

BARBARA STARFIELD

ATENÇÃO PRIMÁRIA

EQUILÍBRIO ENTRE NECESSIDADES
DE SAÚDE, SERVIÇOS E TECNOLOGIA



MINISTÉRIO
DA SAÚDE



GOVERNO
FEDERAL

Apoio: **DFID** Department for
International
Development

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.
©UNESCO 2002 Edição brasileira
A edição brasileira foi publicada pelo Escritório da UNESCO no Brasil e Ministério da Saúde

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.

BARBARA STARFIELD

ATENÇÃO PRIMÁRIA

EQUILÍBRIO ENTRE NECESSIDADES
DE SAÚDE, SERVIÇOS E TECNOLOGIA



MINISTÉRIO
DA SAÚDE



GOVERNO
FEDERAL

Apoio: **DFID** Department for
International
Development

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Políticas de Saúde
Departamento de Atenção Básica

UNESCO Brasil

Conselho Editorial

Jorge Werthein
Cecilia Braslavsky
Juan Carlos Tedesco
Adama Ouane
Célio da Cunha

Comitê para a Área de Educação para a Saúde

Maurício Gomes Pereira
Cristina Raposo
Alessandra Schneider

Tradução: Fidelity Translations
Revisão: Eduardo Perácio (DPE Studio)
Revisão técnica: Ananyr Porto Fajardo
Assistente Editorial: Larissa Vieira Leite
Diagramação: Fernando Brandão
Projeto Gráfico: Edson Fogaça

© UNESCO, 2002

Starfield, Barbara

Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia
/ Bárbara Starfield. – Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
726p.

ISBN: 85-87853-72-4

Título original: *Primary Care: balancing health needs, services, and technology.*

1. Medicina Familiar 2. Medicina Preventiva 3. Educação e Saúde 4. Serviços de Saúde 5. Promoção da Saúde 6. Tecnologia I. UNESCO III. Título

CDD 610



**Organização das Nações Unidas
para a Educação, a Ciência e a Cultura**
Representação no Brasil

SAS, Quadra 5 Bloco H, Lote 6,
Ed. CNPq/IBICT/UNESCO, 9º andar.
70070-914 – Brasília – DF – Brasil
Tel.: (55 61) 321-3525
Fax: (55 61) 322-4261
E-mail: UHBRZ@unesco.org.br



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Políticas de Saúde
Departamento de Atenção Básica
Esplanada dos Ministérios, Bl. G, 7º andar, sala 718
70058-900 – Brasília - DF
Tel.: (61) 315-2797
Fax: (61) 226-4340
E-mails: psf@saude.gov.br
Dab@saude.gov.br

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas contribuíram de muitas maneiras para esta análise da importância da atenção primária dentro dos sistemas de saúde. De longe, as melhores contribuições têm sido de meus colaboradores e amigos que pensaram profundamente a respeito do assunto da atenção primária no contexto dos sistemas de saúde. Estou em dívida, especialmente, com Juan Gérvas e Mercedes Perez Fernandez, cuja amizade e colaboração constantes me levaram a novas formas de pensar e questionar. Seu auxílio em relação à BBC (Bibliográfico CESCA), uma inestimável bibliografia internacional anotada mensalmente, é responsável por minha consciência e apreciação de um conjunto maior de informações do que de outra forma seria o caso.

Minha exposição inicial aos escritos de Kerr L. White e, posteriormente, a oportunidade de trabalhar como membro da faculdade em seu departamento, foram certamente influentes em meu pensamento a respeito da atenção primária, um termo que não existiria senão pela introdução feita por Kerr no início dos anos 60. Seus escritos foram os primeiros a fazer um sentido real para mim, uma jovem médica lutando para entender o que eu estava fazendo. O desafio de Kerr ao sistema de atenção de saúde para converter dados em informações, então em inteligência e a seguir em sabedoria, são tão pertinentes hoje quanto o eram 40 anos atrás.

Agradeço também a meus colaboradores especiais no Johns Hopkins, os quais continuam a tornar a colaboração em pesquisa verdadeiramente emocionante. Jonathan Weiner, Don Steinwachs, Chris Forrest e Anne Riley me vêm especificamente à mente devido ao nosso trabalho em conjunto sobre assuntos relacionados à atenção primária, medidas de *case-mix* e a avaliação da condição de saúde de crianças e adolescentes.

Também sou grata à Margorie Bowman, que me ajudou consideravelmente com os esboços clínicos, e à Karen Rappaport.

Nada é suficiente para falar a respeito do enorme desejo de meus colaboradores internacionais em dividir informações e idéias – suas contribuições especiais estão notificadas, com gratidão, no Capítulo 15.

Como sempre, minha família merece uma menção especial. Minha maravilhosa mãe, Eva Starfield, tomou o papel de interlocutora e editora não oficial do meu livro depois da morte de meu maravilhoso pai. Meu marido, Neil Holtzman, por ter servido como tábua de salvação oficial, apesar dos desconfortos de ter de conviver com a irritabilidade que acompanha qualquer empenho intenso, como escrever um livro. Agradeço especialmente a Rob e April, Jon e Beth, Susan e Steven por me oferecerem tanto diversão emocional como intelectual na forma de cinco netos incríveis e à Débora, por ser ela mesma.

Finalmente, sinto uma gratidão extrema por minha assistente Ruth Hurd, que nem piscou nas intermináveis alterações, que permaneceu perfeitamente calma através do que pareceu serem centenas de rascunhos, e cujo auxílio foi simplesmente inestimável.

SUMÁRIO

Prefácio	9
Apresentação	13
Abstract	15
I. ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE	
1. Atenção primária e sua relação com a saúde	19
2. Uma estrutura para a medição da Atenção Primária	43
3. Morbidade na Atenção Primária	71
II. PRÁTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	
4. Descrevendo a Atenção Primária	101
5. Profissionais de Atenção Primária, subespecialistas e outros profissionais não-médicos	133
6. Atenção Primária no contexto dos sistemas de saúde.....	177
III. RESPONSABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	
7. Acessibilidade e Primeiro Contato: A “Porta”	207
8. Cadastro de pacientes e atenção orientada para o paciente ao longo do tempo	247
9. Interação profissional-paciente	291
10. Integralidade da atenção: quem deveria oferecer o que	313
11. Coordenação da atenção: juntando tudo	365
IV. PACIENTES E POPULAÇÕES	
12. Qualidade dos serviços de atenção primária: uma visão clínica	419
13. Avaliação da Atenção Primária: uma visão da população	481
14. Saúde pública e Atenção Primária orientada para a comunidade	533

V. POLÍTICA DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA

15. Sistemas de Atenção Primária em nações ocidentais industrializadas	565
16. Sistemas de informação para a Atenção Primária	597
17. Necessidades de pesquisa em Atenção Primária	631
18. Políticas de saúde para alcançar efetividade e equidade	665
Epílogo	697
Apêndice: instrumento para avaliação de sistemas de Atenção Primária em saúde infantil	699
Índice Remissivo	717

PREFÁCIO

Nos seis anos desde que a obra *Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy* [Atenção Primária: Conceito, Avaliação e Política] foi publicada, o mundo dos serviços de saúde passou por inúmeras mudanças. A reforma da atenção à saúde caracteriza quase todos os países, mesmo aqueles com sistemas de saúde estáveis há décadas. Uma grande parte do ímpeto para a reforma origina-se dos custos sempre crescentes da atenção, decorrentes do envelhecimento da população, melhor sobrevivência de doentes crônicos como resultado de tratamentos médicos aprimorados, e o crescente papel de tecnologias caras no diagnóstico e manejo da doença. Poucos países podem absorver os custos crescentes sem uma séria consideração de alternativas. Devido às preocupações compartilhadas entre os países e a centralidade da atenção primária dentro deles, há uma convergência de interesses sobre a natureza da atenção primária e seu papel dentro dos sistemas de saúde. Assim, este livro recorre fortemente ao conhecimento e experiências de uma ampla variedade de países.

O livro tem a intenção de ajudar os leitores a entenderem o papel da atenção primária como um foco de organização dos sistemas de saúde, oferecer evidências científicas disponíveis sobre sua utilidade e ajudar no seu desenvolvimento e crescimento. Entretanto, as crescentes ameaças à qualidade da atenção e as crescentes iniquidades sociais que ameaçam piorar ainda mais as disparidades entre as populações socialmente favorecidas e as socialmente desfavorecidas traz uma nova urgência ao tópico da efetividade e equidade dos serviços de saúde e o papel da atenção primária em melhorá-las.

Em sua forma mais altamente desenvolvida, a atenção primária é a porta de entrada no sistema de serviços de saúde e o *locus* de

responsabilidade pela atenção aos pacientes e populações no decorrer do tempo. Existe ainda a crença predominante de que a essência da atenção primária é fundamentalmente simples. Nada pode estar mais longe da verdade, e este livro é testemunha destes desafios.

O livro possui cinco seções principais: Atenção Primária e Saúde; Prática de Atenção Primária; Responsabilidade na Atenção Primária; Pacientes e Populações; e Política de Saúde e Atenção Primária.

- Atenção Primária e saúde. Três capítulos abordam a relação entre a atenção primária e a saúde, traçam o histórico do desenvolvimento da atenção primária como um conceito e estabelecem o fundamento para o pensamento a respeito de como as contribuições da atenção primária têm sido e podem ser avaliadas.
- Prática de Atenção Primária. Três capítulos descrevem as características da prática da atenção primária e os tipos de profissionais de saúde e examinam a atenção primária como um componente dos sistemas de serviços de saúde.
- Responsabilidade na Atenção Primária. Cinco capítulos abordam a medição e a avaliação dos componentes essenciais da atenção primária. Quatro descrevem a importância de cada uma das principais características da atenção primária, as abordagens para avaliar sua obtenção e suas importantes implicações políticas; outro explora a importância das interações paciente-profissional de saúde na atenção primária.
- Pacientes e populações. Três capítulos exploram a inter-relação das abordagens centradas no paciente e centradas na população para alcançar uma atenção primária de alta qualidade, efetiva e equitativa.
- Política de Saúde e Atenção Primária. Os últimos quatro capítulos examinam vários sistemas de atenção primária em nações industrializadas ocidentais, a importância dos sistemas de informação na atenção primária, as

necessidades de pesquisa que podem ser adotadas como uma estratégia nacional e ser realizadas por organizações de pesquisa ou pesquisadores individuais e uma agenda de política para atingir uma maior eficácia e equidade.

O livro é para aquelas pessoas desafiadas pelo pensamento crítico a respeito do que é a atenção primária, o que deveria ser e qual a sua contribuição para a melhora da saúde. Isto inclui muitos médicos que a praticam, educadores que a ensinam, pesquisadores que a estudam e avaliam, pacientes que a utilizam e desejam entendê-la, e formuladores de política interessados em melhorá-la. O livro tenta servir a cinco públicos: profissionais de saúde de atenção primária que querem entender o que fazem e por que o fazem; educadores de profissionais de saúde de atenção primária que desejam uma base para pensar a respeito de suas abordagens para a aprendizagem; pesquisadores que podem encontrar estruturas, conceitos e dicas para direcionar seu trabalho; formuladores de política que se beneficiariam de uma melhor apreciação das dificuldades e desafios da atenção primária e de sua importância; e os consumidores dos serviços de saúde, os quais podem achar útil entender e interpretar suas próprias experiências.

O livro anterior foi escrito às vésperas da eminente reforma da atenção à saúde nos Estados Unidos, na esperança de trazer maior interesse à atenção primária àqueles esforços. Portanto, os exemplos usados foram, em sua maioria, desse país. Agora a situação mudou; quase todos os países estão lutando com suas próprias reformas e os princípios são aplicados em todos os lugares. Os resultados de estudos em outros países, escritos principalmente em língua inglesa, são agora incorporados a este livro em uma extensão muito maior. Como a literatura que trata da atenção primária ainda é esparsa, muitos dos capítulos neste livro incorporam achados mencionados no livro anterior, juntamente com as evidências que foram adicionadas durante a década de 90. Assim, o livro serve como uma fonte de informações acumuladas referentes ao desenvolvimento e à avaliação da atenção primária no século XX.

O livro é amplamente direcionado para a atenção fornecida pelos médicos. Isso não sugere que outros profissionais, especialmente enfermeiros, tenham pouca responsabilidade na atenção primária. Ao contrário, a tese é baseada na suposição, geralmente considerada precisa para as nações industrializadas, que o médico é que tem a responsabilidade de enxergar a totalidade da atenção primária. Outros profissionais podem assumir responsabilidade por alguns de seus aspectos, mesmo por alguns dos mais centrais, mas é o médico que deve supervisionar todos os seus aspectos. O reconhecimento da importância de outros tipos de profissionais vem na forma do uso da palavra *profissional de saúde* ao longo do livro. A expressão “profissional de saúde”, em vez de médico, é usada sempre que a função específica sob consideração algumas vezes seja, ou possa ser, assumida por um profissional que não seja médico. Embora a capacitação especial dos médicos de atenção primária os torne “especialistas” em sua área de prática, o livro adota a designação mais convencional de profissionais de saúde não ligados à atenção primária como “especialistas” ou “subespecialistas”. Os leitores devem entender que isto é meramente “simbólico”, uma vez que os médicos de atenção primária são, na verdade, especialistas em atenção primária.

A atenção primária é complexa. Seus desafios exigirão esforços conjuntos na pesquisa e na tradução sistemática do conhecimento em políticas. Embora a atenção primária tenha se tornado cada vez mais reconhecida como um aspecto crítico dos sistemas de saúde, ela ainda sofre de uma falta de apreciação de suas características e contribuições, sendo que suas funções estão sob constante ameaça de serem banalizadas no zelo de economizar em serviços de saúde. Uma atenção primária forte é essencial para um sistema de saúde forte. Se este livro transmitir isso aos leitores, terá atingido seus objetivos.

APRESENTAÇÃO

É longa a tradição de colaboração entre o Ministério da Saúde e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO. Essa cooperação técnica tem objetivado, desde o início das atividades de sua Representação no Brasil, a formulação e operacionalização de políticas públicas capazes de estimular o desenvolvimento humano e a qualidade de vida.

O presente livro, resultado dessa colaboração institucional, tem importância ímpar para a estratégia brasileira de organização da atenção básica e, em especial, para o Programa de Saúde da Família.

Desde a promulgação da Constituição de 1988, o Brasil tem vivido uma reforma sanitária sem precedentes, no sentido da construção de um Sistema Único de Saúde universal, integral e equânime. A adoção, no início da década de 90, da estratégia de Saúde da Família e sua evolução, agregando importantes atores políticos e técnicos e demonstrando seu potencial transformador, faz com que hoje ela se apresente como uma proposta para a organização dos sistemas municipais de saúde, viabilizando o cumprimento dos princípios do SUS.

A expansão do Programa de Saúde da Família alcançou mais de um terço da população brasileira, e tem mostrado que a forma brasileira de organização do sistema de saúde, a partir da atenção básica, possui características similares às propostas formuladas pela autora em seu livro. Entretanto, destacam-se particularidades como a riqueza da contribuição do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, o pressuposto do trabalho multiprofissional nas equipes, o vínculo entre equipe, população e território, e o estímulo à participação da comunidade.

Esta obra, da Professora Barbara Starfield, é uma perfeita expressão da sua criativa e inteligente capacidade de avaliar e

entender a atenção primária dentro dos sistemas de saúde. Ajuda-nos a dimensionar a complexidade que a atenção primária experimenta, na medida em que deve adequar-se às mudanças no perfil epidemiológico da população, aos crescentes avanços tecnológicos e às necessidades cambiantes da população, além de reafirmar a equidade como um dos princípios éticos mais importantes de qualquer sistema ou política de saúde.

Editar este livro em português e distribuí-lo aos profissionais que “fazem” atenção básica em nosso país, aos educadores, aos investigadores, aos gestores e usuários é um marco na construção do Sistema Único de Saúde no Brasil.

Barjas Negri
Ministro da Saúde

Jorge Werthein
Diretor da UNESCO no Brasil

ABSTRACT

In *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*, Barbara Starfield presents evidence of the positive impact of primary care on the health of populations and provides innovative methods to evaluate the attainment and contribution of primary care systems and practitioners. This volume is a valuable extension of the author's 1992 book on primary care, underscoring two additional areas: the role of primary care in facilitating equity in health services, and the emerging overlap between clinical medicine and public health. As primary care increasingly informs health care decision-making throughout the world, this updated edition is critical for the future trajectory of health policy.

I

Atenção Primária e Saúde



I. ATENÇÃO PRIMÁRIA E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE

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

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

Osler, 1892

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

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

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

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

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

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

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

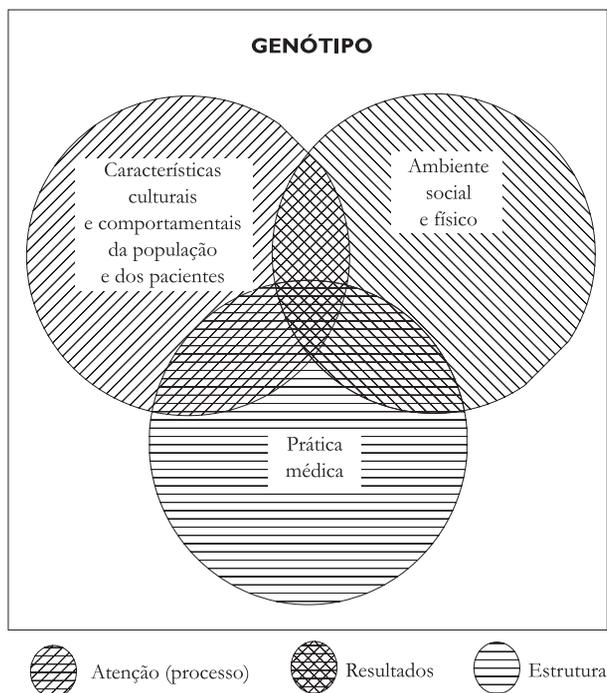
Um sistema de saúde orientado para a subespecialização possui outro problema: ele ameaça os objetivos de equidade. Nenhuma sociedade possui recursos ilimitados para fornecer serviços de saúde. A atenção subespecializada é mais cara do que a atenção primária e, portanto, menos acessível para os indivíduos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

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

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

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

Figura 1.1
Determinantes do estado de saúde.



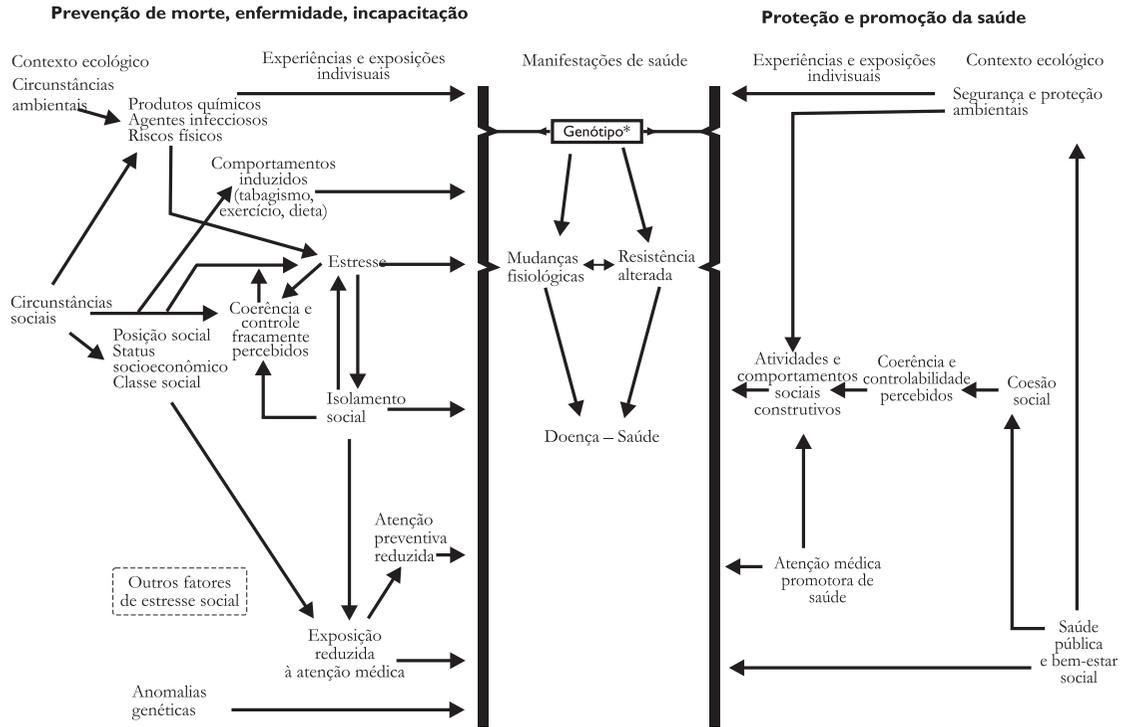
Fonte: Starfield (1973).

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

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

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

Figura 1.2
Determinantes de saúde e doença.



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

Adaptado de Starfield (1990)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONTEXTO HISTÓRICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabela 1.1
Da atenção médica primária à atenção primária à saúde

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

Adaptado de Vuori (1985)

ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO UM ENFOQUE DE INTERESSE POLÍTICO

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

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

Comparações internacionais

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

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

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

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

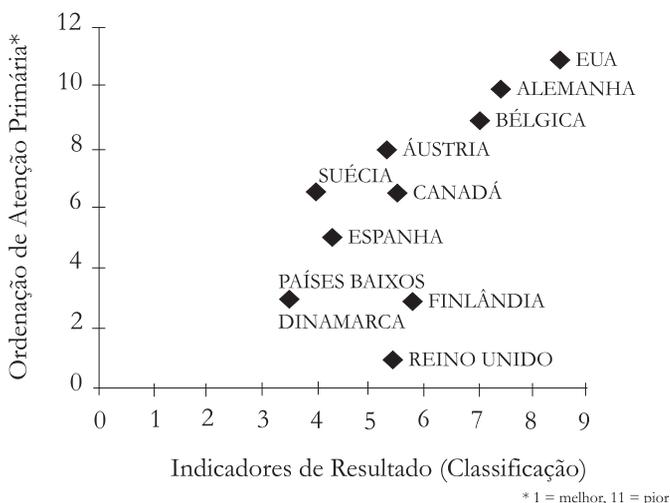
1. Classificação das taxas para 14 indicadores de saúde obtidos por métodos comparáveis e de uma única fonte de dados. Os indicadores incluíam mortalidade neonatal; mortalidade pós-neonatal; mortalidade infantil (neonatal e pós-neonatal combinadas); expectativa de vida na idade de 1 ano (para eliminar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

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

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

Figura 1.3

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



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

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

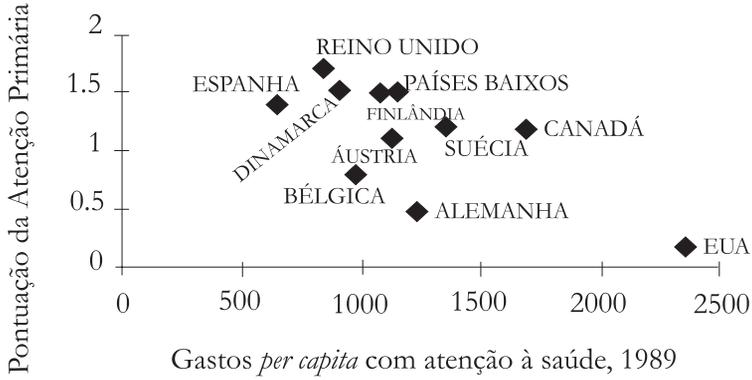
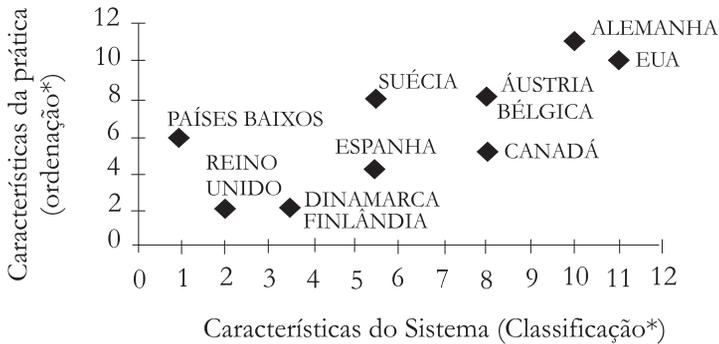


Figura 1.5
Relação entre as políticas do sistema de saúde e as características da prática relacionada à atenção primária



* 1 = melhor, 11 = pior

Outras avaliações do impacto da atenção primária

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

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

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

Tabela 1.2

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

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

Observação: Todas as variáveis são ecológicas, não individuais.

Fonte: Shi (1994)

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

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

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

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

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DOORSLAER, E.; WAGSTAFF, A.; RUTTEN, F. (Ed.). *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press, 1993. p. 17-19.

WELCH W.P. et al. Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States. *N Engl J Med* n. 328, p. 621-7, 1993.

WILKINSON, R.G. Income distribution and life expectancy. *BMJ*, n. 304, p. 165-8, 1992.

_____. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge, 1996.

_____. Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: Relative or absolute material standards? *BMJ*, v. 314, n. 7080, p. 591-5, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion: A discussion document on the concept and principles*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

_____. *Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization, 1978.

2. UMA ESTRUTURA PARA A MEDIÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O = não característico

+ a ++++ = cada vez mais característico

Adaptado de White (1973)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

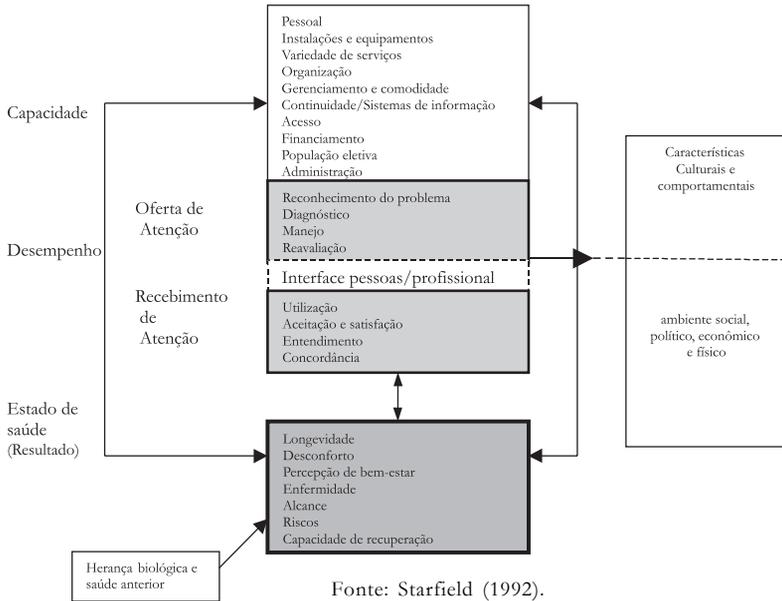
dado por meio do profissional de saúde de atenção primária e um sistema de remuneração equilibrado para oferecer toda a variedade de serviços necessários para a população.

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

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

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

Figura 2.1
O sistema de serviços de saúde



Fonte: Starfield (1992).

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

CAPACIDADE DE UM SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DESEMPENHO DE UM SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AVALIANDO A EFETIVIDADE DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Funções da atenção primária e tarefas da atenção primária

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

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

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

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

5. Variedade de serviços. Tanto a atenção primária quanto outros níveis de atenção devem especificar a variedade de serviços que será oferecida, de acordo com o treinamento, a experiência e a competência do profissional de saúde. Na atenção primária, entretanto, a variedade deve ser mais ampla, pois ela deve abranger todos os problemas de saúde que são comuns na população, em vez de um subconjunto deles.
6. O processo de diagnóstico na atenção primária difere daquele de outros níveis de atenção, já que a probabilidade de doenças sérias, a frequência de testes para diagnóstico e a prescrição de terapias definitivas são menores na atenção primária. O valor de tempo (espera observada) torna-se maior tanto para definir melhor os problemas apresentados quanto para julgar a probabilidade de sucesso de medidas alternativas. Enquanto as ameaças à efetividade e à eficiência da atenção primária encontram-se na maior probabilidade de não observar uma enfermidade quando ela está lá e o possível atraso no diagnóstico de enfermidades menos comuns, a ameaça à efetividade e eficiência da atenção subespecializada encontra-se na maior probabilidade de atribuir queixas a enfermidades que *não* estão presentes e o conseqüente dano como um resultado de exames excessivos, diagnósticos e tratamentos inadequados (mesmo temporariamente) e a desnecessária ansiedade por parte dos pacientes. A atenção primária está mais sujeita a erros de omissão, enquanto a atenção especializada é mais propensa a erros por realização.

