987.
- GRADUATE MEDICAL EDUCATION NATIONAL ADVISORY COMMITTEE. GMENAC. *Staff Paper I: Physician Manpower Requirements*. Rockville, MD: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Bureau of Health Manpower, 1978. (DHEW Pub. No. (HRA) 78-10).
- GREENHALGH PM. *Shared Care for Diabetes: A Systematic Review*. Occasional Paper 67. London: The Royal College of General Practitioners, October 1994.
- GRUMBACH, K. et al. *Quality of primary care practice in a large HMO according to physician speciality*, 1998. (mimeografado).
- HAIKIO, J.-P.; LINDEN, K.; KYVIST, M. Outcomes of referrals from general practice. *Scand J Primary Health Care*, n. 13, p. 287 – 93, 1995.
- HOLMES, C. et al. Toward the measurement of primary care. *Milbank Q*, n. 56, p. 231 – 52, 1978.
- INSTITUTE OF MEDICINE. *A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study*. Washington, DC: National Academy of Sciences, 1978. (IOM Pub. No. 78-02).
- JENKINS, R. M. Quality of general practitioner referrals to outpatient departments: Assessment by specialists and a general practitioner. *Br J Gen Pract*, n. 43, p. 111 – 3, 1993.

- KATON W, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. *JAMA*, v. 73, n. 13, p. 1026 – 31, 1995.
- LAWRENCE, R.; DORSEY, J. The generalist-specialist relationship and the art of consultation. In: NOBLE, J (ed.). *Primary Care and the Practice of Medicine*. Boston: Little Brown & Company, 1976. p. 229 – 45.
- LEE, R.; JONES, L. *The Fundamentals of Good Medical Care*. Chicago: The University of Chicago Press, 1933.
- MARTIN, D. The imposition of patients from a consultant general medical clinic. In WHITE, K. L. (Ed). *Medical Care Research*. Oxford: Pergam Press, 1965. p. 113 – 21.
- MAWAJDEH, S. *Levels of Care in Pediatric Specialty Clinics*. Baltimore: 1988. Dissertação (Mestrado) - Johns Hopkins University.
- MCPHEE, S. et al. How good is communication between primary care physicians and subspecialty consultants? *Arch Intern Med*, n. 144, p. 1265 – 8, 1984.
- MCWHINNEY I. FAMILY MEDICINE IN PERSPECTIVE. *N Engl J Med*, n. 293, p. 176 – 81, 1975.
- RADDISH, M. et al. The immunization status of children with spina bifida. *Am J Dis Child*, n. 147, p. 849 – 53, 1993.
- ROBINSON, D. Primary medical practice in the United Kingdom and the United States. *N Engl J Med*, n. 297, p. 188 – 93, 1977.
- ROGERS, J. L.; HARING, O. M. The impact of a computerized medical record summary system on incidence and length of hospitalization. *Med Care*, n. 17, p. 618 – 30, 1979.
- ROMM, F.; PUTNAM, S. The validity of the medical record. *Med Care*, n. 19, p. 310 – 5, 1981.
- ROULIDIS, Z.; SCHULMAN, K. Physician communication in managed care organizations: Opinions of primary care physicians. *J Fam Pract*, n. 39, p. 446 – 51, 1994.
- SALEM-SCHATZ, S. et al. The case for case-mix adjustment in practice profiling: When good apples look bad. *JAMA*, v. 272, n. 11, p. 871 – 4, 1994.

- SCHONFELD, H.; HESTON, J.; FALK, I. Numbers of physicians required for primary medical care. *N Engl J Med*, n. 286, p. 571 – 76, 1972.
- SHORTELL, S. Continuity of medical care: Conceptualization and measurement. *Med Care*, n. 14, p. 377 – 91, 1976.
- SIMBORG, D.; STARFIELD, B.; HORN, S. Physician and non-physician health practitioners: The characteristics of their practices and their relationships. *Am J Public Health*, n. 68, p. 44 – 8, 1978.
- et al. Information factors affecting problem follow-up in ambulatory care. *Med Care*, n. 14, p. 848 – 56, 1976.
- SMEDBY, O. et al. Measures of continuity of care: A register-based correlation study. *Med Care*, n. 24, p. 511 – 8, 1986.
- et al. Continuity of care. An application of visit-based measures. *Med Care*, n. 2, p. 676 – 80, 1984.
- STARFIELD, B. Continuous confusion. *Am J Public Health*, n. 70, p. 117 – 9, 1980.
- et al. Continuity and coordination in primary care: Their achievement and utility. *Med Care*, n. 14, p. 625 – 36, 1976.
- et al. Coordination of care and its relationship to continuity and medical records. *Med Care*, n. 15, p. 929 – 38, 1977.
- et al. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health*, n. 71, p. 127 – 32, 1981.
- et al. Patient-provider agreement about problems. Influence on outcome of care. *JAMA*, n. 242, p. 344 – 6, 1979b.
- et al. Presence of observers at patient-practitioner interactions: impact on coordination of care and methodologic implications. *Am J Public Health*, n. 69, p. 1021 – 25, 1979a.
- STEINWACHS, D. Measuring provider continuity in ambulatory care. An assessment of alternative approaches. *Med Care*, n. 17, p. 551 – 65, 1979.
- SULLIVAN, FM.; HOARE, T.; GLIMOUR, H. Outpatient clinic referrals and their outcomes. *Br J Gen Pract*, v. 42, n. 3, p. 111 – 15, 1992.
- THOMPSON, H.; OSBORNE, C. Office records in the evaluation of quality of care. *Med Care*, n. 14, p. 294 – 314, 1976.
- VIERHOUT, W. P. M. et al. Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor-system disorders. *Lancet*, v. 346, n. 8981, p. 990 – 4, 1995.
- WELSH SECRETARY OF HEALTH. Ron Davies as reported by Dobson R. News: Wales is set 20 health targets. *BMJ*, n. 314, p. 1785, 1997.
- WILKIN, D.; DORNAN, C. *Referrals to Hospital: A Review of Research and Its Implication for Policy and Practice*. University of Manchester: Center for Primary Care Research, Jul. 1990.
- WILLIAMS, P. T.; PEET, G. Differences in the value of clinical information: Referring physicians versus consulting specialists. *J Am Board Fam Pract*, v. 7, n. 4, p. 292 – 302, 1994.
- WILLIAMS, T. F. et al. The referral process in medical care and the university clinics' role. *J Med Educ*, n. 36, p. 899 – 907, 1961.
- WILLIAMSON, J.; ALEXANDER, N.; MILLER, G. Continuing education and patient care research. *JAMA*, n. 201, p. 938 – 42, 1967.
- WOOD, M. L.; MCWILLIAM, C. Cancer in remission: Challenge in collaboration for family physicians and oncologists. *Can Fam Physician*, n. 42, p. 899 – 910, 1996.
- WYATT, J. C. Commentary: Telemedicine trials – Clinical pull or technology push? *BMJ*, v. 313, n. 7069, p. 1380, 1996.
- ZUCKERMAN, A. et al. Validating the content of pediatric outpatient medical records by means of tape-recording doctor-patient encounters. *Pediatrics*, n. 56, p. 407 – 11, 1975.