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

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

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

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

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

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

REFERÊNCIAS

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

SMITH, W.; BUESCHING, D. Measures of primary medical care and patient characteristics. *J Ambulatory Care Manage*, n. 9, p. 49-57, 1986.

STARFIELD, B. *Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy*. New York: Oxford University Press, 1992.

WHITE, K. L. Life and death and medicine. *Sci Am*, n. 229, p. 23-33, 1973.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A Charter for General Practice/Family Medicine in Europe: working draft*. Geneva: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1994.

3. MORBIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A maioria das abordagens para caracterização da condição de saúde na prática clínica é baseada na frequência de diagnósticos individuais ou nos diagnósticos individuais agrupados por sistemas de órgãos do organismo. Esta pode não ser a melhor abordagem para a prática da atenção primária. Muitos indivíduos possuem mais de um diagnóstico, sendo que algumas enfermidades predis põem a outras. Assim, as abordagens enfermidade-por-enfermidade falham na apreensão das experiências de morbidade de pacientes individuais ou de populações de pacientes. Uma vez que a atenção primária enfoca os pacientes e as populações de pacientes em vez de suas enfermidades, as abordagens que caracterizam a morbidade de acordo com as diferentes manifestações de saúde e doença seriam mais úteis na atenção primária. Este capítulo discute os desafios à caracterização de padrões de morbidade nestas diferentes formas.

CARACTERIZANDO SAÚDE E DOENÇA

A avaliação de saúde e doença (condição de saúde) serve para quatro propósitos: facilitar a prestação de atendimento clínico, documentar as diferenças entre populações e subpopulações para informar as atividades de saúde pública e a política de saúde, dispor e administrar recursos de acordo com a extensão da necessidade e medir o impacto (resultados) de serviços de saúde.

Facilitando a prestação de atendimento clínico

O atendimento clínico geralmente é mais previsível e mais efetivo quando as intervenções são direcionadas para a interrupção da rota patogênica, ou seja, atacando um elo na cadeia de eventos entre um determinante da doença e a própria doença. O “diagnóstico”, ou o nome dado à doença, tem uma função importante na atenção médica porque geralmente implica uma provável etiologia e curso da doença, sugerindo, assim, uma estratégia para o tratamento. Os diagnósticos são a forma convencional de especificar a morbidade na atenção clínica, embora não seja necessariamente a mais apropriada na atenção primária.

Avaliando e documentando a saúde de populações e subpopulações

Por meio da extensão da atenção clínica, a saúde de uma população ou subpopulação poderia ser descrita pela frequência de diagnósticos individuais na população, sendo que as diferentes populações poderiam ser comparadas com relação à incidência (frequência de novas ocorrências) ou prevalência (frequência em determinado ponto no tempo) de cada diagnóstico específico. Por exemplo, os Atlas de mortalidade em diferentes países, ou em diferentes subdivisões políticas de qualquer país, retratam a frequência de ocorrência de mortes devido a diagnósticos específicos (Holland, 1991, 1993).

O conhecimento a respeito da incidência ou da prevalência de enfermidades específicas deriva grandemente de dados sobre consultas médicas. Entretanto, a maioria dos problemas novos de saúde que surgem nunca chega a chamar a atenção de profissionais (White, 1961). Além disso, muitos problemas não podem ser resolvidos em uma consulta; algumas vezes, são necessárias muitas consultas para fornecer as informações necessárias para diagnosticar e resolver um problema. Um avanço conceitual importante na mudança para ir além das abordagens baseadas em consultas é a abordagem baseada no episódio de atendimento. Os médicos indicam qual consulta de uma série é a inicial para um problema,

caracterizam-no, mantêm um registro de quais consultas subsequentes estão relacionadas ao problema e indicam a consulta na qual o problema é considerado resolvido. (Se o problema estiver em andamento, um período de tempo, como um ano, pode ser usado para delinear o episódio.) A abordagem tem mais utilidade quando começa com um problema apresentado (quer relacionado à enfermidade em andamento ou não) e o acompanha até sua resolução; o problema é denominado, utilizando-se um sistema de codificação como a Classificação Internacional de Atenção Primária (ver Capítulo 16), e o episódio é designado por um diagnóstico *se e apenas se* um diagnóstico for alcançado. Lamberts e Hofmans-Okkes (1996) descreveram a natureza da prática da atenção primária nos Países Baixos mostrando que, em uma população de pacientes de 15.158 mulheres, com idade entre 25 e 44 anos, 11.570 (76%) consultaram com seu médico de atenção primária pelo menos uma vez em um ano. Os 20 episódios novos mais comuns constituíram um terço de todos os episódios novos. As 15.158 mulheres apresentaram uma média de 2,9 novos episódios por ano, dos quais 2,4 eram novos e apenas 0,5 eram antigos. (Para as 11.570 pacientes que consultaram, o número médio de episódios foi de 3,8, dos quais 3,1 eram novos.) O tempo para resolução, sua correlação com os diferentes tipos de recursos usados e a quantidade de recursos para diagnóstico e manejo de diferentes problemas podem ser determinados pela aplicação desta abordagem por episódio.

Entretanto, a morbidade, expressa pelos diagnósticos de um indivíduo, ou mesmo os sintomas ou incapacitações específicas, é cada vez mais reconhecida como uma medida incompleta e inadequada do peso da doença. Não oferece nenhuma informação sobre aspectos mais positivos da saúde, conforme expressos nas abordagens mais comuns para definir saúde (ver Capítulo 1). Além disso, os padrões de diagnóstico de enfermidades individuais variam de lugar para lugar e de época para época. Embora existam critérios-padrão para alguns poucos diagnósticos, eles não são universalmente usados; o que é chamado de uma enfermidade em um lugar pode não ser reconhecido como a mesma enfermidade em outros lugares.

Assim, embora a Classificação Internacional de Doenças seja usada em todo o mundo para designar as causas de morte, além das causas de hospitalização e consultas de pacientes não-internados, não existe nenhuma garantia de que o mesmo diagnóstico signifique a mesma coisa em todos os lugares, já que nenhuma definição foi incluída nas edições anteriores. Tem havido tentativas para reduzir a variabilidade no estilo de diagnóstico por meio do desenvolvimento de grupos de diagnósticos que refletem, essencialmente, doenças similares (Schneeweiss *et al.*, 1983), mas estes grupos não incluem todas as enfermidades, nem são usados com frequência para comparação entre as unidades de saúde em lugares diferentes.

Sem dúvida, a principal razão para a busca de medidas além do diagnóstico clínico para descrever e comparar a saúde de populações resulta do reconhecimento de que contar diagnósticos individuais não representa a saúde de forma apropriada. Muitos países realizam pesquisas domiciliares de amostras representativas de sua população. Estas pesquisas, geralmente, revelam informações a respeito da percepção da saúde das pessoas (excelente, muito boa, boa, regular, ruim), sobre seus sintomas e sobre várias doenças para as quais elas podem ou não ter buscado atendimento. Estes tipos de dados estão-se tornando fontes importantes de informação sobre a saúde de diferentes grupos dentro das populações e mesmo entre populações de diferentes países. Assim, Wagstaff e Van Doorslaer (1993) utilizaram dados sobre dias registrados de incapacitação por problemas crônicos, limitação de atividades associadas a elas e a autopercepção de saúde para mostrar que os países com sistemas de saúde mais eqüitativos possuem melhor saúde. A principal inconveniência deste tipo de dados são as possíveis diferenças na tendência ao registrar problemas em populações diferentes.

Planejando e alocando recursos

A disponibilidade eficiente de recursos depende de boas informações sobre a existência de problemas passíveis de alteração pelos serviços de saúde. A existência de diferenças na morbidade

em diferentes unidades de saúde oferece a base para a alocação dos recursos de forma diferenciada, de acordo com as necessidades da população atendida.

Existem três alternativas para lidar com este desafio da alocação de recursos: a histórica, a sociodemográfica e a categorização por diagnóstico.

1. A abordagem histórica para caracterização da extensão da morbidade na unidade de saúde: diversos fatores transformam a abordagem histórica na mais preditora da situação presente e futura. A maioria das unidades de saúde não muda de ano para ano, e a maioria da população das unidades de saúde permanece relativamente constante. A saúde de suas populações também permanece relativamente constante, exceto pelo crescimento gradual nas enfermidades relacionadas ao envelhecimento, uma vez que as pessoas continuam dentro das unidades de atenção primária. Como os determinantes de saúde e doença são biológicos, sociais e ambientais, a morbidade geral combinada das unidades de saúde individuais tende a permanecer constante. Assim, os recursos gastos na atenção à população da unidade e as experiências de utilização daquela população permanecem relativamente constantes ao longo do tempo, pelo menos de ano em ano, na ausência de incentivos ou desmotivações externamente impostas para mudá-los. Descrever estes padrões de uso de serviços em um período de tempo é, portanto, altamente preditor dos padrões de uso de recursos no período de tempo seguinte, contanto que não haja fatores extrínsecos que alterem a probabilidade de uso dos recursos. Entretanto, freqüentemente surgem fatores externos na forma de novas tecnologias disponíveis para intervenção e incentivos financeiros para empregá-las. Como nem todas as unidades de saúde serão expostas ou responderão da mesma forma a estes incentivos, as alocações de recursos

com base em seu uso anterior, freqüentemente têm a ver com diferenças nos padrões de prática em vez de diferenças nas necessidades das populações atendidas.

2. A abordagem sociodemográfica: como os padrões de doença são tão altamente sensíveis ao contexto social e ambiental, o padrão de morbidade em qualquer unidade de saúde específica ou mais geral será altamente dependente das características sociodemográficas da população da unidade. Características de importância especial são renda e riqueza (incluindo habitação e nutrição, bem como recursos materiais para lidar com doenças que possam ocorrer), ocupação (com seus diferentes riscos à saúde), estrutura social da área de moradia e uma variedade de influências ambientais na área. Estes tipos de fatores são suficientemente preditores do nível de morbidade da unidade de saúde, de forma que os recursos podem ser direcionados de forma diferenciada de acordo com a natureza da comunidade atendida. Por exemplo, na Suécia e no Reino Unido são usados índices de privação social, às vezes com informações adicionais sobre características de saúde tanto para oferecer níveis diferentes de suporte financeiro para as unidades, dependendo das características sociodemográficas de suas populações (Diderichsen *et al.*, 1997), como para estudos epidemiológicos na unidade.
3. A abordagem para categorização por composição nosológica (*case-mix*): enquanto a maioria dos aspectos da prestação de serviços de saúde (como número de consultas, quantidade de pessoal ou dinheiro gasto) permite a quantificação direta, a morbidade não. Não há uma maneira de quantificar o peso da enfermidade, quer por indivíduos quer dentro de uma população de indivíduos; mesmo que houvesse, a soma não teria sentido, porque é provável que a severidade de cada componente de enfermidade individual varie entre indivíduos e

populações diferentes (Iezzoni, 1997). As medidas de combinação de caso são formas de medir a carga total de morbidade em uma população de pacientes pela da combinação de diagnósticos de formas diferentes; são uma ferramenta importante para avaliar tanto a qualidade quanto os custos da atenção. Muitos aspectos da avaliação da qualidade requerem comparações de diferentes profissionais e unidades de saúde; onde os resultados da atenção são diferentes, isso pode ser devido ao fato dos desafios subjacentes serem maiores em um resultado do que em outro, em vez de resultado das diferenças na qualidade da atenção oferecida. Assim, todas as comparações de qualidade da atenção requerem uma padronização da morbidade inicial antes de avaliar as diferenças nos resultados que são encontrados. De forma similar, diferenças na necessidade e nos gastos de recursos entre sistemas, unidades ou profissionais de saúde podem resultar de diferenças na extensão da morbidade em suas populações. A existência de muitos milhares de enfermidades individuais, cada uma com níveis amplamente variáveis de gravidade e necessidade de recursos, impossibilita a simples adição de diagnósticos para alcançar uma descrição do nível de peso de morbidade.

Resumir as informações de uma unidade de atendimento clínico para fornecer perfis da morbidade total existente nas unidades de saúde é um desafio difícil. A maioria das unidades é composta por pacientes com centenas, se não milhares, de diagnósticos; uma medida resumida que leve todos em consideração é um desafio desanimador.

Quando as populações são razoavelmente homogêneas, em particular no que se refere às características etárias e sociais, os padrões de morbidade podem ser suficientemente uniformes, de forma que a frequência de diagnósticos individuais pode ser usada para caracterizar o *case-mix*. Por exemplo, em uma população de uma unidade de saúde composta principalmente por idosos, a

variabilidade na distribuição de enfermidade será menor do que em uma população de faixa etária mista, porque algumas enfermidades são muito mais comuns em idosos e a variabilidade na susceptibilidade a outras enfermidades (como aquelas para as quais a variabilidade genética terá resultado em morte antes da idade avançada) será menor, de forma a resultar em um padrão mais homogêneo de enfermidades. As abordagens de *case-mix* baseadas na presença de diagnósticos específicos podem, portanto, ser relativamente bem-sucedidas em populações mais velhas (Ellis *et al.*, 1996). Em populações mais heterogêneas, as necessidades de recursos para diagnóstico individual são altamente variáveis. Em áreas diferentes e em unidades diferentes, a variabilidade na severidade de diagnósticos individuais impede o estabelecimento do perfil da unidade e a alocação de recursos baseada apenas na presença ou ausência de diagnósticos individuais encontrados na unidade, especialmente quando a população da unidade é diversa em idade e outras características sociodemográficas.

Uma abordagem que combine os diagnósticos num número gerenciável de categorias diferentes baseada na similaridade de sua necessidade de recursos é mais útil sob estas circunstâncias. A principal fonte de informações para estabelecer o perfil das unidades deriva, desta forma, dos diagnósticos registrados em formulários de queixas ou achados casuais, os quais também contêm informações para determinar os recursos dedicados a lidar com eles ao longo do tempo. As unidades de saúde podem ser comparadas com relação ao peso da morbidade em seus pacientes, bem como os gastos da provisão de atenção para eles. Os sistemas de *case-mix* também podem ser utilizados para estabelecer taxas de capitação; se um profissional de saúde possui maior peso de morbidade, um pagamento por capitação mais alto pode ser justificado. Se determinados estabelecimentos de atenção à saúde recebem mais por prestarem serviços de atenção a grupos da população que são mais doentes, a distribuição de recursos será mais justa e não haverá nenhuma tendência de uma unidade ou profissional tente evitar atender a indivíduos especialmente

doentes. Conforme os pagamentos por capitação se tornam mais difundidos, é mais provável que aumente a necessidade de sistemas de combinação de *case-mix*.

Embora existam muitos métodos de *case-mix*, a maioria está limitada ao atendimento de pacientes internos. Aqueles que lidam com a atenção ambulatorial estão fundamentados, basicamente, em consultas e não em pessoas.

Entretanto, o sistema de ACG (Grupos Clínicos Ajustados [*Adjusted Clinical Groups*], antigo Grupo de Atenção Ambulatorial [*Ambulatory Care Groups*]) é um sistema de *case-mix* que caracteriza as pessoas de acordo com as doenças que apresentam em um período de tempo (geralmente um ano). Isto é feito pela combinação de diagnósticos em populações de pacientes dentro de grupos relativamente homogêneos no uso de seus recursos ao longo daquele período de tempo. Este sistema para categorização do peso da morbididade, representada pela combinação de diagnósticos, foi originalmente desenvolvido para explicar os padrões de utilização. A pesquisa anterior tinha demonstrado que indivíduos (tanto crianças como adultos) que eram usuários freqüentes de serviços tendiam a permanecer usuários freqüentes por longos períodos de tempo (Densen *et al.*, 1959; Starfield *et al.*, 1985). Contrariamente, aqueles que eram usuários não freqüentes apresentavam a tendência de permanecer não freqüentes no mesmo período longo de tempo. Para determinar se estes padrões eram resultado de uma predisposição para utilização dos serviços de saúde por parte das famílias, resultado da presença de tipos específicos de doenças (como problemas médicos crônicos ou problemas de saúde mental), ou algum fator relacionado aos padrões de morbididade, foi desenvolvido um método para caracterizar a morbididade. Este método conceituou a doença como um tipo entre vários: doenças menos importantes que são, geralmente, autolimitadas se tratadas apropriadamente; doenças mais importantes, mas também limitadas na duração se tratadas apropriadamente; enfermidades médicas, geralmente de natureza crônica e não curáveis por de tratamento médico; doenças

decorrentes de problemas anatômicos (como problemas de audição, visão e ortopédicos) que, geralmente, não são curáveis mesmo com intervenção apropriada; e problemas que são considerados de natureza psicossocial. A exploração das relações entre estes fatores (uso familiar de serviços, presença de tipos específicos de doenças e medida do “peso da morbidade”) indicou que o fator mais proeminente foi o último: o peso da morbidade. Ou seja, os indivíduos que receberam diagnósticos dentro de mais de cinco dos diferentes tipos tinham probabilidade muito maior de serem usuários persistentemente freqüentes dos serviços; contrariamente, aqueles com peso baixo de morbidade, manifesto por terem menos tipos de diagnósticos, tinham maior probabilidade de persistentemente serem usuários não freqüentes dos serviços.

Estes estudos sugeriram que uma ampliação desta abordagem para a “peso da morbidade” poderia ser útil para uma variedade de objetivos na atenção primária em específico, na atenção ambulatorial, no geral, e talvez, mesmo, na atenção total de indivíduos e populações. Os testes deste potencial indicaram que, na verdade, este foi o caso. A abordagem envolvia a indicação de cada diagnóstico na Classificação Internacional de Doenças – Modificação Clínica (CID – MC) em uma das 32 categorias relacionadas na Tabela 3.1. (Originalmente haviam 34, mas duas foram apagadas porque possuíam poucos diagnósticos e foram reclassificadas para outros Grupos de Diagnósticos Ajustados [*Adjusted Diagnostic Groups – ADGs*].) A indicação dos diagnósticos para estas categorias foi realizada por médicos conhecedores da apresentação clínica e da epidemiologia das doenças, utilizando os critérios a seguir, na ordem apresentada:

- Probabilidade de que o problema persistisse e o paciente tivesse de consultar de novo
- Probabilidade de uma consulta ou encaminhamento especializado, no momento e no futuro
- Necessidade e custo esperado do diagnóstico e procedimentos terapêuticos associados ao problema
- Probabilidade de uma hospitalização associada

- Probabilidade de uma incapacitação associada
- Probabilidade de diminuição associada da expectativa de vida

Tabela 3.1
Grupos de Diagnóstico Ajustado (ADGs)

1. Limitado pelo tempo: menos importante
2. Limitado pelo tempo: menos importante – infecções primárias
3. Limitado pelo tempo: mais importante
4. Limitado pelo tempo: mais importante – infecções primárias
5. Alergias
6. Asma
7. Probabilidade de recorrência: discreta
8. Probabilidade de recorrência: discreta – infecções primárias
9. Probabilidade de recorrência: progressiva
10. Médica crônica: estável
11. Médica crônica: instável
12. Especialidade crônica: estável – ortopedia
13. Especialidade crônica: estável – ouvido, nariz, garganta
14. Especialidade crônica: estável – olhos
15. Apagado
16. Especialidade crônica: instável – ortopedia
17. Especialidade crônica: instável – ouvido, nariz, garganta
18. Especialidade crônica: instável – olhos
19. Apagado
20. Dermatológico
21. Lesões/efeitos adversos: menos importante
22. Lesões/efeitos adversos: mais importante
23. Psicossocial: limitado pelo tempo, menos importante
24. Psicossocial: recorrente ou persistente, estável
25. Psicossocial: recorrente ou persistente, instável
26. Sinais/sintomas: menos importante
27. Sinais/sintomas: incerto
28. Sinais/sintomas: mais importante
29. Arbitrário
30. Ver e reconfirmar
31. Prevenção/administrativo
32. Malignidade
33. Gestação
34. Odontológico

Os 32 agrupamentos estão remontados em 12 grupos relativamente semelhantes (CADEs) que são, então, agregados de acordo com suas combinações mais comumente encontradas na prática clínica. Cada indivíduo em uma população inscrita, é caracterizado pelos diagnósticos que recebe no período de tempo e colocado naquele agrupamento final (o Grupo Clínico Ajustado – ACG) que representa a constelação de diagnósticos para aquele paciente. O *case-mix* de um estabelecimento de saúde, ou de qualquer profissional, pode ser descrita de acordo com o modelo do ACG. Pode-se considerar que os profissionais ou estabelecimentos com maior frequência daqueles ACGs representam os pacientes mais doentes, necessitando de mais recursos para atenção para aqueles pacientes em suas unidades.

O aspecto importante do sistema ACG é que um único ACG é indicado para um indivíduo, baseado no padrão da morbidade apresentado pelo indivíduo em um período de tempo de, geralmente, um ano. Esta indicação de morbidade não depende da taxa de consultas ou da extensão de uso ou custo do diagnóstico e procedimentos terapêuticos porque são usados apenas diagnósticos para a indicação. Um indivíduo pode ter múltiplas doenças de um tipo, e ainda assim ser indicado para apenas uma categoria de doença para o ano. Assim, o método não depende do número de doenças, mas de seu tipo, conforme é caracterizado pelos critérios para indicação. Cada uma das 32 categorias básicas é relativamente homogênea em sua probabilidade de consultas e uso de outros recursos. As categorizações do ACG resultantes são altamente preditoras do número de consultas para atendimento ambulatorial e uso de recursos de atenção ambulatorial durante o período de tempo a partir do qual os diagnósticos são indicados; seu uso também é preditor para o ano seguinte (Weiner *et al.*, 1991).

Os ACGs também possuem validade clínica, já que os padrões de morbidade são relativamente estáveis ao longo do tempo. É muito mais provável que os indivíduos em uma categoria permaneçam na categoria no ano seguinte do que seria esperado no caso de distribuição casual por doença, sendo que as

experiências de utilização no ano subsequente são similares dentro das categorias (Starfield *et al.*, 1991).

Assim, o sistema de ACG tem uma utilidade potencial para descrever diferenças no padrão de doenças em diferentes populações clínicas, ao servir como método para estratificação das populações em grupos clinicamente significativos para o propósito de traçar o perfil da prática de diferentes profissionais ou grupos de profissionais de saúde, e como um método para o estudo do uso de recursos e planejamento das necessidades de recursos de diferentes populações. Também possui aplicabilidade na pesquisa que busca explicar a previsibilidade de vários fatores do sistema de saúde no uso de recursos, de forma que as diferenças na morbidade em diferentes populações possam ser controladas quando da avaliação do impacto do profissional e dos fatores do sistema sobre o uso de serviços e recursos.

O sistema de *case-mix* ACG está sendo amplamente utilizado como uma técnica para traçar o perfil em unidades clínicas, para descrever e entender as diferenças no padrão de prática dos clínicos, na oferta de um meio para desenvolver uma taxa de capitação para as unidades, e em estudos de pesquisa que exijam um mecanismo de controle para o efeito da morbidade, enquanto examina o impacto de outros fatores sobre o uso de recursos. Embora originalmente desenvolvido e aplicado apenas em ambientes ambulatoriais, foram adicionados os códigos de diagnóstico encontrados para pacientes hospitalizados e recursos consumidos na atenção hospitalar.

A Tabela 3.2 resume as principais pesquisas utilizando os ACGs. Cada estudo está descrito de acordo com seu objetivo e fonte de informações; os tipos de características examinadas; se o sistema ACG tenha sido utilizado em sua forma ACG (um padrão de morbidade para cada indivíduo na população), em sua forma ADG (cada tipo de morbidade para cada indivíduo considerado isoladamente), ou, em alguns casos, em sua forma CADG (cada um dos agrupamentos reclassificados para cada indivíduo considerado isoladamente); e o uso do sistema ACG na interpretação de achados importantes da pesquisa.

Tabela 3.2
Grupo de diagnóstico ajustado (ACGs): perfil, decisão de capitação, pesquisa e estudos metodológicos

	Assunto	Local	Fonte de Dados	Variáveis	Uso de ACGs/ADGs	Achados
Uso de ACGs para Perfil						
Salem-Schatz <i>et al.</i> (1994)	Encaminhamento, 38.000 pessoas	Unidades de saúde com modelo de equipe	Dados casuais	Idade, sexo, médico e características da unidade de saúde	ACGs como controle de morbidade	Controle do <i>case-mix</i> reduziu a variabilidade
Weiner <i>et al.</i> (1996b)	Custos totais	Vários	Dados de queixas da Medicaid	Médicos e características da unidade de saúde, áreas geográficas, características do paciente	Como controle de morbidade	Controle do <i>case-mix</i> reduziu a variabilidade
Tucker <i>et al.</i> (1996)	Custos totais	21 associações de unidades de saúde independentes	Dados de queixas	Idade, sexo (prestadores)	Custos gerados dentro de grupos GAC	Consistência da caracterização do médico nos ACGs; consistência durante 2 anos consecutivos
Green <i>et al.</i> (1996)	Custos de procedimento	130 unidades de saúde não acadêmicas em quatro estados	Dados de queixas	Médico e características da unidade de saúde	Como controle para morbidade	Criação de base de dados para estudos de perfil
Uso de ACGs para Decisões de Capitação						
Weiner <i>et al.</i> (1996a)	Custos totais por grupos diferenciados por idade/gênero, enfermidade e grupo de custo	Consultórios médicos	Fitas de dados do Medicare	Idade, sexo, grupos de doença, grupos de custo	Variáveis preditoras (ADGs)	Capacidade aumentada de prever os custos do ano subsequente sem levar em conta qualquer utilização do ano anterior
Fowler <i>et al.</i> (1996)	Custos de cobertura total	Maryland Medicaid e grupo modelo da HMO	Dados de queixas e dados casuais	Idade, sexo, condição de bem-estar, medidas diferentes de <i>case-mix</i> (todos exceto ACGs/ADGs, envolvem o uso anterior de variáveis)	Variáveis preditoras	Proporções preditoras para SGA e ADGs aproximadamente tão boas quanto os métodos com base no uso anterior. A proporção preditora para crianças e pessoas com problemas crônicos é ruim, mas é a melhor para ACGs e ADGs na população da Medicaid
Uso de ACGs para Pesquisa						
Starfield <i>et al.</i> (1994)	Qualidade da atenção	135 unidades de saúde de diferentes tipos	Prontuários médicos	Tipo de unidade, critérios de qualidade da atenção, custos totais gerados	Como controle para diferenças de morbidade	Nenhuma relação consistente entre a qualidade e os gastos; custo médio; Centros de Saúde Comunitária geralmente tinham a melhor qualidade; nenhuma relação entre custo e qualidade

Tabela 3.2
ACGs: perfil, decisão de capitação, pesquisa e estudos metodológicos (continuação)

	Assunto	Unidade	Fonte de Dados	Variáveis	Uso de ACGs/ADGs	Achados
Powe <i>et al.</i> (1996)	Qualidade da atenção	Unidades de diferentes tipos	Queixas da Medicaid para pacientes com uma ou três doenças crônicas	Características do paciente, custos, tipo de unidade	Derivar categorias iso-custo	Nenhuma relação entre custo e qualidade
Harlow (1998)	Atenção longitudinal na prática médica	Unidades de diferentes tipos	Dados de queixas da Medicaid	Idade, tipo de unidade	CADGs como controle de morbidade	Tipos diferentes de unidades diferem na extensão da atenção longitudinal oferecida
Hughes <i>et al.</i> (em preparação)	Uso de recursos na prática médica	Centros de saúde comunitária <i>versus</i> outros tipos de unidades	Dados de queixas da Medicaid	Características do paciente	Como controle da morbidade	Pendente
Blumenthal <i>et al.</i> Manuscrito Não Publicado	Tendências nas características da unidade de atenção primária	Consultórios com sede nos Estados Unidos	Pesquisa Nacional de Atenção Médica Ambulatorial	Padrões de prática, características do médico, características do paciente	CADGs utilizados para caracterizar a morbidade nas consultas	Várias publicações sobre tendências na prática da atenção primária
Reid (1998)	Unidades e características do encaminhamento	Consultórios com sede em Alberta, Canadá	Dados de queixas para pacientes com diabetes	Características do paciente e do profissional de saúde	Como controle da morbidade	As características dos encaminhamentos variam por características do paciente e do profissional
Briggs <i>et al.</i> (1995)	Disponibilidade de recursos e custos	Áreas de serviços de saúde em Iowa	Dados de queixas	Tipos de cobertura de seguro, urbano/rural, número de médicos, número de hospitais	11 ACGs usados para estratificar os tipos de morbidade	Impacto pequeno ou inconsistente da disponibilidade de recursos sobre os custos uma vez que a morbidade esteja controlada
Estudos Metodológicos de ACGs						
Fowles <i>et al.</i> (1996)	Comparação de medidas de <i>case-mix</i> para previsão de gastos	Plano de modelo em rede em uma área geográfica	Dados de queixas e casuais, questionário para paciente	Apenas adultos, idade, sexo, variáveis sócio-demográficas, estado de saúde auto-relatado	Como possíveis variáveis explicativas	ADGs: melhor preditor em nível de pacientes individuais; ACGs: melhor preditor em nível de grupo

ACGs no contexto europeu

O sistema ACG no contexto norte-americano tem sido cada vez mais expandido para abranger todo o uso de serviços de saúde, em vez de apenas o uso da atenção primária, porque o orçamento para os serviços de saúde de indivíduos e grupos leva em conta o uso projetado não apenas para os serviços de atenção primária, mas, também, para serviços especializados e atenção a pacientes internados. Ou seja, prêmios de seguro, quer sejam parte de seguro privado ou governamental para idosos ou pobres, geralmente cobrem todos os serviços, embora, muitas vezes, de forma incompleta. Em comparação, na Europa, o planejamento e orçamento para os serviços são, geralmente, realizados separadamente para serviços de atenção primária e para serviços especializados (seja oferecidos em clínicas de pacientes não internados de hospitais, seja como serviços para pacientes internados). Na Europa, o interesse pelo sistema ACG tem sido largamente aplicado para descrever e compreender a atenção primária.

O trabalho de desenvolvimento na Espanha mostrou a aplicabilidade do sistema para a atenção primária no contexto de um sistema nacional de saúde. Juncosa e colaboradores (1998) usaram os ACGs para traçar o perfil de 2.467 pacientes de 13 equipes de atenção primária em nove centros de saúde na província de Barcelona, Espanha. Em vez de utilizar todos os diagnósticos realizados nas 13.269 consultas feitas pelos pacientes, foram usados os diagnósticos (ou, se não houve diagnóstico, o problema) associados a um episódio de atenção (ver acima). No final de um período de tratamento, os profissionais de saúde decidiam quando o episódio tinha começado e indicavam apenas um problema ou diagnóstico para todas as consultas associadas àquele diagnóstico. Se havia uma doença intercorrente surgindo durante o período entre a primeira consulta para o problema e a última, ela formava a base para um episódio diferente, como ocorreu com todos os problemas novos que surgiram depois que o episódio terminou. Assim, os pacientes apresentaram 7.559 episódios diferentes no ano (dezembro de 1993 – junho de 1994), sendo que cada um dos

quais teve um diagnóstico associado que foi indicado para um ADG. A distribuição resultante dos ADGs foi muito similar à distribuição encontrada pelos responsáveis pelo desenvolvimento original do sistema, utilizando dados da atenção ambulatorial de um grupo modelo de uma organização de manutenção de saúde em grupo nos Estados Unidos.

Já que as unidades de atenção primária em muitos países da Europa utilizam a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) [*International of Primary Care*] em vez do CID-MC para codificar problemas ou diagnósticos, os pesquisadores desenvolveram um método para apontar problemas e diagnósticos para os ADGs utilizando o CIAP no lugar do CID. Embora o CIAP seja compatível com o CID, possui menos códigos, de forma que não existe correspondência de um para um para problemas ou diagnósticos individuais. Em alguns casos, um código CIAP corresponde a mais de um código CID-MC, sendo que cada um deles pode ser indicado para um ADG diferente. Por meio de um processo de repetição, levando em conta as frequências dos diferentes diagnósticos dentro destes códigos, os pesquisadores indicaram cada código CIAP para o seu ADG mais provável. A distribuição resultante dos ADGs, utilizando o CIAP em vez do CID, foi muito similar àquela utilizando os CIDs, indicando assim que eles podem ser usados de forma intercambiável.

Pesquisadores de atenção primária na região basca da Espanha (Orueta *et al.*, 1998) também encontraram uma forte correspondência entre a previsibilidade dos grupos de morbidade, quer conseguida utilizando os ADGs ou ACGs individuais, e a de estudos norte-americanos. Ou seja, a proporção de variância no uso do recurso (considerando os próprios custos de consultas, bem como os testes diagnósticos a eles associados), que é explicável pela variação de morbidade varia entre 40% e 50% quando os diagnósticos são indicados por episódio (como no estudo em Barcelona).

Outros pesquisadores na Espanha estão testando a aplicabilidade do sistema ACG em um estudo colaborativo envolvendo mais de 50 unidades de saúde em diferentes regiões

do país. Um relatório preliminar com 22 médicos, incluindo quatro pediatras, confirmou a similaridade da distribuição de ADGs e ACGs e a capacidade de previsão do sistema para refletir o número de consultas (Carmona *et al.*, 1997).

Assim, um sistema de *case-mix* que descreva as experiências de pessoas com sua combinação de morbidade parece altamente útil para responder à variedade de necessidades que surgem na atenção primária, onde quer que seja praticada.

Medir o impacto (resultados) dos serviços de saúde sobre a saúde

O quarto objetivo da avaliação do estado de saúde é medir o impacto dos serviços de saúde. Quando o efeito da atenção médica é prevenir a ocorrência de doenças específicas, o impacto dos profissionais de saúde e das unidades pode ser avaliado pela medida da frequência de ocorrência das enfermidades específicas preveníveis na população de pacientes. Entretanto, a maioria das enfermidades não pode ser prevenida, e o objetivo da atenção é reduzir a duração da doença ou o desconforto e incapacitação associados a ela. Assim, as medidas de condição de saúde mais apropriadas para avaliar o impacto de intervenções são aquelas que determinam diretamente o efeito dos serviços de saúde no contexto das vidas e aspirações diárias das pessoas.

Avanços tanto na biologia molecular quanto nas ciências sociais estão instigando uma mudança na maneira com que a má saúde é encarada e medida. Um enfoque sobre a enfermidade está sendo substituído por um enfoque sobre a morbidade, ou “desconforto”, que é uma representação muito mais ampla de má saúde.

Há um século e até relativamente pouco tempo, era pensado que a base genética para a enfermidade ocorria pela ação de genes isolados que, por mutação ou hereditariedade, “causariam” determinados problemas em indivíduos cujas células carregassem o gene afetado. Quanto mais se aprende a respeito do modo de ação do material genético, mais é reconhecido que este é o caso apenas para uma pequena proporção das doenças sofridas pelos indivíduos

(Holtzman, 1989). A enfermidade geneticamente determinada não só está mais comumente associada aos efeitos de genes múltiplos, mas é muito sensível à presença ou ausência simultânea de fatores associados no ambiente (Holtzman, 1989). De forma semelhante, os avanços nos métodos para identificar e medir os efeitos de fatores sociais e ambientais tornaram aparente que o risco de enfermidade ou suas complicações depende não de um ou de alguns destes fatores mas, em vez, de um modelo complexo de sua ocorrência no tempo e no espaço. A classe social é um determinante bem conhecido e bem documentado da doença, embora muitos indivíduos na classe social mais baixa estejam em boa saúde.

Conforme foi acima observado, os níveis educacionais, de habitação e nutrição, os riscos ambientais (tanto físicos quanto sociais), dinâmicas familiares e recursos psicológicos e exposição aos efeitos mitigadores das intervenções de atenção à saúde estão entre a miríade de “causas” de enfermidades. Como resultado desta multiplicidade de determinantes, é improvável que as manifestações de enfermidades sejam as mesmas em todas as pessoas que as apresentam. Assim, a variabilidade na severidade e na manifestação de qualquer enfermidade dada é muito mais comum do que uma manifestação “média” dela. A maioria das “causas” pode não estar associada a uma doença ou pode estar associada a diferentes manifestações de doenças (inclusive doenças múltiplas no mesmo indivíduo), sendo que as “causas” não necessariamente “causam” a doença manifesta ou até mesmo oculta. A Figura 3.1 expressa estes fenômenos, que são conhecidos como *penetrância*, *pleotropismo* e *heterogeneidade etiológica* (Holtzman, 1989); sobreposto a estes fenômenos encontra-se o fenômeno da susceptibilidade, no qual tanto as “causas” quanto as doenças podem estar inter-relacionadas e potencializadas.

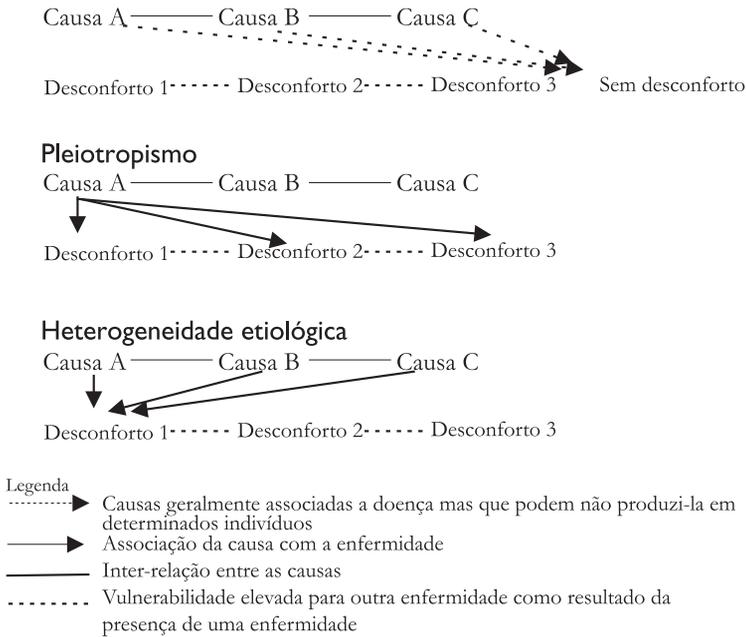
Apesar da disseminada falta de valorização corrente (e, portanto, de documentação) da heterogeneidade das manifestações e prognósticos da maioria das doenças específicas, do conjunto de enfermidades aparentemente não relacionadas em indivíduos já

identificados como tendo um diagnóstico específico, e da conseqüente falta de enfoque sobre o indivíduo na literatura de pesquisa, existe uma ampla evidência de que a morbidade não está aleatoriamente distribuída na população, mas sim que tende a se agrupar em determinados indivíduos. Roos *et al.* (1997) mostraram que, numa população de pacientes adultos com hipertensão, apenas um terço (34%) das consultas realizadas por estes pacientes em um ano foram devidas a este diagnóstico; o próximo motivo mais comum para a consulta foi o diabetes (que contou para 3% das consultas). Assim, uma maioria substancial de consultas (63%) foi para um grande número de problemas diferentes, nenhum deles contando para mais de 1% de todas as consultas. Clouse e Osterhaus (1994) demonstraram que adultos (com idades de 18 a 64 anos) com diagnóstico de enxaqueca têm gastos 33% mais altos para problemas *não relacionados* à enxaqueca do que outros pacientes comparados por idade, gênero, tempo de inscrição na unidade e condição de titular ou dependente. Em crianças com doenças crônicas, a co-prevalência observada para os pares mais comuns de problemas crônicos infantis é de 140%-380% maior do que os níveis estatisticamente previstos (Newacheck e Stoddard, 1994). A severidade da doença geralmente *não* está relacionada à severidade biológica medida pela probabilidade de morte prematura ou nível de indicadores biomédicos da enfermidade. Com apenas algumas poucas exceções para enfermidade muito incomuns, existe tanta variabilidade nas manifestações e impacto de enfermidades específicas quanto há entre enfermidades diferentes (Stein e Jessop, 1982).

Assim, a condição de saúde medida meramente pela existência ou probabilidade de ocorrência de uma enfermidade específica ou mesmo de combinações de enfermidades é uma abordagem incompleta para a caracterização da saúde individual ou populacional. Uma vez que a avaliação do estado de saúde é necessária para o planejamento e prestação adequada da atenção, os avanços em sua conceituação e medição são importantes tanto para a política de saúde quanto para a atenção clínica.

Figura 3.1

Base para a variabilidade na causa e manifestações de enfermidades.



A definição original de saúde da Organização Mundial da Saúde (1948) foi criticada com base no fato de que ela é não apenas inalcançável, mas, também, porque fornece o impulso errado em seu enfoque no completo bem-estar físico, mental e social. Se a civilização avança como um resultado do desafio contínuo para tomar o controle do ambiente natural, “completo bem-estar” é um impedimento ao progresso. A proposta seguinte do Departamento Europeu vai mais direto ao ponto: “a extensão na qual um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro lado, de lidar com o ambiente. A saúde, portanto, é vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo da vida; é um conceito positivo envolvendo recursos sociais e pessoais, bem como capacidades físicas” (Organização Mundial da Saúde, 1984).

Assim, a saúde não é a ausência de enfermidade ou predisposição para a doença; em vez disso, é a redefinição contínua do potencial para o funcionamento máximo para atender aos desafios da vida da forma mais positiva e produtiva. No futuro, as abordagens para traçar o perfil do peso da morbidade na prática terão de mudar para abordagens que não sejam baseadas apenas em enfermidade ou enfermidades diagnosticadas.

Figura 3.2
Estado de saúde/resultado da atenção

LONGEVIDADE	Expectativa Normal de Vida	Morte
ATIVIDADE	Funcional	Incapacitado
DESCONFORTO	Confortável	Desconfortável
PERCEPÇÃO DE BEM-ESTAR	Satisfeito	Insatisfeito
CAPACIDADE DE RECUPERAÇÃO	Maior Recuperação	Menor Recuperação
VULNERABILIDADE	Menos Vulnerável	Mais Vulnerável
ALCANCE	Alcançado	Não Alcançado
ENFERMIDADE	Nenhuma Detectável	Múltiplas

Fonte: adaptado de Starfield (1974).

Existem muitas formas de considerar o estado de saúde e os resultados da atenção quando vistos a partir desta perspectiva mais ampla (McDowell e Newell, 1996). A maioria divide a saúde nos componentes mencionados na definição original de saúde da Organização Mundial da Saúde: mental, física, social. A Figura 3.2 apresenta um outro tipo de abordagem. Nesta conceituação, a condição de saúde possui sete componentes, variando da longevidade à capacidade de recuperação:

Longevidade: a medida mais comum do estado de saúde, especialmente no nível populacional, é a longevidade ou expectativa de vida e seu oposto, a mortalidade. Uma característica importante da saúde de indivíduos é sua expectativa de vida; a expectativa média de vida em uma população é um descritor importante do estado de saúde de uma nação. Sistemas de atenção à saúde influenciam a expectativa de vida, mesmo que esta última também seja afetada por outros determinantes, como estrutura genética, ambiente social e físico e comportamentos pessoais.

Atividade: O segundo componente do estado de saúde é a natureza da atividade do indivíduo ou da população. Qualidades relevantes incluem a apresentação de tipos de incapacitação que afetam o indivíduo e, em nível populacional, a proporção da população que pode continuar com as atividades normais.

Desconforto: Inclui dor ou outras sensações que interfiram com o trabalho ou o prazer.

Bem-estar e satisfação percebidos: Esta característica denota como as pessoas vêem sua própria saúde e o quanto estão satisfeitos com ela.

Enfermidade: Envolve a presença de problemas reconhecidos como uma interferência potencial ou real no bem-estar do indivíduo ou da população; inclui tanto patologias mentais como físicas.

Alcance: Reflete os aspectos positivos da saúde que devem ser considerados na realização do que a OMS define como “um estado de bem-estar”. Significa o nível de desenvolvimento

ou realização e o potencial para futuro desenvolvimento de uma saúde melhor. Uma forma comum de descrever o alcance está relacionada a como os papéis sociais normais são desempenhados.

Capacidade de Recuperação: Esta característica de saúde também pertence a um estado de bem-estar. Refere-se à capacidade de lidar com a adversidade e é a categoria que mede o potencial para resistir a uma variedade de possíveis ameaças à saúde. A capacidade de responder ao estresse de forma construtiva pode ser medida por técnicas fisiológicas, técnicas psicológicas ou pela evidência de que determinadas defesas conhecidas por aumentar a resistência estão presentes ou foram fornecidas. O protótipo de capacidade de recuperação biológica é o estado de estar adequadamente imunizado contra doenças preveníveis. Uma segunda medida da capacidade de recuperação é o alcance de determinados padrões nutricionais. Uma terceira medida é o desempenho de determinados comportamentos de saúde ou modificações ambientais conhecidos por reduzirem a probabilidade de enfermidades; um exemplo típico é um nível definível de exercício físico.

Vulnerabilidade: Esta propriedade da saúde reflete as características que diminuem a capacidade do indivíduo de se precaver contra ameaças à saúde. Exemplos de características que aumentam o risco incluem o uso errôneo de substâncias e atividades que aumentem a probabilidade de ocorrência de lesões.

Ver a saúde como uma composição de propriedades permite o desenvolvimento de perfis que refletem diferentes combinações de forças e fragilidades (Starfield, 1974; Riley *et al.*, 1998a; Riley *et al.*, 1998b).

Uma avaliação da efetividade de um sistema de saúde, quer em relação ao indivíduo, à comunidade ou a toda a população, deveria levar em conta, pelo menos, alguns aspectos de *todas* estas características do estado de saúde. (Os Capítulos 12 e 13 consideram as diferentes abordagens para avaliação da condição

de saúde em maiores detalhes.) Para atingir a equidade entre subgrupos da população, também é necessário ter informações a respeito do estado de saúde destes subgrupos populacionais, de forma a determinar se a saúde de grupos vulneráveis da população difere daquela do resto da população e quais são as diferenças.

REFERÊNCIAS

- BRIGGS, L. W. et al. Geographic variation in primary care visits in Iowa. *Health Serv Res*, n. 30, p. 657-71, 1995.
- CARMONA, G.; PRADOS, A.; SÁNCHEZ-CANTALEJO, E. Los Grupos de Atención Ambulatoria. Resultados parciales del proyecto: "Evaluación del comportamiento de los Grupos de Atención Ambulatoria en nuestro entorno de Atención Primaria." *Hospitalaria*, n. 1, p. 40-5, 1997.
- CLOUSE, J.; OSTERHAUS, J. Healthcare resource use and costs associated with migraine in a managed care setting. *Ann Pharmacother*, n. 28, p. 659-64, 1994.
- DENSEN, P.; SHAPIRO, S.; EINHORN, M. Concerning high and low utilizers of services in a medical care plan, and the persistence of utilization levels in a three-year period. *Milbank Q*, n. 37, p. 217-50, 1959.
- DIDERICHSEN, F.; VARDE, E.; WHITEHEAD, M. Resource allocation to health authorities: The quest for an equitable formula in Britain and Sweden. *BMJ*, n. 315, p. 875-8, 1997.
- ELLIS, R. P. et al. Diagnosis-based risk adjustment for Medicare capitation payments. *Health Care Financing Rev*, n. 17, p. 101-28, 1996.
- FOWLER, L.; ANDERSON, G. Capitation adjustment for pediatric populations. *Pediatrics*, n. 98, p. 10-6, 1996.
- FOWLES, J. et al. Taking health status into account when setting capitation rates: A comparison of risk adjustment methods. *JAMA*, n. 276, p. 1316-21, 1996.

GREEN, B.; BARLOW, J.; NEWMAN, C. Ambulatory care groups and the profiling of primary care physician resource use: Examining the application of case-mix adjustments. *J Ambulatory Care Manage*, n. 19, p. 86-9, 1996.

HARLOW, J. *An Analysis of Primary Medical Providers, and the Influence of Primary Care on Resource Utilization*. Baltimore: 1998. Dissertação (Mestrado) - Johns Hopkins University.

HOLLAND, W. W. *European Community Atlas of "Avoidable Death"*. 2.ed. Oxford: Oxford University Press, 1991. (Commission of the European Communities Health Services Research Series; 6, v. 1).

_____. _____, 1993. (Commission of the European Communities Health Services Research Series; 9, v. 2).

HOLTZMAN, N. *Proceed with Caution: Predicting Genetic Risks in the Recombinant DNA Era*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1989.

IEZZONI, L. (Ed.). *Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes*. 2nd Ed. Chicago: Health Administration Press, 1997.

JUNCOSA, S. et al. Performance of an ambulatory case mix system in primary care in Spain: Ambulatory Care Groups (ACGs). *European J Public Health*, 1998. (mimeografado).

LAMBERTS, H.; HOFMANS-OKKES, I. Episode of care: A core concept in family practice. *J Fam Pract*, n.42, p. 161-7, 1996.

MCDOWELL, I.; NEWEL, C. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press, 1996.

NEWACHECK, P.; STODDARD, J. Prevalence and impact of multiple childhood illnesses. *J Pediatr*, n. 124, p. 40-8, 1994.

ORUETA, J. et al. *Application of the ambulatory care groups in the primary care of a European national health care system: Does it work?* 1998. (mimeografado).

POWE, N. et al. Systemwide performance in a Medicaid program: Profiling the care of patients with chronic illnesses. *Med Care*, n. 34, p. 798-810, 1996.

REID, R. *Patterns of Referral for Newly Diagnosed Patients with Diabetes in Alberta*. Baltimore: 1998. Dissertação (Mestrado) - Johns Hopkins University.

RILEY, A. W. et al. Reliability and validity of the adolescent health profile types. *Med Care*, 1998b. (mimeografado).

_____ et al. A taxonomy of adolescent health need: Development of the adolescent health profiles. *Med Care*, 1998a. (mimeografado).

ROOS, N.; CARRIERE, K.; FRIESEN, D. *Visiting the doctor: How frequently are patients seen during the year and what do physicians have to do with it?* 1997. (mimeografado).

SALEM-SCHATZ, S. et al. The case for case-mix adjustment in practice profiling: When good apples look bad. *JAMA*, n. 272, p. 871-4, 1994.

SCHNEEWEIS, R. et al. Diagnosis clusters: A new tool for analyzing the content of medical care. *Med Care*, n. 21, p. 105-22, 1983.

STARFIELD, B. Ambulatory care groups: A categorization of diagnoses for research and management. *Health Serv Res*, v. 25, n. 7, p. 53-74, 1991.

_____ et al. Costs versus quality in different types of primary care settings. *JAMA*, n. 272, p. 1903-8, 1994.

_____ et al. Measurement of outcome: A proposed scheme. *Milbank Q*, n. 52, p. 39-50, 1974.

_____ et al. Utilization and morbidity: Random or tandem? *Pediatrics*, n. 75, p. 241-7, 1985.

STEIN, R. E.; JESSOP, D. J. A noncategorical approach to chronic childhood illness. *Public Health Rep*, v. 97, n. 4, p. 354-62, 1982.

TUCKER, A. et al. Profiling primary care physician resource use: Examining the application of case-mix adjustment. *J Ambulatory Care Manage*, n. 19, p. 60-80, 1996.

WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. Equity in the delivery of health care: Methods and findings. In: _____; _____. *Equity In The Finance And Delivery Of Health Care: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press, 1993.

WEINER, J. et al. Ambulatory care practice variation within a medicaid program. *Health Serv Res*, n. 30, p. 751-70, 1996b.

_____ et al. Development and application of a population-oriented measure of ambulatory care case-mix. *Med Care*, n. 29, p. 452-72, 1991.

_____ et al. Risk-adjusted Medicare capitation rates using ambulatory and inpatient diagnoses. *Health Care Financing Rev*, v. 17, n. 3, p. 77-99, 1996a.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. *N Engl J Med*, n. 265, p. 885-92, 1961.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health Promotion: A Discussion Document on the Concept and Principles*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1984.

II

Prática de Atenção Primária



4. DESCREVENDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Este capítulo descreve o conteúdo da prática de atenção primária em dois países com ênfases historicamente diferentes na atenção primária como alicerce de seus sistemas de serviços de saúde. A seguir, é feita uma breve discussão sobre a orientação da atenção primária para a família. A última seção apresenta uma cronologia da atenção primária e de médicos subespecialistas nos Estados Unidos e uma consideração sobre o futuro dos profissionais de atenção primária neste país.

PRÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS ESTADOS UNIDOS

A principal fonte de informações a respeito da natureza da atenção primária nos Estados Unidos é a *National Ambulatory Medical Care Survey* [Pesquisa Nacional de Atenção Médica Ambulatorial] (NAMCS), uma pesquisa nacional realizada em consultórios. Ela foi inicialmente realizada em 1974 e continuou a cada ano até o início dos anos 80, quando passou a ser realizada uma vez a cada cinco anos. Em 1990, mais uma vez tornou-se anual.

Setenta por cento dos contatos para atendimento ambulatorial com médicos nos Estados Unidos são realizados nos consultórios ou em estabelecimentos clínicos organizados; 14% em departamentos de pacientes não internados, 13% por telefone e 4% no domicílio (National Center for Health Statistics, 1997). Isto representa uma discreta diminuição continuada nos

contatos em consultórios e um discreto aumento correspondente nos contatos domiciliares e em clínicas organizadas. Assim, a NAMCS reflete a natureza da atenção ambulatorial para a grande maioria de pessoas nos Estados Unidos. Entretanto, não fornece informações a respeito de atendimento por consulta ou encaminhamento oferecidos dentro dos hospitais, departamentos de pacientes não internados ou salas de emergência, que geralmente estão localizados em áreas onde reside uma porcentagem desproporcional de pessoas socioeconomicamente desfavorecidas. Portanto, no início dos anos 90, o *National Center for Health Statistics* [Centro Nacional de Estatística em Saúde] desenvolveu um levantamento comparável de departamentos de pacientes não internados e de emergência; estes dados permitem comparar a atenção oferecida nestes estabelecimentos com aquela nos consultórios (Lipkind, 1996; Stussman, 1996).

O quadro de amostragem da NAMCS é uma lista de médicos mantida pela *American Medical Association* [Associação Médica Americana] (que obtém os nomes de todos os estudantes de medicina em graduação na faculdade de medicina e solicita, periodicamente, informações a seu respeito por meio de um levantamento por questionários) e pela *American Osteopathic Association* [Associação Osteopática Americana], que mantém uma lista de osteopatas.*

O quadro de amostragem está estratificado pela especialidade e pela área geográfica; é pedido a cerca de 3.000 médicos que completem formulários sobre as consultas realizadas em seus consultórios em uma semana do ano. Os 16 itens de informação seguintes são obtidos rotineiramente: data de

* Os dados da NAMCS são a única fonte de informações rotineiramente coletadas, a qual inclui médicos de osteopatia – “MOs” – e médicos em geral – “MDs”. A menos que esteja indicado diferentemente, todos os outros dados estão relacionados a MDs apenas, já que não existe informação comparável sobre osteopatas. Nos dados da NAMCS, os “DOs” não são separadamente diferenciados, de forma que não é possível determinar se e de que forma sua prática difere da dos “MDs”.

nascimento do paciente, etnia, raça, sexo, problema ou queixa apresentados, se o paciente já tinha sido consultado anteriormente, se o paciente foi encaminhado por outro médico, tipo de motivo para a consulta, diagnóstico (podem ser listados até três), causa da lesão, serviços de diagnóstico e terapia, disposição e o nome de todos os medicamentos administrados ou prescritos. Podem ser obtidos dados adicionais para obter informações a respeito de questões de interesse nacional atual. As informações derivam, atualmente, de cerca de 36.000 consultas ao ano; cerca de 75% de todos os médicos solicitados a participar realmente cooperam (Woodwell, 1997).

Os diagnósticos são codificados utilizando a Classificação Internacional de Doenças – Modificação Clínica, sendo os medicamentos codificados de acordo com um sistema especial projetado pelo Centro Nacional para Estatísticas de Saúde. Um aspecto da NAMCS é a codificação dos problemas apresentados por meio de um sistema no qual os problemas são categorizados por “módulos”, como segue: sintomas; doenças; diagnóstico, exames e prevenção; tratamento; lesões e efeitos adversos; resultados de exames; ou administrativo. As informações obtidas a partir da NAMCS oferecem a base para estudos que esclareçam a natureza da atenção primária, explorem as razões das diferenças e avaliem o impacto das diferenças sobre os benefícios e custos da atenção.

A Tabela 4.1 mostra a distribuição das consultas realizadas em consultório por idade do paciente e por tipo de médico. Médicos generalistas e de família oferecem menos de um quarto de toda a atenção e menos de um terço da atenção para adultos em cada grupo etário. Bem mais da metade de todas as consultas de crianças abaixo dos 15 anos de idade são feitas por pediatras; os generalistas oferecem atendimento em um quinto das consultas infantis; e outros médicos de atenção não-primária realizam-na em cerca de 16% das consultas. Os médicos internistas oferecem relativamente mais atenção a pessoas mais velhas, mas ainda contam com apenas 24% das consultas para pessoas com mais

de 65 anos de idade. Com o tempo, a proporção de toda a atenção prestada por médicos de família vem declinando, com um aumento correspondente na atenção oferecida por especialistas em atenção não-primária e, para as crianças, por pediatras.

Tabela 4.1

Porcentagem de consultas em consultório por idade e tipo de médico:
estados unidos, 1994

Grupo etário*	Medicina geral/ de família	Medicina interna	Pediatria	Outra especialidade
<15	20,8	1,5	61,6	16,1
15-24	29,7	7,5	7,7	55,1
25-44	26,4	12,0	0,8	60,8
45-64	21,4	21,1	-	57,2
65+	18,3	24,3	-	57,1
Todas as idades	22,6	14,6	12,3	50,5

* Nesta tabela, e nas subseqüentes, indivíduos menores de 15 anos são considerados crianças. Embora os campos da pediatria e da saúde materno-infantil geralmente incluam 15-17 anos de idade, e talvez mesmo até 20 anos como “crianças e jovens”, as idades de 0-14 anos são usadas para representar as crianças neste capítulo porque vários países encorajam ou permitem que pediatras atuem na qualidade de médicos de atenção primária para crianças até 15 anos.

A Tabela 4.2 descreve os motivos de consulta a especialistas de atenção primária e de atenção não-primária por parte de crianças abaixo dos 15 anos de idade. A maioria das consultas, tanto com médicos de atenção primária quanto com outros tipos de médicos, são motivadas por sintomas; esta proporção vem aumentando lentamente no decorrer do tempo, exceto no caso dos médicos de família. Portanto, é provável que reflitam ou uma proporção crescente de consultas para primeiro contato com médicos de atenção não-primária ou maior número de encaminhamentos de problemas mais indiferenciados por médicos de atenção primária. Apenas cerca de uma em cada 20 consultas são realizadas especificamente para uma enfermidade definida. Os pediatras também oferecem, significativamente, mais atendimentos motivados por diagnóstico, exames ou

prevenção do que no caso dos generalistas. Médicos generalistas e de família oferecem, relativamente, mais atenção para lesões do que os pediatras.

Tabela 4.2

Consultas por crianças de 0-15 anos em consultórios médicos, por motivo da consulta e tipo de médico: estados unidos, 1994

Motivo para consulta	Porcentagem de todas as consultas		
	Médico geral / de família	Pediatra	Todos os médicos
Sintomas	65,5	61,9	62,1
Enfermidade	6,6	5,0	5,7
Diagnóstico, exames, prevenção	14,9	23,9	18,7
Tratamento	3,5	4,3	6,5
Lesão e efeitos adversos	5,5	2,7	4,1
Objetivo administrativo	0,2	0,1	0,2
Resultados de exame	3,8	0,9	1,6
Outros	0	1,1	1,2

A Tabela 4.3 apresenta os motivos para as consultas feitas por adultos. As consultas motivadas por uma necessidade de diagnóstico, exame ou prevenção são consistente e significativamente menos comuns na prática dos internistas do que na prática dos médicos generalistas e de família. Os internistas oferecem uma proporção maior de atenção para diagnósticos específicos do que os médicos generalistas e de família, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas para as diferentes faixas etárias separadamente. Médicos generalistas e de família oferecem relativamente mais atenção para lesões apresentadas por adultos em todas as faixas etárias do que os internistas. É muito mais provável que as consultas a médicos de atenção não-primária (refletidas nas diferenças entre “todos os médicos” e os médicos de atenção primária) sejam para tratamento específico.

Tabela 4.3

Consultas por adultos em consultórios médicos por motivo de consulta e tipo de médico: estados unidos, 1994

Motivo para consulta	Porcentagem de todas as consultas*		
	Médico generalista/ de família	Internista	Todos os médicos
Idade entre 15 e 24 anos			
Sintomas	59,6	75,3	52,4
Enfermidade	10,0	7,0	6,3
Diagnóstico, exames, prevenção	18,2	9,0	23,6
Tratamento	4,2	3,2	8,7
Lesão e efeitos adversos	4,0	2,5	4,7
Objetivo administrativo	0	0	1,0
Idade entre 25 e 44 anos			
Sintomas	69,2	66,2	55,6
Enfermidade	7,1	12,4	6,7
Diagnóstico, exames, prevenção	12,4	9,9	20,0
Tratamento	5,8	4,4	10,4
Lesão e efeitos adversos	3,1	2,6	3,3
Objetivo administrativo	0,5	2,2	1,3
Idade entre 45 e 64 anos			
Sintomas	53,2	53,7	56,5
Enfermidade	13,5	19,6	12,7
Diagnóstico, exames, prevenção	17,8	12,6	11,3
Tratamento	7,9	8,5	13,1
Lesão e efeitos adversos	3,5	1,1	2,1
Objetivo administrativo	1,9	2,0	1,6
Resultado de exames	1,4	1,0	0,6
Idade acima de 65 anos			
Sintomas	55,9	54,1	53,4
Enfermidade	12,8	18,0	15,7
Diagnóstico, exames, prevenção	19,7	13,8	11,2
Tratamento	5,9	10,2	14,6
Lesão e efeitos adversos	1,8	0,8	1,6
Objetivo administrativo	1,5	1,3	1,3
Resultado de exames	1,0	,03	0,2

* Diferença entre 100% e o total da coluna inclui todos os outros motivos e motivos desconhecidos.

Em suma, é mais provável que as consultas a médicos generalistas ou de família enfoquem as queixas e lesões dos pacientes, embora as diferenças tenham reduzido com o tempo.

É mais provável que os internistas enfoquem enfermidades específicas e é mais provável que os pediatras enfoquem a prevenção e exames do que os médicos generalistas ou de família. Para todos os tipos de médicos de atenção primária, entretanto, a maioria das consultas é motivada por sintomas e queixas; apenas uma pequena minoria é motivada por diagnósticos específicos. Em geral, não existem diferenças marcantes nem consistentes entre médicos de atenção primária e outros especialistas.

O Capítulo 1 indicou que a prática de atenção primária deveria ser diferenciável da prática especializada por uma variedade maior de tipos de problemas apresentados e uma variedade maior de diagnósticos. A Tabela 4.4 mostra que este é, apenas parcialmente, o caso nos Estados Unidos. A tabela mostra as similaridades entre a medicina de família, a medicina interna e a cirurgia geral, quando é levado em conta o número dos problemas mais comuns necessário para atingir 50% das consultas. O número é muito maior do que para outras especialidades, incluindo pediatria, indicando, assim, mais diversidade entre os problemas comuns na prática de atenção primária. Com o passar do tempo, esta diversidade vem aumentando em muitos tipos de práticas subespecializadas, sugerindo, mais uma vez, ou uma tendência maior de pacientes para procurar diretamente atendimento com subespecialistas ou um aumento nos encaminhamentos de muitos problemas comuns para subespecialistas. Apenas quando as especialidades são organizadas pela porcentagem de problemas que responde pelos 50 principais problemas é que a pediatria, assim como a medicina de família e a medicina interna, são separadas das “especialidades” mais tradicionais. Mesmo neste caso, entretanto, a cirurgia geral se assemelha à atenção primária nos Estados Unidos e não a outras especialidades, sendo que isto ocorre com a pediatria apenas quando não são incluídas consultas de bebês saudáveis. Houve poucas mudanças nestas porcentagens na década passada.

Tabela 4.4

Número de problemas mais freqüentes que respondem por 50% de todas as consultas e a porcentagem de todos os problemas apresentados representados pelos 50 problemas mais apresentados, por especialidade do médico: Estados Unidos, 1994

Especialidade	Nº de problemas apresentados respondendo por 50% de todas as consultas	Porcentagem de todas as consultas representadas pelos 50 problemas mais freqüentes apresentados
Medicina de família/geral	26	64,0
Medicina interna	22	67,0
Pediatria	7	85,4*
Medicina cardiovascular	9	88,1
Dermatologia	6	94,1
Cirurgia Geral	18	72,0
Ginecologia/obstetrícia	3	90,8
Oftalmologia	5	97,2
Cirurgia ortopédica	11	87,7
Otorrinolaringologia	10	91,5
Urologia	11	91,5
Psiquiatria	2	98,5
Neurologia	9	88,7

* Sessenta e um por cento quando excluídas as consultas de bebês e crianças saudáveis.

A Tabela 4.5 apresenta um quadro semelhante relacionado à variedade de diagnósticos na atenção primária e em outras especialidades. Mostra o número dos diagnósticos mais comuns que, considerando suas freqüências, respondem por 50% de todas as consultas para diferentes tipos de médicos nos Estados Unidos. Com exceção da ginecologia/obstetrícia, estes números aumentaram na última década, indicando, assim, uma maior diversidade entre os diagnósticos mais comuns. Se os diagnósticos mais comuns realizados por profissionais de atenção primária são mais variados, estes profissionais devem encontrar *mais* diagnósticos em uma dada porcentagem de consultas (por exemplo, 50%) do que outros especialistas. Para os generalistas, internistas e cirurgiões gerais, pelo menos 30 destes diagnósticos devem ser incluídos para alcançar 50% das consultas. Para os dermatologistas, psiquiatras, ginecologistas/obstetras e oftalmologistas, dez ou menos dos diagnósticos mais comuns respondem por 50% das consultas. Para os pediatras, os oito diagnósticos mais comuns respondem por 50% das consultas, assemelhando-os mais com outros especialistas do que com médicos

de atenção primária. Entretanto, quando os diagnósticos de crianças ou pessoas saudáveis são excluídos, são necessários 24 diagnósticos para atingir 50% das consultas para pediatras, fazendo com que se pareçam mais com médicos de atenção primária. Quando a porcentagem necessária de consultas para abranger os 50 diagnósticos mais frequentes é considerada (última coluna da Tabela 4.5), os cirurgiões se assemelham aos médicos de família e internistas e não aos especialistas, sendo que os pediatras se assemelham a eles apenas quando os bebês ou crianças saudáveis são excluídos. Estas porcentagens diminuíram ao longo da última década (exceto para pediatria), indicando uma variedade maior de problemas menos comuns (embora não necessariamente raros) nas unidades de saúde de todos os tipos. (Deve ser observado que estas porcentagens não refletem necessariamente o número total de diagnósticos diferentes nas unidades de atendimento dos médicos de atenção primária versus outros especialistas, porque as diferenças entre as porcentagens e 100% podem ser compostas por *mais* diagnósticos, apesar de muito incomuns, na atenção subespecializada do que na atenção primária.)

É evidente que nem a variedade dos problemas mais comuns nem dos diagnósticos distingue claramente os generalistas, internistas e pediatras, considerados como profissionais de atenção primária, dos cirurgiões, que não são considerados como provedores de atenção primária. (Esta situação pode mudar com o tempo, entretanto, com as consultas realizadas em outros lugares, exigindo cada vez mais um encaminhamento do profissional de atenção primária.) Além disso, isto pode ser verdade apenas em países como os Estados Unidos, onde a maioria da população, historicamente, tem tido acesso direto a um especialista sem encaminhamento de um profissional da atenção primária. Este acesso direto a especialistas pode levar a uma situação que torne a atenção subespecializada semelhante à atenção primária. Nesta situação, não é possível utilizar diagnósticos específicos ou variedades de diagnósticos como base para identificação da unidade de atenção primária, pelo menos com os esquemas de codificação atuais que não podem distinguir as diferenças na gravidade do problema ou diagnóstico.

Tabela 4.5

Número de diagnósticos mais freqüentes respondendo por 50% de todas as consultas e a porcentagem de todos os diagnósticos representados pelos 50 diagnósticos mais comuns, por especialidade do médico: Estados Unidos, 1994.

Especialidade	Número de diagnósticos respondendo por 50% de todas as consultas		Porcentagem de todas as consultas contadas pelos diagnósticos mais recentes
	Avaliação completa de rotina incluída	Avaliação completa de rotina incluída	
Medicina de família/geral	41	51	54,2
Medicina interna	34	37	57,2
Pediatria	8	24	80,7*
Medicina cardiovascular	11	11	77,4
Dermatologia	7	7	86,7
Cirurgia Geral	39	46	54,7
Ginecologia/obstetrícia	5	12	84,0
Oftalmologia	8	8	84,3
Cirurgia ortopédica†	44	44	53,5
Otorrinolaringologia	14	14	78,6
Urologia	10	10	83,1
Psiquiatria	7	7	90,3
Neurologia	15	16	75,9

* 56,3 depois da eliminação das consultas de crianças saudáveis.

† O grande número de categorias para número de diagnósticos é registrado pela variedade de tipos de fraturas e distensões, cada uma das quais tem um código CID diferente. Quando reclassificados pelos grupos de Schneeweis, o número de diagnósticos é de quatro, com a avaliação completa incluída ou não (Schneeweis *et al.*, 1983).

Presume-se que as unidades de atenção primária tenham uma porcentagem maior de consultas classificadas como relacionadas à prevenção, mas, como é o caso para vários diagnósticos e problemas, os dados nos Estados Unidos não apóiam uniformemente esta distinção. A porcentagem de consultas de adultos não associadas a qualquer sintoma varia de 1,8 para otorrinolaringologistas a 61,4 para ginecologistas/obstetras, com a maioria das outras especialidades oscilando em torno de 10% (Puskin, 1977).

As Tabelas 4.6 e 4.7 mostram a condição de encaminhamento de pacientes que consultam médicos de atenção primária e não-primária. A Tabela 4.6 apresenta as porcentagens de consultas específicas que foram realizadas por encaminhamento de outro médico. Estas porcentagens aumentaram muito na última década,

algumas vezes, mais que o dobro. Entretanto, a porcentagem destas consultas não excede um quarto (um terço no caso de crianças examinadas por especialistas de atenção não-primária), mesmo nas práticas de especialistas de atenção não-primária. As consultas com internistas ocorrem, provavelmente, mais por encaminhamento do que no caso dos médicos generalistas e de família, mas, mesmo neste caso, a porcentagem não excede 10%, exceto para as relativamente poucas crianças examinadas por internistas. As consultas com outros especialistas tendem a ocorrer mais por encaminhamento do que as consultas com médicos de atenção primária, e esta diferença foi ampliada na última década por causa do grande aumento, ao longo do tempo, na porcentagem de consultas a especialistas de atenção não-primária devido a encaminhamento.

Tabela 4.6

Porcentagem de consultas em que os pacientes foram encaminhados por outro médico: Estados Unidos, 1994

Especialidade do médico	Todas as Idades	Crianças abaixo de 15 anos	Adultos			
			15-24	25-44	45-64	65+
Todos os médicos	14,1	7,4	13,1	15,2	17,1	15,7
Médicos de atenção primária	4,2	2,5	4,7	4,2	5,3	5,3
Medicina geral/de família	2,7	2,0	3,4	2,4	2,5	3,4
Medicina interna	7,6	25,2	10,2	7,7	7,6	6,5
Pediatria	2,7	2,1	4,2	-	-	-
Outras especialidades	24,1	34,9	20,6	22,4	25,9	23,5

Tabela 4.7

Porcentagem de consultas em que os pacientes foram encaminhados para outro médico: Estados Unidos, 1994

Especialidade do médico	Todas as Idades	Crianças abaixo de 15 anos	Adultos			
			15-24	25-44	45-64	65+
Todos os médicos	4,4	2,9	4,5	4,6	5,1	4,5
Médicos de atenção primária	6,0	3,1	7,2	7,3	8,2	6,3
Medicina geral/de família	6,3	2,9	5,9	6,9	8,2	6,5
Medicina interna	7,6	9,0	8,4	8,7	8,3	6,3
Pediatria	3,4	3,0	10,8	-	-	-
Outras especialidades	2,7	1,1	2,1	2,7	2,8	3,1

Entretanto, a porcentagem destas consultas ainda é menor que 50% em todos ou na maioria dos grupos etários, exceto no caso da neurologia e da neurocirurgia. A porcentagem de consultas decorrentes de um encaminhamento para a maioria dos outros médicos de atenção não-primária varia de 30% a 50%, enquanto, há apenas alguns anos (1991), a porcentagem estava mais comumente entre 10% e 20%. Entre os principais subespecialistas, a porcentagem está acima de 50% apenas para os neurologistas e neurocirurgiões e abaixo de 20% para oftalmologistas, psiquiatras e ginecologistas/obstetras.

Nos dados da NAMCS, as consultas de pacientes que tinham sido encaminhados anteriormente e estão voltando ao especialista para continuação do tratamento não são contadas como encaminhamentos. Um estudo nacional de mais de 20 especialidades, em meados dos anos 70, utilizou aproximadamente as mesmas técnicas da NAMCS, mas perguntava como o médico recebeu, inicialmente, o paciente pelo problema que motivou a consulta específica e perguntava, ainda, se o paciente tinha sido encaminhado apenas para obter um parecer ou aconselhamento ou se tinha sido permanentemente encaminhado. Médicos de todas as especialidades tinham uma proporção maior de pacientes que foram encaminhados definitivamente do que os enviados para aconselhamento ou parecer, sendo que a porcentagem de pacientes examinados por encaminhamento como um todo era, conforme esperado, consideravelmente maior do que aquelas encontradas na NAMCS. Os especialistas com a porcentagem mais alta de encaminhamentos internos foram neurocirurgiões, sendo que os especialistas com a porcentagem mais baixa de encaminhamentos internos foram os ginecologistas/obstetras, oftalmologistas e dermatologistas, fato devido, em grande parte, a uma porcentagem muito menor de pacientes encaminhados de forma definitiva (Robert Wood Johnson Foundation, 1982). Não há dados mais recentes que possam ser usados para averiguar as tendências no decorrer do tempo.

Entretanto, os dados de 1994 indicam que a grande maioria de pacientes não é encaminhada de volta ao médico responsável pelo encaminhamento. Além disso, daqueles pacientes não encaminhados para consulta, mais de três quartos (exceto para dermatologistas, cirurgiões gerais e otorrinolaringologistas) são relatados como “antigos” pacientes com antigos problemas, indicando que existe uma substancial continuidade da atenção continuada nas unidades de atendimento dos especialistas norte-americanos. Daqueles pacientes encaminhados para a consulta, mais da metade são pacientes examinados anteriormente pelo mesmo problema, exceto no caso de dermatologistas e neurologistas, confirmando a tendência dos especialistas norte-americanos de examinar o mesmo paciente repetidamente para o mesmo problema. Não se sabe o quanto este padrão representa uma delegação da atenção pelos médicos de atenção primária aos especialistas, em vez da atenção compartilhada com os especialistas que atuando como consultores para os médicos de atenção primária. Um estudo recente de pacientes com diabetes em Alberta, Canadá, indica que a maioria dos pacientes encaminhados para especialistas de atenção não-primária continua a consultar com o médico de atenção primária também para seu diabetes, sugerindo a probabilidade da atenção compartilhada, mas a generalização deste achado para outras áreas e países é desconhecida (Reid, 1998).

A Tabela 4.7 apresenta a porcentagem de consultas que resulta em um encaminhamento a outro médico. Esta porcentagem é menor para crianças do que para adultos e geralmente similar para médicos de família (para consultas infantis) e pediatras. Embora a diferença nas taxas de encaminhamento de adultos pelos diferentes tipos de médicos de atenção primária não seja marcante, médicos de família encaminham menos adultos mais jovens do que os internistas; conforme a idade dos pacientes aumenta, a diferença se estreita até a idade de 65 anos, quando os médicos de família encaminham discretamente mais pacientes do que os internistas. Os

especialistas de atenção não-primária encaminham uma porcentagem menor tanto de seus pacientes adultos quanto infantis do que os médicos de atenção primária, mas as taxas geralmente baixas de encaminhamento por todos os tipos de médico é marcante. A taxa de encaminhamento vem aumentando com o tempo e, ao contrário da percepção que as Organizações de Manutenção da Saúde [*Health Maintenance Organization* – HMO] inibem os encaminhamentos de atenção primária para especialistas, seus pacientes são provavelmente encaminhados, embora tenham taxas de auto-encaminhamento menores. Apesar do aumento nas taxas de encaminhamento, entretanto, cerca de metade de todos os novos pacientes examinados por especialistas são auto-encaminhados nos Estados Unidos (Forrest e Reid, 1997).

Outra característica que deveria distinguir os profissionais de atenção primária dos especialistas é a distribuição de consultas do paciente pela familiaridade tanto com o paciente quando com seus problemas. Seria esperado que tanto os médicos de atenção primária quanto outros especialistas examinassem novos pacientes e vissem “antigos” pacientes com problemas antigos. Os profissionais de atenção primária deveriam ver mais pacientes antigos com problemas novos, uma vez que são responsáveis pela atenção ao paciente ao longo do tempo, sem considerar o problema em particular. A Tabela 4.8 mostra que a prática de determinados especialistas e dos médicos de atenção primária diferem em alguns aspectos. Os especialistas de atenção não-primária de todos os tipos examinam menos pacientes *antigos* com problemas novos do que os médicos de atenção primária. Entretanto, os internistas generalistas examinam menos desses pacientes do que os médicos de família ou pediatras. As diferenças são ainda mais marcantes quando apenas as consultas não encaminhadas são consideradas (Tabela 4.9). Na última década, estas porcentagens têm permanecido relativamente constantes, exceto por um declínio na proporção de pacientes antigos com problemas novos examinados nos consultórios de ginecologistas/obstetras, sugerindo, assim, uma diminuição nos aspectos de longitudinalidade da prática de ginecologia/obstetrícia.

Tabela 4.8

Distribuição de consultas em consultórios por familiaridade com o paciente ou com os problemas do paciente por especialidade do médico: Estados Unidos, 1994

Especialidade	Porcentagem de consultas em consultório		
	Paciente novo	Paciente antigo, problema novo	Paciente antigo, problema novo
Medicina de família/geral	14,3	31,3	54,4
Medicina interna	9,2	26,5	64,4
Pediatria	5,0	28,5	66,5
Subespecialistas médicos	11,5	10,4	78,1
Cirurgia geral	17,3	17,1	65,6
Ginecologia/obstetrícia	12,2	15,6	72,2
Outras especialidades cirúrgicas	15,2	7,6	77,2
Psiquiatria	12,0	1,3	86,7
Todas as outras especialidades	25,4	17,5	57,1

Tabela 4.9

Porcentagem de consultas não encaminhadas por problema anterior à consulta: Estados Unidos, 1994

Especialidade do médico	Pacientes novos	Paciente antigo, problema novo	Paciente antigo, problema novo
Todas as consultas	11,2	19,6	55,1
Medicina de família/geral	14,1	32,6	50,7
Medicina interna	8,8	24,5	59,1
Pediatria	9,1	36,6	51,4
Obstetrícia e ginecologia	10,9	13,7	63,6
Cirurgia ortopédica	12,2	5,2	49,2
Oftalmologia	10,2	7,1	69,3
Dermatologia	18,8	10,6	48,0
Psiquiatria	10,0	1,1	71,5
Cirurgia geral	11,7	11,1	41,4
Otorrinolaringologia	13,9	5,9	41,6
Enfermidades cardiovasculares	5,0	6,7	61,5
Urologia	7,5	2,3	47,2
Neurologia	7,9	2,0	38,2
Todas as outras especialidades	10,1	7,9	57,7

Fonte: Schappert (1996).

Embora tenha havido poucas mudanças no período de 15 anos, de 1978 a 1993, nos problemas clínicos observados na atenção primária e a proporção de pacientes que tomam

medicamentos, houve um aumento na porcentagem de consultas que envolvem serviços de prevenção, mudanças nas medicações específicas que são mais comumente prescritas e um aumento na duração das consultas de atenção primária (Stafford *et al.*, 1998). A duração mais longa das consultas está associada a uma realização de mais testes diagnósticos, prescrição de mais medicamentos e encaminhamento de mais pacientes a outros médicos, além de orientações. Além disso, as características organizacionais também desempenham um papel; as consultas são mais curtas quando o número de funcionários de apoio de meio período é menor. No geral, a duração das consultas, em 1993, foi de 16,2 minutos para adultos (Blumenthal *et al.*, 1998) e 14,2 minutos para crianças (Ferris *et al.*, 1998).

A NAMCS também obtém informações a respeito da proporção de consultas em que o paciente é encaminhado de volta ao médico que o encaminhou. Para os médicos de atenção primária, estas porcentagens têm permanecido baixas (0–2%). Com poucas exceções (neurologia, cirurgia cardiovascular, cirurgia torácica), a porcentagem de consultas em que os pacientes são encaminhados de volta ao médico que os encaminhou é baixa (menos de 10%), sendo muito mais baixa do que a porcentagem de consultas decorrentes de um encaminhamento, sugerindo que uma porcentagem substancial de pacientes que são encaminhados não são rapidamente encaminhados de volta ao médico que os encaminhou. Na verdade, a porcentagem de todas as consultas realizadas com pacientes que não foram encaminhados sem problemas novos (para esta consulta) está acima de 40% para todos e, geralmente, acima de 50% para a maioria dos especialistas. Entretanto, a neurologia parece ser relativamente singular entre as principais especialidades de atenção não-primária ao encaminhar os pacientes de volta ao médico que os encaminhou e ao vê-los novamente, mais tarde, para o mesmo problema; também tem a porcentagem mais baixa de pacientes não encaminhados que não apresentam problemas novos (nesta consulta) (Schappert, 1996). Ou seja, pode ser que, nos Estados Unidos, os especialistas em

neurologia estejam fazendo melhor uso dos médicos de atenção primária para a atenção continuada (com um reencaminhamento quando necessário) em vez de eles mesmos realizarem o acompanhamento.

Estes dados a respeito do conteúdo da atenção nos Estados Unidos indicam que os médicos de atenção primária e de atenção não-primária em consultório não diferem tanto quanto poderia ser esperado no que se refere a várias características clínicas importantes de consultas, como os motivos para a consulta e as características do encaminhamento. É possível que a inclusão de especialistas baseados nos hospitais revelasse diferenças maiores, mas não há estudos que forneçam dados para esta comparação.

O CONTEÚDO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO REINO UNIDO

Os Estados Unidos e o Reino Unido estão em extremidades opostas do espectro de força de seu direcionamento para a atenção primária (ver Capítulo 15). Dados existentes fornecem alguns contrastes interessantes, basicamente nos tipos de informações que são coletadas nos dois países.

Como os pacientes do Reino Unido registram-se para receber toda sua atenção primária de um médico em particular (um clínico geral), cada profissional de saúde tem uma “lista de pacientes”, embora estas estejam, cada vez mais, se tornando listas de grupo. Em 1995, o tamanho médio da lista era de 1.781, uma diminuição gradual dos 2.098 em 1980. Destes, 7% tinham idades de 0 a 4 anos, 13% de 5 a 14 anos, 42% de 15 a 44 anos, 22% de 45 a 64 anos, 9% de 65 a 74 anos, e 7% mais de 74 anos. A duração média das consultas era de 8,8 minutos (cerca de metade da duração dos Estados Unidos). Em média, apenas cerca de 16% dos pacientes vistos no período de um ano tinham sido encaminhados a outro médico; isto aumentou com cada faixa etária sucessiva de 10% entre os pacientes com idades de 0 a 4 anos e 6,7% em idades de

5 a 15 anos para 45% daqueles acima de 74 anos, tendo o número médio de encaminhamentos por indivíduo encaminhado aumentado progressivamente de 1,12 na faixa etária mais jovem para 1,27 na faixa etária mais idosa. Uma em cada dez consultas foi uma consulta domiciliar (Royal College of General Practice, 1995a).

A Tabela 4.10 compara os dez diagnósticos mais frequentes na prática generalista no Reino Unido com a prática da medicina de família e prática da medicina interna geral nos Estados Unidos. Há pouca similaridade nos tipos de diagnósticos mais comuns, exceto para infecção do trato respiratório superior, asma e hipertensão, mas o método de cálculo difere e a amostra de medicina interna geral nos Estados Unidos não inclui crianças.

O número de prescrições por pessoa varia em países diferentes. No Reino Unido, em 1993, foi feita uma média de 8,8 prescrições por pessoa (Royal College of General Practice, 1995c), comparando com 16,6 nos Estados Unidos. Entretanto, este último número inclui todos os tipos de unidades, não apenas a atenção primária.

A porcentagem de unidades de saúde computadorizadas tem crescido; em 1993, 79% das práticas estavam usando computadores, um número que foi projetado para aumentar para 92% em 1997. Em 1993, quase todas elas (98%) estavam utilizando computadores para o registro de pacientes; 94% os estavam usando para prescrições, 90% para, pelo menos, prontuários clínicos parciais, 42% para re-chamada do paciente e 84% para relatórios anuais da unidade. No Reino Unido, o uso de computadores para trabalhar (em vez do uso para cobrança) é promovido por um reconhecimento específico pelo Serviço Nacional de Saúde [*National Health Service*] da importância das informações na criação de um sistema de saúde melhor e de suas propostas para desenvolver especificações mínimas para sistemas de informação e para apoiar projetos para melhorar a transferência eletrônica de informações para as unidades de saúde (Royal College of General Practice, 1996).

Tabela 4.10
Os 10 principais diagnósticos na prática da Atenção Primária

Reino Unido 1991-92		Estados Unidos 1992			
Clínica geral		Clínica de família		Medicina geral interna	
Diagnóstico	Taxa por 10.000 pessoas anos de risco	Diagnóstico	% de consultas não encaminhadas	Diagnóstico	% de consultas não encaminhadas
Infecção do trato respiratório superior	772	Exame médico geral	12,1	Hipertensão	15,5
Bronquite	719	Infecção aguda do trato respiratório superior	9,0	Infecção aguda do trato respiratório superior	6,0
Asma	425	Hipertensão	6,8	Exame médico geral	5,6
Distúrbios do tecido conjuntivo	415	Infecção do trato respiratório inferior	5,0	Diabetes	5,5
Hipertensão essencial	412	Sinusite	4,8	Infecção aguda do trato respiratório inferior	3,9
Distúrbios do ouvido externo	409	Distensões, luxações	4,5	Cardiopatia isquêmica	3,8
Amigdalite aguda	407	Oíte média	4,4	Sinusite	3,2
Infecção intestinal mal definida	394	Depressão	2,8	Depressão	2,5
Outros distúrbios e distúrbios não-identificados das costas	372	Lacerações/contusões	2,4	Doença articular degenerativa	2,1
		Asma	1,8	Distensões, luxações	2,0

Fonte: Dados da NAMCS para os Estados Unidos; Royal College of General Practice (1995a) para o Reino Unido.

A FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Um artesão não especializado 20 anos de idade portador de erupção cutânea obscura foi encaminhado a um dermatologista por um cirurgião oftalmológico. Ele foi tratado sem sucesso por muitas semanas até que foi examinado por seu clínico geral, que confirmou que o paciente dividia a cama com seu irmão. O irmão também tinha uma erupção, e ambos se coçavam mais à noite. O clínico geral foi, assim, capaz de diagnosticar e controlar a sarna subjacente.

Uma experiência clínica

Sempre foi pensado que a orientação para a família contribuisse para bons serviços de saúde. O conhecimento da família oferece não apenas o contexto para avaliação dos problemas dos pacientes e ajuda para isolar a probabilidade de diversos diagnósticos possíveis, mas também é importante na decisão a respeito de uma intervenção apropriada, porque as famílias podem diferir em sua capacidade de realizar diferentes tratamentos e manejar estratégias. É provável que a família se torne ainda mais importante conforme o conhecimento a respeito da genética aumenta e as possibilidades tanto de prevenção quanto de manejo aumentem.

Embora a medicina de família esteja baseada em um forte alicerce teórico desenvolvido durante a primeira década da formação da disciplina (nos anos 70 nos Estados Unidos), existe uma relativa escassez de literatura a respeito da orientação para a família por parte dos profissionais de saúde da atenção primária. Um estudo do teor de seis periódicos norte-americanos de medicina de família de 1989 a 1993 dividiu a questão em seis categorias: atenção ao paciente no contexto da família, a família como paciente, instrumentos para medir o funcionamento da família, genograma e ciclo de vida, atenção a membros da família e artigos de revisão sobre família. No período de cinco anos do estudo, foram publicados apenas 47 textos sobre a família nos seis periódicos; destes, pelo menos a metade (e mais de 60% no jornal com mais artigos) foi limitada a apenas duas destas seis categorias. Assim, parece haver poucas evidências, pelo menos na literatura norte-americana, que pudessem ajudar a julgar a magnitude das contribuições especiais à atenção primária feitas pelos médicos de família (Smilkstein, 1994).

Muitas técnicas estão disponíveis para ajudar os profissionais de saúde a considerar o contexto da família como uma parte de sua atenção aos pacientes. North e colaboradores (1993) examinaram a extensão na qual dez destas foram usadas por médicos de família. Das dez, uma (o genograma) é usada para o propósito específico de identificar predisposições a doenças em famílias. Oito servem ao propósito de identificação do contexto da família no qual a atenção aos pacientes ocorre: conferências de família, entendimento do ciclo

de vida da família, teoria de sistemas de família, mapas de famílias, APGAR (Adaptação, Parceria, Crescimento, Afecção, Resolução) da família, autoconsciência da dinâmica da família do próprio médico e sessões de aconselhamento familiar. Uma técnica adicional é especificamente indicada para lidar com o problema de dependência química e famílias. A mais formal destas técnicas (genograma, mapas de família e o APGAR da família) foi a menos usada: mais da metade dos médicos (e 95% no caso do APGAR) nunca as usou. Exceto para a autoconsciência da dinâmica da própria família, menos de 15% dos médicos empregavam qualquer das técnicas diariamente. Embora o treinamento anterior nas técnicas específicas tenha aumentado a probabilidade de seu uso, este não foi o caso para a mais formal das ferramentas (APGAR), sugerindo que as demandas de tempo do trabalho podem interferir com a atenção sistemática para o atendimento orientado para a família.

Nos Estados Unidos, onde a medicina de família compartilha a atenção primária com a medicina interna e a pediatria, uma proporção substancial da população identifica um médico de família como sua fonte de atenção primária. Os dados da pesquisa de Gastos Nacionais em Saúde de 1987, uma pesquisa domiciliar realizada por um período de um ano, revelou que em um terço das famílias, pelo menos um dos pais e um filho estavam sendo atendidos pelo mesmo médico. Quando este era o caso, 85% dos cônjuges dos pais também estavam recebendo atendimento da mesma fonte. Em 80% – 90% destas famílias (dependendo se a mãe, o pai ou o filho fosse considerado), este médico era um médico de família. Quando o médico procurado pelo pai (ou mãe) e para a criança era diferente, era provável que um médico de família fosse identificado como a fonte de atenção primária para 49% das mães, 57% dos pais e apenas 18% dos filhos. As famílias cujo atendimento era pago pelo Medicaid (para os pobres) ou pelo Medicare (acima de 65 anos ou incapacitados) tinham mais probabilidade de ter a atenção orientada para a família, assim como as famílias vivendo em áreas rurais, mães com níveis educacionais inferiores e famílias chefiadas pela mãe (Doescher e Franks, 1997).

A proporção substancial da atenção primária prestada por médicos de família, sem dúvida mais alta em muitos países do que nos Estados Unidos, indica uma necessidade de entender melhor as contribuições especiais que são feitas por uma orientação para a família, particularmente com um reconhecimento crescente da importância de características biológicas, bem como sociais e ambientais que agrupam as famílias.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS ESTADOS UNIDOS

Embora o termo *atenção primária* tenha longa história, virtualmente ele não foi utilizado nos Estados Unidos antes de meados dos anos 60. Mesmo hoje, não é amplamente aceito pela profissão médica, a qual usa os termos *medicina de família*, *medicina geral interna* e *pediatria geral* para refletir os conceitos que são incorporados no termo mais amplo *atenção primária*. Parece provável que isto seja um resultado da ênfase sobre a especialização que há muito tem caracterizado a medicina nos Estados Unidos.

A especialização foi bem encaminhada durante a segunda década do século (Stevens, 1978). Em 1915, 66% dos alunos das faculdades de medicina diziam que planejavam se subespecializar. A oftalmologia foi a primeira especialidade médica a ser formalmente organizada (Wechsler, 1976). Nos anos 30, muitas especialidades surgiram como entidades separadas; em 1937 havia comissões formais de certificação em oftalmologia (1917), otorrinolaringologia (1924), ginecologia/obstetrícia (1927), dermatologia (1932), pediatria (1933), cirurgia ortopédica (1934), psiquiatria e neurologia (1934), radiologia (1934), proctologia (1935) – a qual tornou-se mais tarde cirurgia do cólon e do reto – urologia (1935), medicina interna (1936) e cirurgia (1937). A formalização subsequente foi alcançada pela cirurgia neurológica (1940), medicina física (1947), medicina preventiva e saúde pública (1948) e cirurgia torácica (1950). Muitas destas “especialidades” mudaram seus nomes mais tarde e a Comissão Americana de

Cirurgia Torácica não tinha sido oficialmente reconhecida como uma especialidade importante isolada até 1970. Assim, em 1950, havia mais de 15 comissões para certificar a competência de médicos que entravam nos campos de especialidade, mas não havia nenhuma especialização para médicos de família (Wechsler, 1976). Em 1996, havia 38 certificações separadas, mais 43 em subespecialidades e mais de 21 outras certificações especiais, bem como a certificação de medicina de família (Randolph *et al.*, 1997).

A disponibilidade de fundos federais para fornecer assistência para educação de veteranos da Segunda Guerra Mundial acelerou a entrada de médicos nas especialidades, resultando na rápida queda da proporção de médicos generalistas de 75%, em 1935, para 45%, em 1957 (Knowles, 1969). Em meados dos anos 60, uma crise na disponibilidade dos médicos de atenção primária foi amplamente antecipada e diversas comissões nacionais recomendaram passos para reverter a tendência com propostas de estabelecer uma “especialidade” de medicina de família. Entretanto, os especialistas tradicionais resistiram ativamente ao estabelecimento de uma especialidade de prática de família/geral. Em 1965, a *American College of Physicians* [Escola Americana dos Médicos] (os internistas) chegou ao ponto de afirmar seu interesse e senso de responsabilidade para promover a prática da medicina de família (Knowles, 1969). Depois de repetidas tentativas da Academia Clínica Geral [*Academy of General Practice*] para estabelecer uma comissão certificadora na prática de família, em 1969, uma foi finalmente aprovada. Em 1971, o Congresso aprovou a legislação *The Health Professions Educational Assistance Program* [Programa de Assistência Educacional para Profissões de Saúde] que autorizou, pela primeira vez, o gasto de fundos para apoiar o treinamento em medicina de família. Desde 1968, muitos estados, iniciando com Nova York, têm aprovado leis que clamam pelo desenvolvimento de programas de prática de família em faculdades estaduais de medicina. Em 1972, 31 faculdades tinham criado departamentos de prática de família e outras 30 tinham estabelecido divisões de prática de família; estas somaram cerca de três quintos de todas as faculdades de medicina do momento. Havia 107 programas de residência aprovados em medicina de família: 63 em hospitais

comunitários, 41 em hospitais universitários ou hospitais associados a universidades e três em hospitais militares, com um total de mais de 1 mil cargos de residência (Rousselot, 1973). *Médico da família* é a designação para os graduados destes programas aprovados de treinamento em medicina de família; *generalista* é reservado para médicos similares que se formaram na faculdade de medicina antes que estes programas de treinamento tivessem sido desenvolvidos.

A legislação aprovou, em 1963 e 1968, a expansão facilitada na oferta geral de todos os médicos, incluindo especialistas, mas em 1971 a legislação federal para apoiar o crescimento da medicina de família não conseguiu afetar a oferta de médicos de atenção primária em relação a outros especialistas.

Em 1976, a preocupação a respeito da má distribuição de médicos (proporção relativamente baixa médico/população na maioria das áreas não urbanas) e o fornecimento defasado de médicos de atenção primária levaram o Congresso norte-americano a aprovar a legislação que fornecia financiamento para programas de treinamento da atenção primária em medicina de família, medicina interna geral e pediatria. O número de médicos de família, internistas e pediatras e a proporção destes médicos para a população aumentou, mais do que compensando o declínio no número de médicos generalistas. O número de médicos de atenção primária por 100 mil habitantes aumentou de 69,6, em 1980, para 78,8, em 1985, e 83,7, em 1990. Apesar deste aumento, o crescimento no número de médicos de atenção primária foi menor do que o de especialistas de atenção não-primária, de forma que eles contaram com uma proporção menor de todos os médicos em 1990 do que em 1985.

A Tabela 4.11 apresenta a distribuição de especialidades médicas nos Estados Unidos de 1963 a 1995. Em 1995, apenas 39% de todos os médicos ativos (e 39% de todos os médicos com consultório) eram médicos de atenção primária. Entretanto, esta porcentagem inclui a maioria das subespecialidades pediátricas, bem como algumas subespecialidades da medicina interna, já que não são enumeradas separadamente. Em contraste com a maioria dos especialistas em medicina de família e generalistas, nem todos os especialistas em medicina interna e pediatria praticam a atenção primária. No final

dos anos 80, por exemplo, quase 30% dos médicos que se classificaram como pediatras gerais na verdade tinham uma concentração em subespecialidades (17%) ou praticavam unicamente uma subespecialidade (11%) (McCrindle *et al.*, 1989). Entre metade e dois terços de todos os internistas em treinamento nos anos 80 buscaram treinamento subespecializado (Instituto de Medicina, 1989; Barnett e Midtling, 1989). Este aumento na subespecialização ocorreu na medicina osteopática também; entre 1980 e 1987, o número de certificados de subespecialidade em osteopatia dobrou.

Entre 1990 e 1995, a porcentagem de crescimento em especialistas de atenção primária variou de 2% para médicos de família e generalistas para 11% para internistas generalistas e 21% para pediatras, ou um aumento na porcentagem geral de 9%. Em contraste, a taxa de aumento nas subespecialidades médicas foi de 80%, enquanto o número de especialistas em cirurgia permaneceu relativamente constante, mas outras subespecialidades diminuíram cerca de 12%.

Tabela 4.11
Número de médicos profissionalmente ativos (por 100.000 habitantes),
anos selecionados 1963 e seguintes*

	1963	1970	1975	1980	1990	1995
Total de médicos ativos †	134,8	148,3	156,1	188,0	218,3	245,8
Atenção primária ‡	56,7	56,2	59,9	69,6	82,1	92,6
Medicina geral/de família	34,4	27,7	25,0	26,0	27,5	29,0
Medicina interna	15,7	20,0	24,9	30,9	38,3	43,8
Pediatria ‡	6,6	8,6	10,0	12,7	16,3	19,8
Outras especialidades médicas	6,3	8,3	8,7	15,6	24,9	29,9
Especialidades cirúrgicas §	34,9	41,1	44,0	47,8	53,4	56,2
Outras especialidades	36,9	42,8	43,4	40,8	49,8	56,1

* Além disso, havia 25.479 médicos osteopatas nos Estados Unidos em 1986. A osteopatia é um ramo separado e menor da medicina que se baseia em uma filosofia diferente de patologia da medicina alopata predominante. De todos os médicos osteopatas em 1986, 61% praticavam a atenção primária, principalmente a clínica geral. Os médicos osteopatas englobam 3% de todos os médicos nos Estados Unidos, mas representam 9,3% dos médicos de atenção primária e 12,2% dos médicos de família (Barnett e Midtling, 1989).

† Exclui especialidades desconhecidas

‡ Inclui subespecialidades pediátricas bem como a pediatria geral

§ Inclui ginecologia/obstetrícia

Fontes: 1963-1990, U.S. Department of Health, Education and Welfare; 1980, 1990, 1995, Randolph *et al.*, (1997), conforme citado em Starfield, B. "Primary Care: Concept, Education and Policy", Oxford University Press, 1992 (2ª impressão) página 93 ou Department of Health, Education and Welfare. A Resort to the President and Congress on the Status of Health Professions Personnel the United States. DHEW Publication No. (HRA) 78-93, Washington D. C. 1978.

A Tabela 4.12 apresenta o número geral de pessoas para cada tipo de médico nos Estados Unidos em 1990 e em 1995. Em 1995, havia um médico ativo para cada 365 pessoas, mas menos da metade destes eram médicos de atenção primária. Em média, havia um médico de atenção primária para cada 1.080 pessoas e apenas um médico de família/generalista para cada 3.448 pessoas.

Tabela 4.12
População por médico: Estados Unidos, 1990 e 1995

	1995		
	1990	Total	Consultório
Total de médicos ativos	454	365	615
Médicos de atenção primária	1.186	1.080	1.572
Médicos generalistas/de família	3.529	3.448	4.386
Internistas	2.529	2.283	3.623
Pediatras (crianças de 0 a 14 anos)	1.280	1.111	1.667
Outras especialidades médicas	6.009	3.344	4.762
Ginecologia/obstetrícia (por mulher)	-*	3.566	4.595
Especialistas em cirurgia	-*	2.387	3.155
Outros especialistas	1.559*	1.783	2.793

* Incluídos com especialistas em cirurgia antes de 1995

Fonte: Randolph *et al.* (1997)

Embora os graduados na faculdade de medicina estejam cada vez mais escolhendo as especialidades de atenção primária, a probabilidade de um aumento substancial na proporção de médicos de atenção primária parece remota. Em 1996, a proporção de todos os médicos que completavam seu treinamento que eram médicos de atenção primária era menor que 30% (American Medical Association, 1997).

O número apropriado de médicos de diferentes tipos é difícil de especificar. Embora comparações internacionais incluindo países que diferem nas proporções relativas de tipos diferentes de médicos pudessem contribuir para a discussão, não forneceriam uma resposta definitiva devido ao grande número de outras diferenças entre os países. Nos Estados Unidos, os sistemas integrados de saúde com bons dados a respeito dos funcionários

forneem um padrão razoável contra o qual outros sistemas de saúde podem ser comparados. Os dados de 106 grupos e modelos de equipe das HMOs indicaram que a proporção de médicos de atenção primária para o total de médicos (expressa como equivalentes de período integral) variou entre 45% e 49%. Entretanto, quanto menor a participação no plano, menor a proporção de médicos de atenção primária. Nas HMOs com participações abaixo de 80 mil, apenas 33%-37% dos médicos de período integral eram médicos de atenção primária, enquanto a porcentagem comparável para HMOs maiores foi de cerca de 60% (cálculos de Dial *et al.*, 1995). Organizações menores utilizam um número muito maior de subespecialistas por 100 mil habitantes inscritos do que as organizações maiores. Não é sabido o quanto a diferença no trabalho destes especialistas em organizações maiores e menores difere é desconhecida. Embora um estudo mais recente em dois modelos de HMOs com uma equipe grande sugira que estas organizações continuam a ter mais médicos de atenção primária por habitante do que o país como um todo, pode não ser mais verdade que eles possuam menos subespecialistas, especialmente subespecialistas médicos (Hart *et al.*, 1997).

Conforme será mostrado no Capítulo 15, este direcionamento para a subespecialidade não é universal nas nações ocidentais industrializadas. Além disso, o crescimento na oferta de todos os médicos de atenção primária combinados é menor do que na oferta de outros especialistas, predispondo, assim, a uma orientação especializada cada vez maior para a prática médica nos Estados Unidos.

É provável que a proporção relativa de especialistas de atenção primária e não-primária tenha um impacto maior sobre os modelos de prática em ambos os tipos de especialistas. Nos Estados Unidos, a proporção de especialistas de atenção não-primária é alta comparada a outros países e não há uma queda notável, mesmo nesta era de atenção monitorada. Isto está refletido em padrões de prática em que os médicos de atenção não-primária nos Estados Unidos têm um papel muito maior na atenção continuada, orientada para a enfermidade dos pacientes, conseqüentemente com maiores

custos, do que é o caso em muitos outros países. O número de subespecialistas necessários para atender às necessidades de consulta com médicos de atenção primária ou para o monitoramento continuado de problemas raros ou incomuns não é conhecido e permanece um desafio para futuras pesquisas orientadas para a política em todos os países. Existe variação na proporção de médicos de atenção primária e de atenção não primária para a proporção de habitantes: esta variabilidade é vista mesmo dentro dos países.

Assim, está claro que onde existir uma relativa escassez de médicos de atenção primária em relação a outros especialistas em geral (como nos Estados Unidos), deveriam ser consideradas alterações tanto na política governamental quanto na não-governamental. Algumas possibilidades incluem (Starfield e Simpson, 1993):

1. Aumentar os ganhos profissionais dos médicos de atenção primária para alcançarem uma paridade ou quase paridade com especialistas.
2. Estabelecer uma base mais racional para o encaminhamento e especialmente para o manejo de pacientes a longo prazo (Em particular, os médicos de atenção primária poderiam atender mais pacientes com problemas continuados de saúde com marcação de consultas mais apropriadas e atenção compartilhada com subespecialistas, reduzindo assim a demanda por serviços diretos de subespecialistas. Ou seja, a atenção primária com um apoio adequado de especialistas poderia reduzir a demanda por atenção subespecializada).
3. Reestruturar as políticas de licenciamento estadual para limitar a oferta de médicos a áreas de necessidade.
4. Fornecer incentivos financeiros a programas que formam os médicos de atenção primária.
5. Expandir e melhorar programas de perdão de dívidas para médicos de atenção primária.
6. Reestruturar programas de taxas para a atenção primária para estimular a oferta de serviços importantes de atenção primária.

7. Reduzir a trabalhosa papelada administrativa associada a atividades de cobrança e garantia de qualidade.
8. Fornecer bônus ao atingir importantes objetivos da atenção primária.
9. Fornecer bônus para a equipe na atenção primária.
10. Premiar níveis mais altos de alcance de funções da atenção primária.
11. Financiar cada vez mais pesquisas de atenção primária para melhorar seus desafios intelectuais e aumentar a base científica para esta prática.
12. Envolver estagiários no monitoramento contínuo da qualidade da atenção para prepará-los para a revisão crítica de sua própria prática.

Muitos países já instituíram políticas orientadas para estes objetivos. Como mostra o Capítulo 15, os esforços políticos estão refletidos na forma como os médicos trabalham, fornecendo, assim, a base para o otimismo a respeito da capacidade dos sistemas de saúde em responder aos desafios para melhorar a oferta de serviços de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Graduate medical education: Appendix II. *JAMA*, n. 273, p.781, 1997.
- BARNETT, P.; MIDTLING, J. Public policy and the supply of primary care physicians. *JAMA*, n. 262, p. 2864-88, 1989.
- BLUMENTHAL, D. et al. The duration of ambulatory physician visits. 1998. (mimeografado).
- DIAL, T. et al. Clinical staffing in staff- and group-model HMOs. *Health Aff*, n. 14, p. 168-98, 1995.
- DOESCHER, M.; FRANKS, P. Family care in the United States: A national profile. *Med Care*, n. 35, p. 564-73, 1997.
- FERRIS, T. et al. Changes in the daily practice of primary care for children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, n. 152, p. 227-33, 1998.

- FORREST, C.; REID, R. Passing the baton: Referral rate estimates in the United States, 1989-1994. *Health Aff*, n. 16, p. 157-62, 1997.
- HART, L. G. et al. Physician staffing ratios in staff-model HMOs: A cautionary tale. *Health Aff*, n. 16, p. 55-70, 1997.
- INSTITUTE OF MEDICINE. *Primary Care Physicians: Financing Their Graduate Medical Education in Ambulatory Settings*. Washington, DC: National Academy Press, 1989.
- KNOWLES, J. The quantity and quality of medical manpower: A review of medicine's current efforts. *J Med Educ*, n. 44, p. 81-118, 1969.
- LIPKIND, K. *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1994 Outpatient Department Summary*. Hyattsville: National Center for Health Statistics, 1996. (Advance Data From Vital and Health Statistics; 276).
- MCCRINDLE, B.; DEANGELIS, C.; STARFIELD, B. Subspecialization within pediatrics practice: A broader spectrum. *Pediatr Res*, n. 25, p. 135A, 1989.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. *Health US 1996-97 and Injury Chartbook*. Hyattsville: National Center for Health Statistics, 1997.
- NORTH, S. et al. Physicians' usefulness ratings of family-oriented clinical tools. *J Fam Pract*, v. 37, n. 1, p. 30-4, 1993.
- PUSKIN, D. *Patterns of Ambulatory Medical Care Practice in the United States: An Analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey*. Baltimore: 1977. Dissertação (Mestrado) - Johns Hopkins University.
- RANDOLPH, L.; SEIDMAN, B.; PASKO, T. *Physician Characteristics and Distribution in the U.S.* Chicago: American Medical Association; 1997.
- REID, R. *Patterns of Referral for Newly Diagnosed Patients With Diabetes in Alberta*. Baltimore: 1998. Dissertação (Mestrado) - Johns Hopkins University.
- ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION. *Medical Practice in the United States*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation, 1982.

- ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTICE. *Information Sheet 4*. London: Royal College of General Practice, 1995, July 1995.
- _____. *Information Sheet 7*. London: Royal College of General Practice, 1995b.
- _____. *Information Sheet 10*. London: Royal College of General Practice, May 1996.
- ROUSSELOT, L. Federal efforts to influence physician education, specialization distribution projections and options. *Am J Med*, n. 55, p. 123-30, 1973.
- SCHAPPERT, S. M. *National Ambulatory Medical Care Survey: 1994 Summary*. Hyattsville: National Center for Health Statistics, 1996. (Advance Data From Vital and Health Statistics; 273).
- SCHNEEWEIS, R. et al. Diagnosis clusters: A new tool for analyzing the content of medical care. *Med Care*, n. 21, p. 105-22, 1983.
- SMILKSTEIN, G. The family in family medicine, revisited, again. *J Fam Pract*, n. 39, p. 527-31, 1994.
- STAFFORD, R. et al. Trends in adult visits to primary care physicians in the United States. *Archives of Family Medicine*, 1998. (mimeografado).
- STARFIELD, B. Measuring the attainment of primary care. *J Med Educ*, n. 54, p. 361-9, 1979.
- _____. Primary care as part of U.S. health services reform. *JAMA*, n. 269, p. 3136-9, 1993.
- STEVENS, R. Graduate medical education: a continuing history. *J Med Educ*, n. 53, p. 1-18, 1978.
- STUSSMAN, B. *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1994 Emergency Department Summary*. Hyattsville: National Center for Health Statistics, 1996. (Advance Data From Vital and Health Statistics; 275.).
- WECHSLER, H. *Handbook of Medical Specialties*. New York: Human Sciences Press, 1976.
- WOODWELL, D. *National Ambulatory Medical Survey: 1995 Summary*. Hyattsville: National Center for Health Statistics, 1997. (Advance Data From Vital and Health Statistics; 286).

5. PROFISSIONAIS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, SUBESPECIALISTAS E OUTROS PROFISSIONAIS NÃO-MÉDICOS

Desde a Antiguidade, o médico tem sido o profissional de Medicina oficialmente aprovado, com outros tipos de profissionais de saúde auxiliando ou complementando o papel do médico na prestação de serviços de saúde. Onde a oferta de médicos era (ou ainda é) pequena, profissionais de saúde como enfermeiros e auxiliares substituíam-nos. A experimentação com os papéis da atenção primária ampliados para estes outros profissionais recebeu impulso pelo movimento dos “médicos dos pés descalços” na China, depois da revolução de 1949 e pelo treinamento de enfermeiros e “assistentes médicos” nos Estados Unidos iniciado nos anos 1960 e 1970.

Embora o papel destes profissionais não-médicos nunca tenha sido formalmente delineado, seu treinamento e envolvimento na atenção primária levanta questões referentes à relativa efetividade e eficiência de diferentes tipos de profissionais de saúde envolvidos na atenção primária. Estas questões eram particularmente notáveis nos Estados Unidos, onde a crescente especialização estava produzindo um excesso de subespecialistas às custas dos médicos de atenção primária. Além disso, nos Estados Unidos (em contraste com a maioria dos países industrializados), os serviços de atenção primária são prestados não apenas por clínicos gerais e médicos de família, mas também por pediatras e internistas generalistas. A responsabilidade pela atenção primária pode ser assumida por outros tipos de médicos mesmo em países

onde o médico de família é o suporte da atenção primária. Por exemplo, na Espanha e na Itália, os pediatras são os médicos de atenção primária para crianças abaixo de 14 anos de idade. Nos Estados Unidos, até uma época relativamente recente, os pediatras eram considerados os médicos de atenção primária para crianças abaixo de 14 anos de idade; agora a idade aumentou para incluir adolescentes. Serviços de obstetrícia, algumas vezes, não são considerados parte da medicina de família em alguns países, onde a atenção pré-natal de rotina é prestada por parteiras ou obstetras. Assim, a questão de quem oferece atenção primária melhor, e para quem, é relevante em quase todos os lugares porque as decisões influenciam a política tanto a respeito do conteúdo educacional como da organização e do financiamento dos serviços.

Uma questão envolve os méritos relativos da prestação de serviços de atenção primária à saúde por médicos de família em comparação com seus colegas “especialóides” (Fry e Horder, 1994) (ou seja, pediatras gerais e internistas gerais). O crescimento do poder e da influência de especialistas e uma tendência cada vez maior de alguns segmentos da população a acreditarem que a atenção especializada é melhor do que a atenção generalista, bem como afirmações precoces que outros especialistas prestam “atenção primária” (Aiken *et al.*, 1979), também levam a questões a respeito dos méritos relativos da atenção especializada e generalizada. Um caso especial de atenção “especialista” *versus* a “generalista” envolve a questão dos serviços a serem prestados a mulheres; em particular: os obstetras são médicos de atenção primária se, pelo menos, algumas mulheres acreditarem que eles são sua principal fonte de atenção? Uma terceira questão, de interesse particular nos Estados Unidos, refere-se aos profissionais de saúde não-médicos como prestadores de atenção primária. Finalmente, o papel da equipe na atenção primária requer considerações. As questões específicas a serem respondidas são: A prática da atenção primária é igualmente efetiva, não importando o tipo de médico? Ou existe uma justificativa teórica ou prática para limitar a prática da atenção primária a determinados tipos de médicos, talvez com auxílio de outros membros de uma “equipe”?

Uma observação especial: alguns médicos de atenção primária se ofendem com a designação “generalista”, particularmente quando contraposto ao termo “especialista” porque denota inferioridade na mente de algumas pessoas. Para os propósitos deste capítulo, o termo “generalista” é mantido porque é o sujeito da especialidade “generalismo”, que está em consideração (Smilkstein, 1994).

BASES TEÓRICAS PARA O MÉDICO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

O Dr. S. é um médico e um pesquisador biomédico reconhecido que começou a perder a visão no início de seus 60 anos. Devido à sua formação como médico e pesquisador distinto, ele não teve dificuldades em buscar os melhores oftalmologistas na área. Nem teve problemas para comunicar-se com eles. Ele falava sua língua e compartilhava de seu conhecimento. O Dr. S. recebeu um diagnóstico de degeneração macular, uma causa irreversível e progressiva da cegueira, e foi dito a ele que nada poderia ser feito. Apenas muito mais tarde, e por meio de discussões com outras pessoas que não eram profissionais, o Dr. S. descobriu que havia muito que podia ser feito por ele. Estas são suas palavras:

“Acredito que é raro o médico que tem tempo, energia e discernimento para devotar profunda atenção ao que está acontecendo ao resto de seu paciente. Pode ser que meu médico não possa fazer nada por meus olhos, mas por trás destes olhos encontra-se um homem ansioso e preocupado que precisa trabalhar, mas que agora está privado de seus ganhos costumeiros, e há muito que pode ser feito por ele. As complicações da cegueira não estão nos olhos, mas em outras partes. Uma delas é a sensação de ulceração na superfície anterior de ambas as tíbias a cerca de 30 centímetros do chão, que é a altura de uma mesa de centro convencional. Este é um problema de um paciente cego, mas não é mencionado em nenhum dos livros de oftalmologia. Acredito

que para a maioria dos oftalmologistas a cegueira representa um fracasso, assim como a morte representa o fracasso para o internista. O internista não tem de lidar com o paciente que morreu, mas o paciente que está cego continua a viver, e a incapacidade do oftalmologista em lidar com a cegueira tem um impacto importante sobre o paciente. Os oftalmologistas negam ao paciente qualquer outra ajuda porque eles se sentem derrotados. Os oftalmologistas não têm consciência de dezenas de auxílios que tornam a vida mais tolerável para o paciente cego.

Se meu médico tivesse me falado a respeito de relógios sonoros ou audiolivros, meu mundo teria se transformado de um inferno vivo para um inferno barulhento, e algumas vezes em paraíso.”

O Dr. S. passou pelos “melhores oftalmologistas disponíveis de acordo com todos os critérios profissionais”. Ele poderia ter se sentido melhor se tivesse sido examinado por um médico de atenção primária, com a consultoria de um oftalmologista.

De um ponto de vista teórico, os interesses e habilidades envolvidos na prestação da atenção deveriam ser diferentes daqueles envolvidos na atenção especializada. Os médicos que praticam a atenção primária devem tolerar a ambigüidade porque muitos problemas nunca alcançam o estágio de um diagnóstico que possa ser codificado utilizando a nomenclatura padrão de diagnóstico. Eles devem sentir-se confortáveis em estabelecer e manter um relacionamento com os pacientes e em lidar com problemas para os quais não há nenhuma aberração biológica demonstrável. Eles também devem ser capazes de manejar vários problemas de uma vez, mesmo que os problemas não estejam relacionados em etiologia ou patogênese. Além disso, no decorrer de longos períodos de tempo, os problemas dos pacientes mudam, e os especialistas que são adequados ao problema para o qual o paciente originalmente procurou atendimento podem ser desafiados além de suas habilidades e interesses quando outros tipos de problema surgem.

O progresso médico e as novas tecnologias oferecem o impulso para uma orientação crescentemente especializada cada vez maior; os mesmos fenômenos também requerem habilidades generalistas bem aguçadas. Melhores estratégias para o manejo melhorarão a expectativa de vida de forma que a complexidade do manejo da doença aumentará com o tempo; uma maior sobrevivência também resultará no conglomerado de diferentes tipos de doenças. Os problemas de saúde estão ficando mais complexos, com mais síndromes, incapacidades, insuficiências e deficiências do que aqueles que os médicos estão acostumados a ver. Tanto o envelhecimento das populações como o aumento da sobrevivência de indivíduos atingidos por problemas anatômicos, fisiológicos ou psicológicos estão, provavelmente, aumentando a necessidade da atenção domiciliar e de conhecimento acerca da existência de recursos na comunidade.

Na unidade de atenção primária, a doença se apresenta em um estágio mais inicial do que ocorre na atenção especializada porque os especialistas geralmente vêem os problemas depois que os pacientes tenham sido encaminhados por médicos de atenção primária. Já que o treinamento de especialistas ocorre em centros médicos terciários, ficam sujeitos a pacientes com problemas em um estágio mais diferenciado. Como resultado, os especialistas tendem a superestimar a probabilidade de enfermidades sérias em populações não examinadas, um fenômeno condizente com os achados de muitos estudos sobre a forma como as pessoas avaliam a probabilidade de eventos (Kahnemann *et al.*, 1982). Com base nestas considerações, um ponto de vista teórico sugere que a atenção primária deveria ser oferecida por indivíduos treinados para atenção primária em estabelecimentos de atenção primária e não por aqueles treinados em centros médicos terciários.

Os argumentos teóricos para que os médicos de atenção primária assumam a responsabilidade pela atenção primária são reforçados pela experiência em outras profissões, nos sistemas de saúde de outras nações industrializadas, e em sistemas organizados de atenção à saúde. Como Moore (1992) observou, a maioria das

outras profissões e indústrias emprega a especialização para lidar com uma complexidade crescente. Entretanto, quando o tamanho e a complexidade alcançam um determinado nível, as organizações empregam gerentes gerais que planejam, alocam recursos, supervisionam e coordenam o trabalho de especialistas, além de monitorar os resultados. Poucas nações industrializadas confiam em especialistas para a prestação de atenção primária; a maioria tem sistemas baseados no médico generalista com apoio de especialistas (Kaprio, 1979). Nos Estados Unidos, todos os sistemas organizados de serviço de saúde (como as formas de trabalho em grupo das organizações de manutenção da saúde [HMOs]) empregam médicos de atenção primária; no final dos anos 90, virtualmente, todos os graduados de programas de atenção primária teriam de fazer parte das HMOs se seus programas crescessem, conforme previsto, em 10% ao ano (Moore, 1992).

Evidências empíricas sobre os benefícios de um médico de atenção primária sustentam as noções teóricas. Quanto maior a proporção de médicos generalistas em uma comunidade, menor a frequência de hospitalização. Experiências na Suécia indicam que a atenção primária reduz o fluxo de pacientes para serviços especializados em atenção secundária, como consultórios e salas de emergência, e diminui os custos totais de atenção à saúde ajustados à idade (Moore, 1992). Dados de um estudo colaborativo internacional sobre a utilização da atenção médica mostrou que áreas com uma proporção maior de especialistas do que generalistas possuem maiores taxas de consultas médicas que não podem ser consideradas devidas a necessidades maiores de saúde (Kohn e White, 1976). Os especialistas podem tratar demasiadamente os pacientes de maneira superficial; por exemplo, os alergistas que tratam crianças e adultos com asma usam mais corticóides do que os médicos de família e os pediatras com quem foram comparados (Engel *et al.*, 1989).

Determinantes importantes da qualidade de atenção são a duração do treinamento em pós-graduação, a extensão da experiência com o problema específico em consideração e a

natureza da organização em que o médico trabalha (Palmer e Reilly, 1979). Os diversos papéis do médico podem influenciar grandemente a tomada de decisão, nem sempre em direções consistentes. Eisenberg (1986) caracterizou estes papéis como “profissionais de saúde de auto-satisfação”, “agentes do paciente” e “abonador do bem social”. Algumas vezes um papel predomina, enquanto outras vezes outro prevalece. Os médicos podem ter necessidades de “auto-satisfação” em termos de uma renda esperada porque encontram determinadas formas de prática que são mais satisfatórias para eles, porque foram treinados de determinadas formas que lhes são, portanto, mais confortáveis, porque o ambiente em que trabalham contém certas expectativas que podem ser difíceis de superar, ou porque suas associações ou colegas profissionais recomendam trabalhar de determinada forma. Atuar como agente do paciente também pode produzir diferenças no padrão de trabalho porque médicos diferentes podem interpretar as necessidades do paciente de forma diferente, porque os pacientes podem fazer demandas por determinados tipos de intervenções, ou porque a conveniência para o paciente pode ser considerada um fator crucial. Como “abonador do bem social”, os médicos podem tomar decisões com base em suas crenças a respeito das prioridades correspondentes. Por exemplo, eles podem estar preocupados quanto ao benefício de uma intervenção quando os recursos necessários poderiam ser mais benéficos para outros pacientes. Todas estas considerações podem contribuir de forma importante para a diferença nos modelos de prática entre os diferentes tipos de médicos para determinar as melhores abordagens para reduzir a variabilidade onde isto parecer desejável.

Se treinar especificamente em atenção primária for importante para sua prática, que evidências existem de que determinados tipos deste treinamento são superiores a outros? Em particular, o treinamento de médicos de família, internistas gerais e pediatras é igualmente efetivo? A literatura de pesquisa fornece uma riqueza de dados a respeito deste assunto. A maioria dos estudos aqui considerados foram realizados nos Estados Unidos,

o único país industrializado ocidental em que tanto internistas como pediatras têm o mesmo *status* como médicos de atenção primária em relação a médicos de família ou “generalistas”.

A literatura contém vários tipos de abordagem para comparar a prática dos médicos de família com os internistas gerais na atenção a adultos e dos médicos de família com os pediatras na atenção pediátrica. (Poucos estudos também incluíram especialistas de diferentes tipos em sua comparação.) Os métodos de diagnóstico e tratamento, os encaminhamentos e o uso de recursos foram estudados por diversos métodos, incluindo revisão de prontuários médicos, diários de consultas mantidos pelos médicos por vários dias, questionários enviados a médicos e pacientes programados (simulados). Alguns estudos foram de escopo nacional, enquanto outros foram limitados a instalações clínicas individuais. Alguns apenas descrevem as diferenças nas características da prática, enquanto outros avaliaram especificamente a qualidade técnica da atenção, a satisfação com a atenção por parte dos pacientes, reduções na utilização dos serviços ou alguns aspectos sobre resultados ou custos da atenção. Alguns poucos estudos abordaram a obtenção do aspecto singular da atenção; estes estão resumidos em outros capítulos.

Médicos de família, internistas gerais e pediatras gerais: perfis da prática

A *National Ambulatory Medical Care Haverly* [Pesquisa Nacional de Atenção Médica Ambulatorial] fornece informações descritivas a respeito de diversas características de pacientes, problemas do paciente e características da prática. Esta pesquisa pode ser usada para comparar as práticas de vários tipos de médicos. Por exemplo, os internistas gastam mais tempo com os pacientes (18,4 minutos) do que os médicos de família/generalistas (13,0 minutos). Os internistas pedem mais exames laboratoriais (73% das consultas) e radiografias (53% das consultas) do que os generalistas (34% e 19%, respectivamente). Os internistas também têm maior probabilidade de oferecer orientações referentes a problemas de

saúde (17,8% das consultas) do que os generalistas (12,4%), mas não há diferenças aparentes na freqüência de terapia para problemas emocionais (3%) (Noren *et al.*, 1980).

A mesma pesquisa tem sido utilizada para comparar as características das práticas de médicos de família e clínicos gerais com as dos pediatras. Os pediatras pedem mais exames laboratoriais, mas prescrevem menos medicamentos para as categorias importantes de doenças (febre, dor de garganta, dor abdominal, diarréia e dor de ouvido) (Fishbane e Starfield, 1981).

Os diários de consultas mantidos pelos médicos foram a fonte de informação em outra pesquisa nacional de entrevistas pessoais de médicos de família e pediatras. Um estudo desta pesquisa examinou a atenção fornecida a crianças com cinco tipos de consultas (paciente saudável e condições da pele, ouvidos, boca ou garganta e problemas do trato respiratório superior) e cinco diagnósticos principais (exame médico, infecções do trato respiratório superior, pneumonia, faringite, otite média) no ambiente ambulatorial. Os pediatras realizaram mais testes diagnósticos para todos os diagnósticos, realizaram mais imunizações e deram mais orientações sobre crescimento e desenvolvimento, mas ofereceram menos terapia específica do que os médicos de família. Entretanto, os médicos de família orientaram mais sobre assuntos de família e questões sexuais do que os pediatras. Os médicos de família também apresentaram maior probabilidade de oferecer uma variedade mais ampla de serviços, especialmente cirurgias menores, para cada faixa etária na infância (Starfield *et al.*, 1985).

A mesma pesquisa nacional foi utilizada para estudar uma amostra de 132 médicos de família e 102 internistas generalistas que completaram questionários e mantiveram diários de consultas em 3.737 e 2.250 consultas de adultos em consultório, respectivamente. A análise revelou que, em relação aos médicos de família, era duas vezes mais provável que os internistas generalistas pedissem exames de sangue, contagens sangüíneas, radiografias torácicas e eletrocardiogramas. Eles também gastaram

mais tempo com pacientes e os encaminharam e hospitalizaram em uma taxa maior, quer fossem levados em conta todos os pacientes, quer apenas aqueles com hipertensão essencial benigna. O preço médio por consulta para pacientes de internistas foi cerca de duas vezes maior que o dos médicos de família, mesmo depois do controle da variedade de características dos pacientes, da unidade de saúde e do médico (Cherkin *et al.*, 1987).

Embora estes dados tenham mais de uma década, análises similares de dados mais recentes sugerem que a situação nos Estados Unidos não mudou (D. Blumenthal *et al.*, manuscrito não publicado; Ferris *et al.*, 1998).

Foram comparados os métodos de diagnóstico de internistas e médicos de família utilizando assistentes de pesquisa que são treinados para apresentar problemas como se fossem pacientes reais. Por exemplo, os métodos de diagnóstico de nove médicos de família foram comparados com os de nove internistas, utilizando estes pacientes “programados” para apresentar três problemas clínicos. Os médicos de família fizeram menos perguntas sobre o histórico, requisitaram menos itens de dados sobre exames físicos e pediram menos exames laboratoriais. Em dois dos três problemas, o estudo revelou que os médicos de família perguntaram relativamente mais a respeito do estado mental e da situação de vida. Não houve diferenças significativas nos diagnósticos alcançados (Smith e McWhinney, 1975).

Em outro estudo utilizando simulações, foram comparados os métodos de diagnóstico de residentes do terceiro ano em medicina interna ($n = 31$) aos residentes de medicina de família ($n = 22$), utilizando descrições por escrito de cinco pacientes, cada um com um problema diferente. Os residentes em medicina de família perguntaram muito menos itens de exames físicos. Os custos laboratoriais foram maiores para os internistas, mas apenas para duas das simulações. Entretanto, os dois grupos de médicos não diferiram no número de hipóteses de diagnóstico (Scherger *et al.*, 1980).

Os prontuários médicos foram a fonte de informações em outras comparações da atenção prestada por diferentes tipos de

médicos de atenção primária. Em um destes estudos 520 pacientes foram aleatoriamente alocados para uma clínica de medicina interna ou de prática de família. Depois de aproximadamente dois anos, as fichas dos pacientes foram avaliadas em relação à frequência de consultas, solicitação de exames laboratoriais, número de encaminhamentos, consultas clínicas para problemas agudos, consultas em salas de emergência e frequência de consultas marcadas não realizadas. Os custos associados também foram calculados. Os pacientes examinados pelos internistas tiveram, em média, consultas mais frequentes na clínica de atenção primária, na sala de emergência e na clínica de atenção para problemas agudos. A probabilidade de faltas às consultas marcadas foi maior na clínica de atenção primária. O custo mediano anual total de exames laboratoriais para pacientes na clínica de medicina interna foi significativamente maior por causa das taxas maiores de encaminhamento para especialistas e valores mais altos de exames laboratoriais gerados por especialistas (Bertakis e Robbins, 1987).

Prontuários médicos também foram usados para estudar cerca de 2 mil pacientes internados de médicos de família e de internistas em relação à duração de sua hospitalização, aos gastos gerados, aos gastos gerados por dia, à disposição, número e tipo de diagnósticos e ao número de procedimentos. As únicas diferenças foram o número de diagnósticos; os médicos de família indicaram menos. A revisão de uma amostra aleatória de 50 fichas de médicos de família e uma amostra igual de 50 fichas de internistas não revelou diferenças na gravidade da doença, sendo que o ajuste multivariado para as diferenças no *case-mix* não alterou os achados (Franks e Dickinson, 1986).

Um estudo de atenção prestada a 10.608 adultos por grupos de 60 médicos de família e 245 internistas generalistas indicou que os pacientes de médicos de família tinham gastos farmacêuticos mais baixos e se consultaram menos com dermatologistas, psiquiatras e ginecologistas, mas fizeram uso de mais consultas de atenção de emergência (sem marcação), de forma que seus gastos totais não foram menores que aqueles dos pacientes de internistas

generalistas. As taxas de hospitalização, as taxas de consultas ambulatoriais e gastos com laboratório e radiografias foram os mesmos para os pacientes de médicos de família e de internistas generalistas (Selby *et al.*, 1998).

Uma pesquisa com médicos de família, internistas e ginecologistas/obstetras em Maryland solicitou aos médicos que relatassem a porcentagem de seus pacientes que havia sido encaminhada, a porcentagem para quem tinham sido encaminhados e a porcentagem não encaminhada. Os médicos de família receberam menos encaminhamentos do que os outros dois tipos de médicos, mas encaminharam a mesma porcentagem (10% – 11%) de pacientes que os generalistas (Sobal *et al.*, 1988).

Estes estudos indicam que a atenção oferecida por pediatras e internistas difere da atenção oferecida por médicos de família, pelo menos de algumas formas. Existe alguma evidência que sugira que isto esteja associado a uma menor satisfação, pior diagnóstico, pior manejo ou piores resultados da atenção? As categorias de estudo a seguir abordam estas questões.

Satisfação do paciente com a atenção. A satisfação dos pacientes com sua atenção tem sido estudada por entrevistas de acompanhamento por telefone, bem como por questionários enviados por correio. Em um estudo utilizando tanto prontuários médicos como entrevistas telefônicas, a satisfação foi maior entre os pacientes de médicos de família do que um grupo equivalente de pacientes examinados por internistas e pediatras (Farrell *et al.*, 1982).

Os questionários enviados aos pacientes forneceram informações de um estudo nacional em que os pacientes foram aleatoriamente amostrados a partir de diários de consultas mantidos por médicos de família e internistas. Foi perguntado a estes pacientes o quão satisfeitos eles estavam com a atenção médica que recebiam. Duzentos e treze pacientes adultos de 124 médicos de família e 218 pacientes de 98 internistas gerais responderam. Os pacientes de ambos os tipos de médicos relataram níveis similares de satisfação sobre as quatro dimensões medidas (acesso, humanização, qualidade e satisfação geral), mesmo depois que

diversas características dos pacientes, das unidades e do médico tivessem sido controladas (Cherkin *et al.*, 1988).

Qualidade técnica da atenção. O reconhecimento dos médicos a respeito dos problemas dos pacientes e sua aderência aos padrões profissionalmente definidos de atenção para diagnóstico e manejo na atenção primária foram estudados com várias abordagens, incluindo revisão de prontuários, entrevistas com médicos e auditoria de formulários de queixas.

As auditorias de prontuários médicos foram a base de um estudo que descobriu que os médicos de família registravam menos critérios de supervisão da saúde do que os pediatras, mas também o fazem ao registrar itens relacionados ao manejo da enfermidade (Thompson e Osborne, 1976).

Quando a qualidade da atenção foi julgada por meio do exame dos prontuários para verificar o diagnóstico e o manejo de problemas específicos, os especialistas tiveram desempenho melhor em sua própria área de treinamento especializado do que os médicos de família ou generalistas ou os especialistas atuando fora de sua área de especialidade (Payne *et al.*, 1984). Isto condiz com a conhecida relação entre volume de atenção e qualidade da atenção em unidades de pacientes internados em hospitais; quanto maior o volume de atenção para um problema por parte de um cirurgião específico ou de um hospital em geral, melhor a qualidade da atenção. Entretanto, a qualidade *geral* da atenção por parte de um determinado profissional ou unidade de saúde em particular não pode ser julgada pela qualidade da avaliação da atenção para qualquer diagnóstico específico, especialmente quando o diagnóstico selecionado reflete problemas geralmente observados na atenção especializada ao invés daqueles mais característicos da atenção primária.

Em uma pesquisa, uma amostra representativa de médicos em Maryland foi questionada a respeito de suas atitudes em relação aos pacientes com hipertensão. A probabilidade de que os médicos de família indicassem que pediriam determinados exames diagnósticos para os pacientes foi levemente menor. Eles também

foram mais cautelosos ao recomendar medicamentos anti-hipertensivos em casos de pressão arterial discretamente elevada, mas foram mais favoráveis a alguns regimes não-farmacológicos (redução de peso e de tabagismo, aumento de exercícios, redução da ingestão de álcool e dieta com menos colesterol) do que internistas ou outros especialistas. A probabilidade de todos os tipos de médicos apoiarem o uso de diuréticos para o tratamento inicial de pacientes com hipertensão leve foi a mesma (Cloher e Whelton, 1986).

Os pacientes também foram questionados a respeito do padrão de prática de seu médico. Em um destes estudos, calouros de faculdade foram perguntados a respeito de quanto aconselhamento de saúde tinham recebido de seus profissionais de atenção primária à saúde. Os pacientes dos internistas receberam mais orientações a respeito de tabagismo e uso de álcool do que os pacientes de pediatras ou médicos de família, receberam mais orientações sobre abuso de drogas e prevenção de doenças cardíacas do que os pacientes de pediatras, e receberam mais aconselhamento a respeito de controle de peso e nutrição do que os pacientes de médicos de família. Os pediatras deram mais conselhos a respeito de controle de peso do que os médicos de família, mas não ultrapassaram os internistas em qualquer das áreas acima mencionadas (Joffe *et al.*, 1988).

Em outro estudo, foi aplicado um teste de triagem a 1.452 pacientes que freqüentavam duas clínicas de atenção primária em um grande centro de atenção primária para identificar problemas psicossociais existentes. A probabilidade dos médicos de família reconhecerem problemas de saúde mental existentes foi menor do que para os internistas, mas o desenho da pesquisa não pôde determinar se as diferenças ocorreram devido a outras diferenças no estilo da prática nas duas clínicas ou devido à diferença do tipo de médico (Kessler *et al.*, 1985).

Em outro estudo, prontuários médicos e entrevistas de médicos de atenção primária foram usados para estudar a obtenção de um conjunto mínimo de padrões (desenvolvidos por consenso dos médicos) para o manejo de pacientes com quatro condições

indicadoras. As quatro condições eram a atenção a bebês normais, a atenção a mulheres grávidas, a atenção a adultos com diabetes recente e a atenção a pacientes com doença cardíaca congestiva. Foi solicitado que uma amostra aleatória de todos os médicos de um país participasse; a amostra incluía 34 médicos de família, 11 internistas, oito pediatras e oito obstetras com 523 bebês. Envolveu 363 gestantes, 244 pacientes diabéticos iniciais e 128 pacientes com doença cardíaca congestiva que passaram pelas unidades de saúde durante o período do estudo. Os dados foram coletados de prontuários médicos e entrevistas com os médicos. Os escores de manejo foram melhores para pediatras e obstetras para duas condições, atenção a crianças normais e gestantes, respectivamente, do que para os médicos de família. Para as outras duas condições, diabetes inicial em adultos e doença cardíaca congestiva, não houve nenhuma diferença entre os escores do manejo de médicos de família e de internistas. Nem as características do paciente nem da enfermidade explicaram as diferenças encontradas (Hulka *et al.*, 1976).

Também foram usados questionários em um estudo de 200 pediatras e 300 médicos de família na Geórgia escolhidos aleatoriamente para questionar a respeito de seu tratamento para enurese, seus hábitos de prescrição e seu conhecimento sobre os efeitos colaterais e tóxicos de antidepressivos tricíclicos. Um total de 190 médicos respondeu. Quase metade dos médicos de família e dos pediatras relatou o uso de antidepressivos tricíclicos para o manejo da enurese. Apenas um terço dos que prescrevem estes medicamentos estava consciente dos efeitos colaterais ou toxicidade desta classe de drogas. Entre os médicos que *não* prescreviam o medicamento, uma proporção maior de pediatras estava consciente dos efeitos colaterais e da toxicidade do que os médicos de família. Os pediatras tiveram maior probabilidade de tratar os pacientes por um período menor de tempo, de limitar novas prescrições e de promover a disponibilidade do xarope de ipeca em casa para uso quando a criança acidentalmente tomasse uma superdosagem (Rauber e Maroncelli, 1984).

Em uma avaliação de um sistema de revisão autorizado estadual, Brook e Williams (1976) verificaram formulários de queixas e descobriram que os médicos generalistas tinham uma proporção menor de injeções negadas pela organização de revisão autorizada do que os internistas, mas tiveram mais injeções negadas do que os pediatras. Entretanto, os generalistas tendiam, em média, a aplicar mais injeções por consulta e tiveram um número absoluto maior de injeções negadas por consulta do que os internistas ou pediatras. Os profissionais gerais tendiam a aplicar mais injeções, em média, por consulta do que outros tipos de médicos e tiveram números discretamente maiores de injeções negadas por consulta ambulatorial.

Vários estudos compararam os médicos de família com pediatras ou internistas apresentando a eles quadros clínicos hipotéticos. Em um estudo, os médicos foram questionados quanto ao uso de antibioticoterapia para um episódio agudo de rinite purulenta. Os médicos de família apresentaram maior probabilidade de relatar a prescrição de antibióticos, e a fazê-lo mais precocemente no curso da doença, do que os pediatras, exceto para crianças em salas de observação (onde a frequência de prescrições foi elevada e igual) (Schwartz *et al.*, 1997).

Médicos de família e pediatras foram pesquisados quanto à sua prática de imunização, particularmente no que se refere aos mecanismos para identificar crianças mal imunizadas e o uso de consultas com presença de doenças para fornecer as imunizações necessárias. Uma porcentagem discretamente maior de pediatras relatou a vacinação de crianças durante a doença crônica e consultas de acompanhamento e tiveram maior probabilidade de usar sistemas de rastreamento para detectar a baixa imunização (Szilagyi *et al.*, 1994). Entretanto, um estudo em um grande hospital militar sem qualquer barreira financeira para a atenção descobriu que as crianças acompanhadas por médicos de família tinham maior probabilidade de estar atualizadas nas imunizações do que as crianças acompanhadas por pediatras (Weese e Krauss, 1995).

Estudos de caso hipotético referentes à atenção de um paciente com diabetes, angina ou hipertensão foram apresentados

a médicos, os quais também foram questionados se recomendariam uma consulta de acompanhamento para o problema. Houve uma grande variação nas recomendações relatadas entre os tipos de doença (Petitti e Grumbach, 1993).

Em alguns lugares, os médicos de atenção primária cuidam de seus pacientes quando estão hospitalizados, levantando, assim, a questão de possíveis diferenças entre os médicos de família e outros especialistas em atenção primária. Em um grande estudo de 31.321 internações em todo um estado, as medidas de resultado da morbidade, mortalidade, duração da hospitalização e gastos hospitalares foram verificadas para as dez categorias mais comuns de diagnóstico. A distribuição de diagnósticos de internação foi a mesma para ambos os tipos de médicos, e não houve diferença na mortalidade ou nos gastos hospitalares uma vez que as características relevantes do paciente (incluindo a severidade na internação) e as características hospitalares foram levadas em conta. Pacientes de internistas apresentaram uma morbidade discretamente maior e tiveram hospitalizações discretamente mais longas (McCann *et al.*, 1995).

Em nenhuma destas comparações entre os médicos de família e pediatras ou internistas foram examinadas as características da unidade de atenção primária, independente da probabilidade de que a força dessas características pudesse contar para diferenças na variabilidade da atenção fornecida, tanto dentro das especialidades em atenção primária quanto através delas.

Utilização, custos e resultados da atenção. Tanto a abordagem retrospectiva quanto a prospectiva mostraram poucas diferenças sistemáticas no uso de recursos e nos resultados da atenção. Alguns estudos sugerem que os médicos de família são os profissionais de atenção primária mais eficientes e efetivos, enquanto outros não mostram nenhuma diferença ou uma vantagem para internistas e pediatras.

Por exemplo, houve poucas diferenças em um estudo de atenção em duas clínicas envolvendo pediatras. Em uma das clínicas, entretanto, os internistas e trabalhadores de saúde

envolvidos formavam equipes com os pediatras de forma a gerar uma orientação para a família com crianças e pais recebendo atenção na mesma clínica. Nas duas clínicas, os prontuários médicos foram revisados em termos de (1) uso geral do centro, (2) imunizações realizadas, (3) processos e resultados em três problemas (cárie dental, anemia ferropriva e infecções respiratórias), (4) percepção dos pais sobre o estado de saúde dos filhos, (5) percepção dos pais sobre o comportamento dos filhos, (6) visão dos pais a respeito do centro, e (7) atitudes dos pais em relação à eficácia da atenção médica. Houve poucas diferenças mensuráveis na utilização e no resultado entre os dois grupos de crianças. Onde houve diferenças, elas tenderam a favor da abordagem familiar: crianças mais velhas permaneceram na clínica ao invés de procurar outro lugar conforme cresciam; as imunizações foram, de certa forma, mais oportunas; e as crianças pareceram passar por menos consultas, no decorrer do tempo, em outras fontes de atenção além do centro de saúde (San Agustín *et al.*, 1982).

Outro estudo envolvendo pediatras encontrou diferenças. Este estudo utilizou um desenho prospectivo para avaliar a competência relativa de pediatras e generalistas no manejo de doenças febris entre 259 crianças abaixo de dez anos de idade, um grupo em uma sala de emergência de um hospital infantil, e outro grupo em um hospital geral do Canadá. Ambos os grupos de crianças foram similares em suas características demográficas, nas queixas apresentadas e no grau e duração da febre. Foi realizada uma entrevista por telefone duas semanas depois da consulta para determinar resultados com base na duração da doença aguda, em maiores contatos com o médico ou hospitalizações. Embora não tenha sido encontrada nenhuma diferença significativa nos resultados medidos de doença febril, pôde ser discernida uma tendência em favor dos pediatras no que se refere a duas medidas: sintomas não resolvidos em duas semanas (8,3% *vs* 12,5%) e hospitalização subsequente (0,8% *vs* 3,0%). A frequência geral de uso de laboratório e prescrição de antibióticos foi a mesma para ambos os tipos de médicos, mas foram encontradas diferenças significativas no tipo de exame: generalistas pediram mais

radiografias e menos exames microbiológicos do que os pediatras (Leduc e Pless, 1982).

Estudos de caso-controle encontraram poucas vantagens sistemáticas na atenção pediátrica por um tipo de médico comparado a outro. Em um destes estudos, os pediatras e os médicos de família foram comparados no que se refere à sua habilidade em reconhecer uma doença severa aguda ou em evitar complicações preveníveis. Crianças que tiveram contato com um médico mais de 24 horas antes de sua consulta na sala de emergência foram divididas em dois grupos, um com resultados aceitáveis e o outro com complicações potencialmente preveníveis ou diagnosticáveis, além de tratamento ou encaminhamento retardados. Casos e controles foram comparados por idade, condição socioeconômica e tipo de doença. Em entrevistas de acompanhamento com os pacientes, não houve evidências de uma atenção melhor por parte de pediatras do que de médicos de família mesmo depois de considerar outros fatores que poderiam ter influenciado os resultados (Kramer *et al.*, 1984).

Outro estudo de caso-controle utilizou prontuários médicos e entrevistas por telefone para avaliar a utilização e os custos da atenção em um grupo de 45 pacientes de médicos de família comparados a 63 pacientes que freqüentavam clínicas médicas e pediátricas em um período de 33 meses. Apesar de uma prevalência 25% maior de problemas médicos crônicos significativos, os pacientes de unidades de família utilizaram a atenção especializada menos da metade das vezes dos outros pacientes (0,9 *vs* 1,8 consultas por ano), embora eles tenham tido uma média de uma consulta a mais por ano devido a taxas de consulta mais altas para seus médicos de família (4,4 *vs* 2,5 consultas por ano). Os custos para os procedimentos não diferiram (Farrell *et al.*, 1982).

Estudos sobre a atenção à saúde do adulto também falharam em mostrar diferenças sistemáticas entre internistas e generalistas. Em um estudo, os encargos para atenção ambulatorial e atenção continuada ao paciente prescritos por residentes em medicina interna foram comparados aos da medicina de família para consultas de pacientes com um de quatro diagnósticos: doença cardíaca

congestiva, diabetes, doença articular degenerativa ou hipertensão. Foram verificados os prontuários de 4.991 consultas na clínica de medicina interna e de 700 consultas na clínica de medicina de família foram auditados. Os encargos por consulta na clínica de medicina interna foram maiores do que os da clínica de medicina de família depois de considerar as diferenças na idade dos pacientes, no diagnóstico e na severidade do problema. Entretanto, os médicos de família marcaram consultas de acompanhamento com mais frequência, com intervalo mais curto entre as consultas. Como a duração total da atenção médica para os problemas selecionados (máximo de 18 meses) foi menor na medicina de família para apenas dois dos problemas e como o número de consultas para cada problema dentro do período total do estudo foi maior, os encargos totais no período do estudo foram similares para os dois tipos de residentes, embora os encargos por consulta tenham sido muito maiores para os pacientes dos internistas (Bennett *et al.*, 1983).

Outro estudo comparou o efeito da especialidade do médico e de sua certificação sobre os custos e resultados de atenção à saúde para 213 pacientes com doença pulmonar crônica, acompanhados por um ano. A função pulmonar dos pacientes, a capacidade funcional, o número de problemas médicos e a condição do seguro foram preditores do resultado, mas nem a especialidade do médico nem a certificação da comissão tiveram um impacto significativo sobre os resultados ou custos depois de controlar os outros fatores (Strauss *et al.*, 1986).

Médicos de família e internistas não parecem diferir em sua prática de hospitalização, mesmo depois do controle de várias características relacionadas à severidade da doença. Por exemplo, um estudo de 523 pacientes hospitalizados indicou que a duração da hospitalização e a taxa de reinternação na unidade de tratamento intensivo e no hospital, a severidade da doença, o diagnóstico na alta, a proporção dos pacientes que faleceram, o tempo até a morte, a taxa de consulta e os encargos hospitalares não diferiram significativamente entre os pacientes tratados pelos dois tipos de médicos (Hainer e Lawler, 1988).

Outro estudo comparou o tratamento do paciente internado por cetoacidose diabética pelos internistas e pelos médicos de família em um hospital-escola. O uso do laboratório e a duração da hospitalização foram estudados para 12 pacientes tratados por internistas e 16 pacientes tratados por médicos de família. A hospitalização foi mais longa e o número total de procedimentos laboratoriais e radiografias por paciente foi maior no grupo de medicina interna. Os níveis de glicose sérica e na urina foram comparáveis (Hamburger *et al.*, 1982).

Muitos destes estudos têm limitações em seu desenho, incluindo uma falta de possibilidade para detectar as verdadeiras diferenças e dificuldades em controlar diferenças no *case-mix* (Bowman, 1989). Apesar disso, os achados são marcadamente inconsistentes. Isto sugere que, independente das diferenças que existam entre os diferentes tipos de médicos de atenção primária no perfil da atenção, a satisfação do paciente, a qualidade técnica ou a utilização, os custos e os resultados da atenção podem ter mais a ver com *outros* fatores além do tipo de médico principal – médico de família, internista ou pediatra.

Médicos de atenção primária e outros especialistas

Em muitos países, as fronteiras entre a atenção primária e a atenção subespecializada são relativamente claras. Em outros, particularmente quando a prática subespecializada não está limitada a hospitais ou onde a atenção ao primeiro contato não está altamente desenvolvida, de forma que os pacientes podem ir diretamente a subespecialistas, a “qualidade” relativa da atenção prestada pelos dois tipos de médicos pode ser uma questão importante. Nos Estados Unidos, o poder e a influência cada vez maiores dos médicos de atenção primária está ameaçando o domínio histórico dos subespecialistas, existindo vários estudos recentes que compararam os dois tipos de médicos.

A maioria das comparações entre os médicos de atenção primária e outros especialistas examina a atenção de condições selecionadas que estão especialmente dentro do campo de ação

dos especialistas no estudo. Não é de surpreender que eles acreditem que a atenção especializada é superior.

Por exemplo, uma pesquisa nacional (EUA) com gastroenterologistas, médicos de família e internistas generalistas coletou dados sobre prescrições relatadas de antibioticoterapia para erradicar o *Helicobacter pylori*. Os especialistas adotaram a terapia com antibiótico antes que os generalistas, tanto antes quanto depois do tempo em que a eficácia do tratamento tinha sido estabelecida. Entretanto, os generalistas que trabalhavam em grupo com especialistas foram equivalentes aos gastroenterologistas em sua adoção desta terapia indicada, sugerindo que é mais provável que os esforços educacionais e promocionais alcancem diretamente os especialistas orientados para a enfermidade; depois eles os transmitem aos médicos de atenção primária que trabalham com eles (Hirth *et al.*, 1996).

Talvez a maior comparação entre médicos de atenção primária e especialistas orientados para a doença tenha sido realizada em três áreas urbanas dos Estados Unidos. Foi feita uma amostra de médicos de família, internistas generalistas, cardiologistas e endocrinologistas foram amostrados das HMOs, de grandes grupos multiespecializados e de grupos de especialidade única ou isolada caso apresentassem hipertensão, diabetes *mellitus* não insulino-dependente, infarto do miocárdio recente ou depressão. Depois do ajuste *case-mix* do paciente (tipo de doença e co-morbidade), não foi encontrada nenhuma diferença importante, exceto para as taxas de utilização mais altas entre os pacientes de internistas (Greenfield *et al.*, 1992). Uma análise adicional da atenção aos pacientes com diabetes *mellitus* ou hipertensão examinou a mortalidade e o estado de saúde (estados fisiológicos e psicológicos, bem como o funcionamento) depois de dois e quatro anos; a mortalidade foi acompanhada por sete anos. As únicas diferenças entre especialidades encontradas foram uma melhor condição de infecção e ulceração do pé entre pacientes de endocrinologistas e taxas mais altas de utilização entre os pacientes de internistas (Greenfield *et al.*, 1995).

Num estudo de 10.608 adultos em um modelo de HMOs em grupo, a atenção prestada por internistas generalistas foi comparada à atenção prestada por internistas subespecializados. Nesta HMOs, os internistas subespecializados tiveram de concordar em atuar tanto como médicos de atenção primária como subespecialistas em sua área específica de treinamento. Os custos para farmácia e serviços radiológicos, bem como as consultas de atendimento de urgência, foram mais altos entre os pacientes dos internistas subespecializados, mesmo depois que as diferenças na complexidade do problema de seus pacientes tivessem sido levadas em conta (Selby *et al.*, 1998).

Os quadros clínicos referentes a pacientes com sintomas possivelmente indicativos de sífilis foram enviados a internistas certificados por comissão e peritos em doenças sexualmente transmissíveis; comparados aos internistas, os peritos em doenças sexualmente transmissíveis pediram exames diagnósticos em uma probabilidade menor da doença, mas tiveram indicações mais altas para a realização de punção lombar para detecção da evidência de neurosífilis do que os internistas. Como os quadros eram hipotéticos, não havia uma forma para determinar a precisão dos diagnósticos nos dois grupos de médicos (Winkenwerder *et al.*, 1993).

Em um estado, os profissionais concordaram em registrar pacientes consecutivos que aparecessem com dor lombar aguda em um estudo. Os pacientes foram contatados por telefone periodicamente por até seis meses para avaliar a condição funcional, a condição de trabalho, o uso de serviços de saúde e a satisfação com a atenção recebida. Os pacientes de médicos de atenção primária urbanos, médicos de atenção primária rurais, quiropráticos ou ortopedistas não diferiram em tempo para recuperação ou volta ao trabalho; os custos médios foram mais altos para cirurgiões ortopédicos e quiropráticos. A satisfação foi mais alta entre os pacientes sob os cuidados dos quiropráticos (Carey *et al.*, 1995).

Em muitos países (ver Capítulo 15), pacientes hospitalizados são atendidos por médicos da equipe que são especialistas na condição específica ocasionando hospitalização, presumivelmente

devido à suposição de que os pacientes hospitalizados exigem a atenção do especialista orientado para a doença. Nestes países, há um papel claro e separado para os dois tipos de médicos. Em outros países, os médicos de atenção primária cuidam de seus pacientes hospitalizados, com a consulta de especialistas orientados para a doença conforme necessário. Embora este, geralmente, seja o caso dos Estados Unidos, há propostas para substituir o modelo médico de atenção primária/especialista por um modelo que envolveria o treinamento de um “hospitalista”. Este tipo de médico seria um médico de atenção primária treinado na atenção de problemas comuns de pacientes hospitalizados e assumiria seu atendimento com a consultoria apropriada do médico de atenção primária do próprio paciente e outros especialistas adequados. Esta abordagem está atualmente em uso em algumas organizações de atenção manejada (Wachter e Goldman, 1996). As perguntas a respeito da efetividade relativa da atenção hospitalar fornecida por médicos de atenção primária *versus* especialistas são relevantes em um contexto em que não há separação clara entre seus dois papéis isolados.

A atenção hospitalar de pacientes com infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral tem recebido considerável atenção da pesquisa porque ambos os tipos de pacientes são relativamente comuns e portanto, teoricamente, dentro da área de atuação da atenção primária. Um estudo mostrou que os pacientes admitidos ao serviço de neurologia em um hospital tiveram um perfil melhor de prognóstico e por isso tiveram maior probabilidade de ter melhores resultados do que os pacientes de internistas generalistas (Horner *et al.*, 1995). Por isso, estudos sobre a efetividade relativa dos dois tipos de médicos deveriam controlar a severidade dos problemas na internação. Um estudo subsequente pela mesma equipe de pesquisadores indicou que os pacientes tratados por neurologistas tiveram menor mortalidade e melhor condição funcional na alta, mas gerou um terço a mais de custos do que os pacientes de médicos de família e um quinto a mais de custos do que os pacientes de internistas como resultado da realização de mais exames diagnósticos. Os neurologistas também

apresentaram maior probabilidade de prescrever o anticoagulante varfarina, de iniciar precocemente a reabilitação e de liberar pacientes para as clínicas de reabilitação para pacientes internados do que para asilos (Mitchell *et al.*, 1996). Uma pesquisa de médicos em relação a seu manejo de pacientes com estenose da carótida extracraniana, que estão em alto risco de acidente vascular cerebral, revelou que os neurologistas e internistas tem maior probabilidade do que os cirurgiões de prescreverem antiagregantes de plaquetas ou aspirina. As diferenças no uso de anticoagulantes foram ainda maiores: os médicos de família apresentaram maior probabilidade de prescrevê-los, seguidos por internistas e, depois, neurologistas (Goldstein *et al.*, 1996).

Um grande estudo realizado em dois estados descobriu que o atendimento para pacientes internados por um cardiologista por infarto agudo do miocárdio resultou em melhor sobrevivência, em média, no ano seguinte, do que no caso de pacientes internados por médicos de atenção primária, depois do controle de uma variedade de características do paciente e do hospital, embora as diferenças não tenham sido grandes. Como é o caso em geral, o especialista orientado para a doença teve uma probabilidade muito maior de usar procedimentos cardíacos e medicamentos (Jollis *et al.*, 1996). Estes achados são apoiados por aqueles de outro estudo conduzido em dois estados, o qual descobriu que os cardiologistas acreditavam mais fortemente nos benefícios da terapia medicamentosa e apresentaram maior probabilidade de relatar a prescrição de medicamentos a pacientes com infarto agudo do miocárdio do que os internistas e médicos de família (Ayanian *et al.*, 1994).

A competência ao lidar com um problema vem não apenas com o treinamento, mas também com a prática; estudos demonstraram que a frequência com a qual um problema é encontrado é um importante determinante da qualidade da atenção. Portanto, não é de surpreender que os subespecialistas tratando pacientes com diagnósticos dentro do escopo de sua especialidade, geralmente, são tidos como aqueles que fornecem atenção de melhor qualidade para estes problemas do que os

especialistas de atenção primária. Entretanto, os subespecialistas gostariam de ser avaliados pela qualidade com que lidam com sintomas ou enfermidades vagos ou atenção preventiva fora dos interesses de sua subespecialidade? A questão não é apenas como os médicos de atenção primária lidam com enfermidades específicas, mas também como os especialistas desempenham as funções e tarefas da atenção primária.

Um dos desafios da atenção primária é decidir quando encaminhar a um subespecialista. A frequência de problemas em uma população da unidade de saúde, e não o interesse dos subespecialistas na atenção de enfermidades específicas, deveria determinar se a responsabilidade é do médico de atenção primária ou do especialista. Os subespecialistas e os médicos de atenção primária deveriam decidir conjuntamente quem deve ter a responsabilidade por tratar determinados tipos de problemas e em que estágios um encaminhamento é indicado; algumas vezes a atenção compartilhada é indicada. Estas decisões podem variar de área para área, conforme variam a incidência e a prevalência do problema.

No Reino Unido e na Espanha, por exemplo, a resposta à Declaração de Saint Vincent (que estabelece datas – limite para a redução de complicações do diabetes) reverteu, por meio da política governamental e profissional, a tendência dos médicos generalistas de encaminhar pacientes com diabetes *mellitus* não insulino-dependentes a especialistas em diabetes ou endocrinologistas. O diabetes *mellitus* não insulino-dependente foi declarado um problema de atenção primária e os médicos generalistas recebem pouco incentivo financeiro para assumir a atenção de pacientes que apresentam este quadro. Muitas equipes de generalistas estabeleceram clínicas especiais que seguem os protocolos para a atenção, envolvendo enfermeiras, como optometristas e pediatras. Centros de diabetes comunitários especiais estabelecidos por hospitais e que servem a populações de um quarto a um terço de milhão de pessoas apóiam as equipes de unidades de saúde geral para educação e para consulta. A troca de atenção especializada

pela atenção primária acompanha um aumento do reconhecimento da seriedade desta doença comum e compõe esforços concentrados para melhorar a atenção por meio de metas compartilhadas, ao invés de uma competição entre linhas da especialidade (Keen, 1996).

O caso especial da atenção para mulheres

Em alguns lugares, mais notavelmente nos Estados Unidos, uma proporção substancial de mulheres busca os serviços de um ginecologista/obstetra em vez de um médico de família ou internista generalista. Certamente, muitas das preocupações de saúde das mulheres não são diretamente experimentadas por homens: planejamento familiar, gravidez indesejada, infertilidade, infecções do sistema reprodutivo feminino, exames para câncer do sistema reprodutivo feminino, avaliação do risco de concepção e atenção para maternidade não complicada, bem como abuso sexual por parte do cônjuge. Nos Estados Unidos, cerca de um terço dos médicos de família prestam atenção obstétrica. Estudos que foram relatados não mostram diferenças nos resultados, pelo menos para pacientes sem distúrbios latentes graves.

Vários estudos compararam os médicos de família e obstetras para atenção relacionada à gestação. Os partos foram atribuídos a médicos de família ou obstetras, de acordo com quem forneceu a atenção pré-natal. Os escores de risco foram indicados para cada uma de 1.942 gestações para explorar a probabilidade de diferenças em riscos biológicos nos dois grupos de pacientes; não foi encontrada nenhuma diferença. As pacientes de médicos de família tiveram uma incidência significativamente menor de cesarianas, uso de fórceps, diagnósticos de desproporção céfalo-pélvica e nascimentos prematuros, apesar de uma porcentagem muito maior de mulheres com alto risco resultante de carências sociais (Deutchman *et al.*, 1995).

Em uma revisão retrospectiva de prontuários médicos em cinco locais nos Estados Unidos, mulheres que foram atendidas por médicos de família durante a gestação apresentaram menor

probabilidade de receber anestesia peridural durante o trabalho de parto ou uma episiotomia durante o parto e apresentaram taxas menores de cesarianas do que as pacientes que foram atendidas por obstetras, mesmo depois do ajuste para outros fatores que poderiam ter exercido influência. Os resultados neonatais e maternos nos dois grupos de mulheres foram similares (Huetson *et al.*, 1995a, b). Estes achados são condizentes com aqueles de um estudo anterior que consistia de um desenho retrospectivo pareado para comparar os resultados do manejo da atenção na gravidez de baixo risco prestado por médicos de família ou obstetras. Os médicos de família tiveram taxas mais baixas de indução do trabalho de parto, monitoramento fetal interno e externo, uso de analgesia com narcóticos e uso de oxitocina no pós-parto. Suas pacientes passaram menos tempo no hospital, tanto durante o trabalho de parto como no pós-parto (MacDonald *et al.*, 1993).

Para muitos outros tipos de necessidades de saúde, estudos mostraram que as mulheres não recebem atenção equivalente aos homens, mesmo quando o problema é o mesmo. Por exemplo, mulheres (e minorias) na Califórnia apresentaram significativamente menos probabilidade de receber sete dos nove procedimentos estudados, incluindo prótese de quadril, implantação de marca-passo e cirurgia de *bypass* coronário, mesmo depois do controle de outras características que pudessem causar diferença (Giacomini, 1996). Elas também apresentam menos probabilidade de receber a terapia indicada para infarto agudo do miocárdio (McLaughlin *et al.*, 1996).

Assim, pode ser que a falta de preparo geral de muitos médicos de atenção primária e de especialistas orientados para a doença em relação à atenção de problemas entre mulheres necessite de uma abordagem que melhore a probabilidade de que recebam a atenção equivalente para necessidades equivalentes. Uma abordagem de equipe, por exemplo, pode ser a mais apropriada (ver abaixo).

PROFISSIONAIS NÃO-MÉDICOS

Em algumas situações, principalmente nas nações em desenvolvimento, freqüentemente os prestadores de atenção primária não são médicos. Eles podem ser enfermeiros trabalhando na comunidade ou farmacêuticos ou pessoal treinado especificamente para um papel que não exige uma educação médica tradicional. As tarefas que são necessárias e os recursos disponíveis determinam o tipo de pessoal envolvido (Kaprio, 1979). Em nações industrializadas, o pessoal não-médico não desempenha um papel significativo na prestação da atenção primária, pelo menos quando definida como a obtenção de todos os aspectos exclusivos e essenciais da atenção primária. Entretanto, podem exercer um papel importante na melhora de determinados aspectos da atenção primária.

Poucos médicos trabalham sozinhos; a maioria tem, pelo menos, um outro indivíduo, que não seja um médico, para interagir com pacientes no consultório. Alguns destes membros da equipe simplesmente recebem os pacientes, marcam as consultas ou obtém e registram dados administrativos. Outros participam da consulta clínica por meio da realização das instruções do médico, como tomadas radiográficas ou coleta de sangue para exames laboratoriais, administração de medicamentos ou imunizações, ou auxiliar o médico a realizar um procedimento cirúrgico.

Em alguns lugares, os membros da equipe que não são médicos funcionam de forma mais independente, até mesmo examinando pacientes sob a orientação geral do médico ou como resultado de treinamento direcionado a capacitá-los para realizar determinadas funções por si mesmos. Em alguns casos, os membros do quadro que não são médicos desempenham funções que os médicos, provavelmente, não desempenham bem ou não o fazem com entusiasmo. Por exemplo, os enfermeiros podem fazer visitas domiciliares para ajudar a avaliar o problema do paciente, para ajudar um paciente sobre um tratamento médico ou para resolver algum problema social que esteja interferindo no tratamento médico.

Assim, existem três tipos de funções para profissionais não-médicos. Um tipo desempenha uma função “suplementar”, que amplia a eficiência do médico ao assumir parte das tarefas, geralmente aquelas que são de natureza técnica e, comumente, sob a orientação do médico. O segundo tipo existe quando os profissionais não-médicos prestam serviços que são geralmente prestados por médicos; funcionam como “substitutos”. O terceiro tipo de papel é “complementar” no qual estes profissionais ampliam a efetividade dos médicos fazendo coisas que os médicos não fazem, fazem mal, ou fazem relutantemente (Starfield, 1993).

A maioria das avaliações do papel e da efetividade dos profissionais não-médicos como substitutos de médicos foi realizada durante uma era em que havia uma diminuição perceptível de médicos e um esforço para treinar profissionais não-médicos para compensar esta diminuição. Estas avaliações foram consistentes no apoio ao papel para este pessoal na atenção primária, embora o papel nunca tenha sido especificado com precisão suficiente para distinguir as funções suplementares, substitutas e complementares. As poucas avaliações que foram realizadas demonstraram que profissionais não-médicos treinados poderiam oferecer atenção para muitos problemas agudos e crônicos, bem como atenção preventiva, em um nível de qualidade que igualou ou excedeu aquela fornecida pelos médicos (LeRoy, 1981; Record, 1981). Existem algumas funções que os profissionais não-médicos realizam melhor que os médicos: identificam mais sintomas e sinais em seus pacientes e prescrevem mais terapias não-medicamentosas do que os médicos (Simborg *et al.*, 1978). Também auxiliam, de forma efetiva, a pacientes para implementar os tratamentos continuados e difíceis em que os efeitos terapêuticos muitas vezes são demorados (Starfield e Sharp, 1968).

Uma revisão de 155 estudos referentes a profissionais de enfermagem conduzida no Canadá e nos Estados Unidos (Canadian Medical Association, 1995) descobriu apenas um punhado de estudos que foram considerados metodologicamente sólidos e alcançaram resultados para uma amostra suficientemente ampla de

práticas a serem consideradas como aplicáveis. Achados relativamente consistentes foram que o emprego de profissionais enfermeiros ou assistentes de médicos na atenção primária forneceu o potencial para um aumento no tamanho da prática, sem nenhum impacto adverso sobre a qualidade da atenção ou os custos gerais. O tempo gasto por estes profissionais de saúde foi muito maior do que o tempo gasto pelos médicos; cerca de um terço dos pacientes foram encaminhados ao médico para algum aspecto da atenção (Scherer, 1977). Assim, pode ser inferido que estes profissionais poderiam contribuir consideravelmente para a atenção primária, particularmente em áreas em que não há médicos de atenção primária suficientes para oferecer os serviços necessários.

Infelizmente, nenhum estudo examinou o potencial de profissionais não-médicos para realizar ou contribuir com as funções da atenção primária. Em teoria, pode ser inferido que tais profissionais podem melhorar a realização destes quatro aspectos. O primeiro contato poderia ser melhorado se a disponibilidade aumentada de serviços levar as pessoas a melhorar sua busca da atenção primária em vez de serviços de emergência ou unidades hospitalares para pacientes externos. A longitudinalidade poderia ser melhorada, pelo menos para alguns pacientes, se uma relação pessoal for estabelecida mais facilmente do que com o médico. Contribuições à integralidade poderiam surgir se estes profissionais complementarem o enfoque atual de serviços prestados por médicos. Como coordenadores da atenção, os enfermeiros podem ser superiores aos médicos. Entretanto, o estudo que examina o reconhecimento das informações a respeito dos pacientes que foi gerado fora da unidade de atenção primária indicou que os enfermeiros tinham funções igualmente fracas às dos médicos (Simborg *et al.*, 1978).

É evidente que a literatura não apóia fortemente um papel substituto para os profissionais de enfermagem ou assistentes médicos, pelo menos enquanto os médicos de atenção primária desejarem assumir a prestação destes serviços. Entretanto, provavelmente a atenção à saúde não funcionaria bem sem a

participação de profissionais não-médicos atuando em papéis suplementares ou complementares. Uma extensa revisão sobre o papel potencial de “assistentes médicos”, nos Estados Unidos, que estão em uma categoria separada dos profissionais de enfermagem, revelou que estes profissionais são, pelo menos até recentemente, cada vez mais empregados em instituições e clínicas para pacientes internados, em vez de na atenção primária para a qual foram originalmente indicados. Mesmo quando empregados em serviços para pacientes externos, é mais provável que trabalhem com um especialista médico e cirúrgico do que com médicos de atenção primária. Os estudos mostram que a delegação de tarefas e a supervisão de médicos é um determinante importante da produtividade do assistente médico; os papéis do assistente médico são claramente maiores na área da suplementação do que na substituição ou complementação (Jones e Cawley, 1994).

Pouco se sabe a respeito do quanto os serviços de saúde ou resultados de atenção são melhorados pelo trabalho em equipe ou sob quais condições as equipes funcionam mais eficientemente. A próxima seção aborda esta questão.

A EQUIPE NA PRÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O apoio para o “trabalho em equipe” na atenção primária está muito difundido, especialmente no Reino Unido, onde a prática de atenção primária é mais altamente desenvolvida. Naquele país, assim como em outros (por exemplo, Finlândia, Espanha e Portugal), o trabalho em equipe é ativamente estimulado pela política nacional, que até mesmo fornece apoio financeiro adicional (Pearson e Spencer, 1995). A composição da equipe de atenção primária varia. Médicos generalistas, enfermeiras de unidade e equipe de enfermagem comunitária (muitos dos quais com treinamento em serviço social) são invariavelmente incluídos; parteiras e farmacêuticos, que geralmente trabalham na comunidade, mas fora da unidade, são

geralmente, mas não sempre, incluídos. A relação com as equipes de atenção à saúde mental na comunidade e com os assistentes sociais foi menos claramente definida.

Uma estrutura (Tabela 5.1) para avaliar o funcionamento da equipe ajudaria a caracterizar tanto o potencial como as contribuições reais dos trabalhadores da equipe e para facilitar a avaliação de sua efetividade na contribuição para uma melhor efetividade e eficiência dos serviços. Esta estrutura apresenta três modelos de trabalho em equipe: o modelo Delegado, o modelo Colaborativo e o modelo Clínico por Consultoria. Provavelmente o mais comum é o modelo Delegado, no qual o médico é o “líder” da equipe. Os papéis são definidos de acordo com as tarefas que necessitam ser realizadas; as tarefas são relativamente divididas, de maneira formal, para que os profissionais não-médicos recebam a indicação de um papel amplamente suplementar (embora algumas tarefas possam ser complementares), sendo que as funções da atenção primária e da responsabilidade financeira são assumidas

Tabela 5.1
Três tipos de equipes

Modelo Delegado	Modelo Colaborador	Modelo Clínico por Consultoria
Possui líder de equipe	Sem líder de equipe	Sem líder de equipe pré-especificado
Divide as tarefas (papéis suplementares e complementares)	Tarefas compartilhadas (papel substituto)	Papel definido pela área clínica (variável entre os centros e estabelecimentos dependendo da combinação de interesses e habilidades pessoais)
Responsabilidade pelas funções da atenção primária assumidas pelo líder da equipe	Cada membro enfoca todas as funções da atenção primária	Aceitação da responsabilidade pelas funções da atenção primária não são claras e são instáveis (similar ao manejo da enfermidade)
Papel financeiro assumido pelo líder da equipe	Risco financeiro compartilhado	Tendência à especialização clínica, predispondo à hierarquia
<i>Locus</i> claro de responsabilidade legal (líder da equipe)	O <i>locus</i> de responsabilidade legal é a equipe As funções de longitudinalidade e coordenação exigem atenção especial Permite a escolha do profissional de atenção primária pelo paciente	O <i>locus</i> de responsabilidade legal não está claro

pelo líder da equipe. Neste modelo, a responsabilidade legal é claramente do médico.

O segundo modelo é o Colaborativo. Não há nenhum líder designado. As tarefas são compartilhadas; cada membro da equipe enfoca as funções da atenção primária. Tanto os riscos financeiros quanto as responsabilidades legais são compartilhados. Entretanto, há um “trabalhador-chave” escolhido (Stott, 1995), que poderia ser qualquer membro da equipe, para pacientes individuais; esta pessoa serviria como o *locus* da longitudinalidade pessoal para estes pacientes (Freeman e Hjortdahl, 1997). Assim, cada membro da população eletiva da unidade escolheria o indivíduo mais apropriado em virtude dos interesses e habilidades interpessoais para as expectativas do próprio paciente. Este modelo forma a base para os serviços de saúde prestados em muitos centros de saúde comunitários, como o “CLSC” [*Centre Locaux de Services Communitaires*] em Quebec, e em pelo menos algumas HMOs (particularmente o modelo de grupo e de equipe) nos Estados Unidos. Este tipo de modelo pode ser especialmente apropriado para a atenção à saúde de mulheres.

O terceiro modelo é o Clínico por Consultoria. Os papéis não são padronizados e variam de local para local, dependendo dos interesses e habilidades pessoais dos membros da equipe que decidem se afiliar. Este modelo promove a subspecialização clínica, com especialistas individuais trabalhando para prestar atenção a problemas em sua área de interesse, sem considerar se estes problemas necessitam, realmente, dos serviços do subspecialista. O modelo pode tender em direção a uma hierarquia maior com o tempo, conforme um especialista se torna dominante sobre o outro, por meio da oferta de serviços que demandem mais recursos. A aceitação da responsabilidade pelas quatro funções da atenção primária não é clara nem estável, semelhante à situação dos esquemas de manejo do caso de enfermidade (ver capítulo 8). O *locus* da responsabilidade tanto financeira quanto legal também pode não estar claro.

O crescimento no uso de clínicos de medicina alternativa (como os quiropráticos, naturopatas e profissionais da medicina oriental) bem como clínicos tradicionais não-médicos que exercem em áreas superpostas às dos médicos (como pediatras, psicólogos, optometristas e parteiras) podem tornar o terceiro modelo cada vez mais comum. Além disso, a política governamental em muitos lugares (incluindo o Medicare nos Estados Unidos e o Medicaid em muitos estados) permite o reembolso especificamente para alguns destes tipos de profissionais. Os planos de saúde nos Estados Unidos estão oferecendo cada vez mais acesso a estes clínicos (Cooper e Stoflet, 1996).

Um caso especial de “trabalho em equipe” é encontrado nas clínicas de manejo de enfermidades que fazem parte das unidades de atenção primária. Por exemplo, seis unidades de saúde gerais no sul de Londres, Inglaterra, utilizaram um estudo randomizado, controlado, no qual pacientes adultos com epilepsia foram indicados para uma clínica administrada por enfermeiros, enquanto os outros continuaram com seu atendimento médico. As clínicas administradas por enfermeiros substituíram o consultório sob protocolos definidos de atividade. Foi realizada uma consulta inicial e uma depois de três meses de acompanhamento e os pacientes responderam um questionário depois de seis meses. Foi alcançado um melhor manejo dos níveis sanguíneos adequados de medicação nas clínicas administradas por enfermeiros, o que geralmente resultou em uma mudança no manejo estabelecido anteriormente pelo médico (Ridsdale *et al.*, 1997). Assim, neste exemplo de trabalho em equipe, os diferentes profissionais que estão envolvidos complementam as habilidades específicas de outros.

O trabalho em equipe eficiente não é fácil de atingir. O mais evidente dos problemas é o desafio da comunicação e da transferência de informações que são necessárias para a coordenação da atenção. O número de linhas de comunicação necessário é não linear e é descrito pela equação $(n^2 - n) \div 2$, onde n = número de membros da equipe (Stott, 1995). Um método empírico é que a tomada de decisão fica otimizada com seis

membros da equipe; o trabalho em equipe é altamente improvável com mais de 12 membros (Stott, 1993).

Embora o ímpeto inicial para o trabalho em equipe (pelo menos nos Estados Unidos) tenha sido aumentar o potencial dos médicos da atenção primária, cuja oferta era baixa, outros imperativos agora estão à frente. Uma população em envelhecimento e um aumento nas doenças que duram mais ou recorrem mais freqüentemente têm criado a necessidade de uma abordagem da atenção primária que é mais ampla. É o encontro destas duas novas necessidades, além da melhora da oferta da atenção primária, que sustentarão o movimento em relação ao trabalho de equipe em todos os lugares.

IMPLICAÇÕES: O TREINAMENTO DOS MÉDICOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

A atenção primária deve ser prestada pelos clínicos mais treinados e mais habilitados nesta prática. A evidência resumida neste e nos Capítulos de 7 a 11 indicam que os médicos de família, internistas generalistas e pediatras são mais efetivos e mais eficientes na provisão das funções da atenção primária do que os especialistas. Se esta superioridade vai continuar, depende da capacidade de todos os médicos de atenção primária em responder aos desafios impostos pelas mudanças no padrão de doenças e em usar a nova tecnologia adequada para prevenir, curar ou melhorar a doença. Com as melhoras na sobrevivência, a complexidade da doença aumentará. As doenças com manifestações multissistêmicas e de etiologia multifatorial mudarão a forma como os profissionais de saúde lidam com as necessidades dos pacientes e como eles se relacionam com a comunidade.

Os médicos de atenção primária do futuro se tornarão administradores médicos e colaboradores de equipe em uma extensão muito maior do que no passado. Isto exigirá habilidades na alocação de recursos, integração e coordenação, além de monitoramento do

desempenho e garantia da qualidade. Os serviços de atenção domiciliar à saúde tornar-se-ão mais importantes, não para propósitos de manejo das doenças agudas, mas sim para a avaliação adequada de fatores sociais que complicam o diagnóstico e o manejo e para o atendimento de pacientes reclusos como resultado de incapacitação funcional. Os avanços na tecnologia da informação podem auxiliar no diagnóstico e no manejo. Também podem fornecer um mecanismo melhor para a obtenção de aconselhamento por consultores, bem como a atenção coordenada. Habilidades para adaptar e utilizar estes sistemas para a atenção primária terão de ser desenvolvidas. A epidemiologia clínica, a tomada de decisões, a economia e o treinamento nas ciências sociais e comportamentais relacionados à saúde e à atenção à saúde serão parte do armamento para formação do médico de atenção primária. O sucesso da atenção primária depende da adoção, por parte da sociedade, de sua importância e dos mecanismos para melhorá-la como ponto central em suas políticas de saúde para treinamento e prestação da atenção primária.

REFERÊNCIAS

- AIKEN L et al. The contribution of specialists to the delivery of primary care: A new perspective. *N Engl J Med* 1979; 300:1363-70.
- AYANIAN JZ, et al. Knowledge and practices of generalist and specialist physicians regarding drug therapy for acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1994; 331(17):1136-42.
- BENNETT MD, et al. Comparison of family medicine and internal medicine: Charges for continuing ambulatory care. *Med Care* 1983; 21(8):830-9.
- BERTAKIS K, ROBBINS J. Gatekeepers in primary care: A comparison of internal medicine and family practice. *J Fam Pract* 1987; 24:305-9.
- BOWMAN MA. The quality of care provided by family physicians. *J Fam Pract* 1989; 28(3):346-55.

BROOK R, WILLIAMS K. Evaluation of the New Mexico peer review system 1971 to 1973. *Med Care* 1976; a4(suppl):1-122.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. Cost-Effectiveness of Primary Health Care Providers: A Systematic Review. Working Paper (95-04). Ottawa: Canadian Medical Association, April 25, 1995.

CAREY, T. S. et al. The outcomes and costs of care for acute low back pain among patients seen by primary care practitioners, chiropractors, and orthopedic surgeons. *N Engl J Med* 1995; 339(14):913-7.

CHERKIN, D. C.; HART, G.; ROSENBLATT, R. A. Patient satisfaction with family physicians and general internists: Is there a difference? *J Fam Pract*, v. 26, n. 5, p. 543-51, 1988.

CHERKIN, D. C. et al. The use of medical resources by residency-trained family physicians and general internists. *Med Care*, v. 25, n. 6, p. 455-69, 1987.

CLOHER, T. P.; WHELTON, M. D. Physician approach to the recognition and initial management of hypertension. *Arch Intern Med*, n.146, p. 529-33, 1986.

COOPER, R. A.; STOFLET, S. J. Trends in the education and practice of alternative medicine clinicians. *Health Aff*, v. 15, n. 3, p. 226-38, 1996.

DEUTCHMAN, M.; SILLS, D.; CONNOR, P. D. Perinatal outcomes: A comparison between family physicians and obstetricians. *J Am Board Fam Pract*, n. 8, p. 440-7, 1995.

EISENBERG, J. *Doctor's Decisions and The Cost of Medical Care*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press Perspectives, 1986.

ENGEL W. et al. The treatment of patients with asthma by specialists and generalist. *Med Care*, n. 27, p. 306-14, 1989.

FARRELL, D.I.; WORTH, R.M.; MISHINA, K. Utilization and cost effectiveness of a family practice center. *J Fam Pract* v. 15, n. 5, p. 957-62, 1982.

FERRIS, T. et al. Changes in the daily practice of primary care for children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, n. 152, p. 227-33, 1998.

FISHBANE, M.; STARFIELD, B. Child health care in the United States: A comparison of pediatricians and general practitioners. *N Engl J Méd*, n. 305, p. 552-6, 1981.

FRANKS, P.; DICKINSON, J. C. Comparisons of family physicians and internists: Process and outcome in adult patients at a community hospital. *Med Care*, n. 24, p. 941-8, 1986.

FREEMAN, G.; HJORTDAHL, P. What future for continuity of care in general practice? *BMJ*, n. 314, p.1870-3, 1997.

FRY, J.; HORDER, J. *Primary Health Care in an International Context*. London: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1994.

GIACOMINI, M. K. Gender and ethnic differences in hospital-based procedures utilization in California. *Arch Intern Med*, n. 156, p.1217-24, 1996.

GOLDSTEIN L. et al. U.S. national survey of physician practices for the secondary and tertiary prevention of ischemic stroke. *Stroke*, v. 27, n. 9, p. 1473-8, 1996.

GREENFIELD, S. et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. Results from the medical outcomes study. *JAMA*, v. 267, n. 12, p. 1624-30, 1992.

GREENFIELD, S. et al. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin-dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. Results from the medical outcomes study. *JAMA*, v. 274, n. 18, p. 1436-44, 1995.

HAINER, B. J.; LAWLER, F. H. Comparison of critical care provided by family physicians and general internists. *JAMA*, v. 260, n. 3, p. 354-8, 1988.

HAMBURGER, S.; BARJENBRUCH, P.; SOFFER, A. Treatment of diabetic ketoacidosis by internists and family physicians: A comparative study. *J Fam Pract*, v. 14n. 4, p. 719-22, 1982.

HIRTH, R. A.; FENDRICK, A. M.; CHERNEW, M. E. Specialist and generalist physicians' adoption of antibiotic therapy to eradicate *Helicobacter pylori* infection. *Med Care*, v. 34, n. 12, p. 1199-204, 1996.

HORNER, R. D. et al. Relationship between physician specialty and the selection and outcome of ischemic stroke patients. *Health Serv Res*, v. 30, n. 2, p. :275-87, 1995.

HUESTON, W. J. et al. Practice variations between family physicians and obstetricians in the management of low-risk pregnancies. *J Fam Pract*, n. 40, p. 345-51, 1995a.

- _____; RUDY, M. Differences in labor and delivery experience in family physician- and obstetrician-supervised teaching services. *Fam Med*, v. 27, n. 3, p.182-7, 1995b.
- HULKA, B. S.; KUPPER, L. L.; CASSEL, J. C. Physician management in primary care. *Am J Public Health*, v. 66, n. 12, p.1173-9, 1976.
- JOFFE, A.; RADIUS, S.; GALL, M. Health counseling for adolescents: What they want, what they get, and who gives it. *Pediatrics*, n. 82, p. 481-5, 1988.
- JONES, E.; CAWLEY, . Physician assistants and health system reform. *JAMA*, n. 271, p. 1266-72, 1994.
- JOLLIS, J. G. et al. Outcomes of acute myocardial infarction according to the specialty of the admitting physician. *N Engl J Méd*, v. 335, n. 25, p. 1880-7, 1996.
- KAHNEMANN, D.; SLOVIG, P.; TVERSKY, A. *Judgement Under Uncertainty: Heuristics and Biases*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.
- KAPRIO, L. *Primary Health Care in Europe*. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 1979.
- KEEN, H. Management of non-insulin-dependent diabetes mellitus. The United Kingdom experience. *Ann Intern Med*, v. 123, n. 1, pt. 2, p. 156-9, 1996.
- KESSLER, L.; AMICK, B.; THOMPSON, J. Factors influencing the diagnosis of mental disorder among primary care patients. *Med Care*, n. 23, p. 50-62, 1985.
- KOHN, R.; WHITE, K. L. *Health Care: An International Study*. London: Oxford University Press, 1976.
- KRAMER, M. S.; ARSENAULT, L.; PLESS, I. B. The use of preventable advance outcomes to study the quality of child health care. *Med Care*, v. 22, n. 3, p. 223-30, 1984.
- LEDUC, D. G.; PLESS, I. B. Pediatricians and general practitioners: A comparison of the management of children with febrile illness. *Pediatrics*, v. 70, n. 4, p. 511-5, 1982.
- LEROY, L. *The costs and effectiveness of nurse practitioners: Case Study 16*. Washington, DC: U.S. Congress, Office of Technology Assessment, 1981.

MACDONALD, S. E.; VOAKLANDER, K.; BIRTWHISTLE, R. V. A comparison of family physicians' and obstetricians' intrapartum management of low-risk pregnancies. *J Fam Pract*, n. 37, p. 457-2, 1993.

MCCANN, K. P.; BOWMAN, M. A.; DAVIS, S. W. Morbidity, mortality, and charges for hospital care of the elderly: A comparison of internists' and family physicians' admissions. *J Fam Pract*, v. 40, n. 5, p. 443-8, 1995.

MCLAUGHLIN, T. J. et al. Adherence to national guidelines for drug treatment of suspected acute myocardial infraction: Evidence for under treatment in women and the elderly. *Arch Intern Med*, v. 156, n. 7, p. 799-805, 1996.

MITCHELL, J. B. et al. What role do neurologists play in determining the costs and outcomes of stroke patients. *Stroke*, v. 27, n. 11, p. 1937-43, 1996.

MOORE, G. The case of the disappearing generalist: Does it need to be solved? *Milbank Q*, v. 70, n. 2, p. 361-79, 1992.

NOREN, J. et al. Ambulatory medical care: A comparison of internists and family-general practitioners. *N Engl J Méd*, v. 301, n. 1, p. 11-6, 1980.

PALMER, R. H.; REILLY, M. Individual and institutional variables which may serve as indicators of quality of medical care. *Med Care*, n. 18, p. 693-717, 1979.

PAYNE, B.; LYONS, T.; NEWHAUS, E. Relationships of physician characteristics to performance quality and improvement. *Health Serv Res*, n. 19, p. 307-32, 1984.

PEARSON, P.; SPENCER, J. Pointers to effective teamwork: exploring primary care. *J Interprofessional Care*, v. 9, n. 2, p. 131-38, 1995.

PETITTI, D. B.; GRUMBACH, K. Variation in physicians' recommendations about revisit interval for the three common conditions. *J Fam Pract*, v. 37, n. 3, p. 235-40, 1993.

RAUBER, A.; MARONCELLI, R. Prescribing practices and knowledge of tricyclic antidepressants among physicians caring for children. *Pediatrics*, v. 73, n. 1, p. 107-9, 1984.

- RECORD, J. *Staffing Primary Care in 1990*. New York: Springer, 1981.
- RIDSDALE, L. et al. Feasibility and effects of nurse run clinics for patients with epilepsy in general practice: randomized controlled trial. *BMJ*, n. 314, p. 120-2, 1997.
- SAN AGUSTIN M. et al. A controlled clinical trial of “family care” compared with “child only care” in the comprehensive primary care of children. *Med Care*, v. 19, n. 2, p. 202-22, 1982.
- SCHERER, K. et al. Nurse practitioners in primary care. VII. A cohort study of 99 nurses and 79 associated physicians. *Can Med Assoc J*, v. 116, n. 8, p. 856-62, 1977.
- _____ et al. Comparison of diagnostic methods of family practice and internal medicine residents. *J Fam Pract*, v. 10, n. 1, p. 95-101, 1980.
- SCHWARTZ, R. et al. Antimicrobial prescribing for acute purulent rhinitis in children: A survey of pediatricians and family practitioners. *Pediatr Infect Dis J*, v. 16, n. 2, p. :185-90, 1997.
- SELBY, J. et al. *Differences in patterns and costs of primary care in a large HMO according to physician specialty*. 1998. (mimeografado).
- SIMBORG, D.; STARFIELD, B.; HORN, S. Physicians and non-physician health practitioners: The characteristics of their practice and their relationships. *Am J Public Health*; n. 68, p. 44-8, 1978.
- SMILKSTEIN, G. The family in family medicine revisited, again. *J Fam Pract*, n. 39, p. 527-31, 1994.
- SMITH, D. H.; MCWHINNEY, I. R. Comparison of the diagnostic methods of family physicians and internists. *J Med Educ*, n. 50, p. 264-70, 1975.
- SOBAL, J. et al. Self-reported referral patterns in practices of family/general practitioners, internists, and obstetricians/gynecologists. *J Community Health*, v. 13, n. 3, p. 171, 1988.
- STARFIELD, B. Roles and functions of non-physician practitioners in primary care. In: CLAWSON, D.; OSTERWEIS, M. (Eds). *The Role of Physician Assistants and Nurse Practitioners*. Washington, D.C.: Association of Academic Health Centers, 1993. p. 11-20.
- _____; SHARP, E. Ambulatory pediatric care: The role of the nurse. *Med Care*, n. 6, p. 507-15, 1968.

- _____ ; HOEKELMAN, R. A. et al. Styles of care provided to children in the United States; A comparison by physician specialty. *J Fam Pract*, v. 21, n. 2, p. 133-8, 1985.
- STOTT, N. C. William Pickles Lecture 1993. When something is good, more of the same is not always better. *Br J Gen Pract*, v. 43, n. 371, p. 254-8, 1993.
- STOTT, N. C. H. Personal care and teamwork: Implications for the general practice-based primary health care team. *J Interprofessional Care*, v. 9, n. 2, p. 95-9, 1995.
- STRAUSS, M. J. et al. Cost and outcome of care for patients with chronic obstructive lung disease. *Med Care*; v. 24, n. 10, p. 915-24, 1986.
- SZILAGYI, P. G. et al. Immunization practices of pediatricians and family physicians in the United States. *Pediatrics*, v. 94, n. 4, p. 517-23, 1994.
- THOMPSON, H.; OSBORNE, C. Office records in the evaluation of quality of care. *Med Care*; n. 14, p. 294-314, 1976.
- WACHTER, R.; GOLDMAN, L. The emerging role of the “hospitalist” in the American health care system. *N Engl J Med*, n. 335, p. 514-7, 1996.
- WEESE, C. B.; KRAUSS, M. R. A “barrier-free” health care system does not ensure adequate vaccination of 2-year-old children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, n. 149, p. 1130-5, 1995.
- WINKENWERDER W. et al. Variation in the physicians’ decision-making thresholds in management of a sexually transmitted disease. *J Gen Intern Med*, v. 8, n. 7, p. 369-73, 1993.

6. ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Em uma conversa numa importante reunião profissional, um colega, ao ser solicitado a especular sobre como a atenção primária estaria organizada dali a cinco anos, respondeu que não tinha certeza como seria quando voltasse ao consultório naquela tarde!

Relatado por **JK** (1997)

Muitas características diferentes determinam a forma como os sistemas de saúde parecem e como eles operam. A multiplicidade destas características oferece oportunidade para inúmeras permutas e combinações, de forma que nenhum sistema de saúde é parecido nem atua da mesma forma que outro. Este é o caso da comparação entre países e entre subsistemas dentro dos países. Apesar disso, todos os sistemas de serviço à saúde encaram desafios similares: prestar serviços de saúde de forma efetiva, eficiente e equitativa.

O rápido acúmulo de conhecimento a respeito dos determinantes de saúde e o desenvolvimento de uma tecnologia complexa estão levando a uma capacidade aumentada de detectar e manejar a enfermidade, prevenir doenças e promover a saúde, mesmo em face de mudanças nos perfis demográficos como envelhecimento das populações e mudança nos padrões e riscos de enfermidade. Todos os países estão enfrentando o imperativo de alterar seus sistemas de saúde para responder melhor a estes desafios sem acabar com suas economias devido a gastos com serviços de saúde.

Assim, a reforma da atenção à saúde, que envolve mudanças importantes nas características dos sistemas de saúde, está progredindo em muitos países. Algumas destas mudanças são realmente inovadoras; outras são modificações com base em experiências em outros lugares. Este capítulo considera os aspectos básicos dos sistemas de atenção à saúde, as principais abordagens que estão sendo usadas para reformá-los, o provável impacto destas reformas sobre a atenção primária, além do caso especial de “atenção gerenciada”. Como há uma tendência à convergência de determinadas características de sistemas de saúde, esta discussão utilizará literatura internacional derivada basicamente de experiências das nações ocidentais industrializadas.

TIPOS DE SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os aspectos mais importantes que definem os sistemas de serviço de saúde no século mais recente consistem dos tipos de cobertura de seguro saúde, das características do provedor de seguridade (governamental, privado regulado pelo governo e organizações amplamente privadas) e dos mecanismos e tipos de reembolso para os profissionais (Organization for Economic Cooperation and Development, 1992). Os profissionais (de saúde) podem ser pagos diretamente pelos pacientes (com reembolso ao paciente para os serviços cobertos pelo seguro) ou pela seguradora, no total ou em parte em ambos os casos. Os três principais tipos de pagamento são salário (compensação fixa paga regularmente), capitação (pagamento fixo por indivíduo identificado como eletivo para a atenção), ou uma taxa para cada serviço, estabelecida de acordo com o que é comum e costumeiro na comunidade, negociada com grupos de profissionais, com base nos custos relativos dos serviços ou habilidades necessárias ou com base em encargos históricos (Tabela 6.1). No início do século XX, a taxa por serviço dominava como método de reembolso; com o passar do tempo, esta forma de pagamento diminuiu em todos os lugares. Os países sempre diferiram,

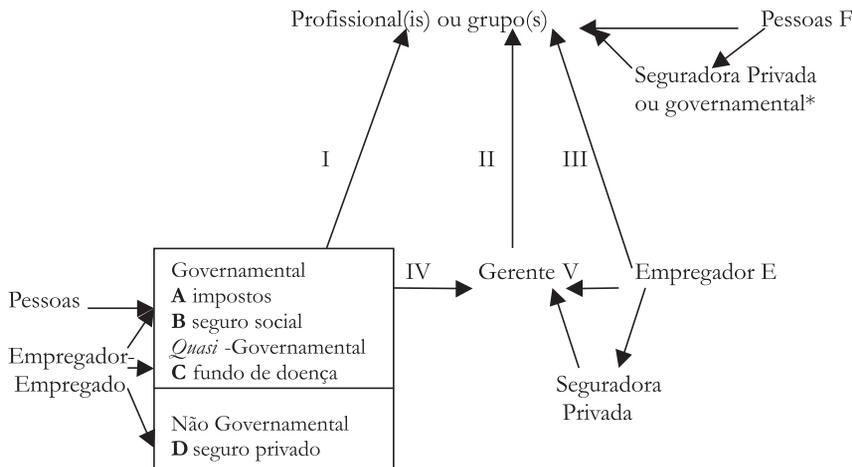
entretanto, no compromisso do governo quanto ao seu envolvimento no financiamento e organização dos serviços de saúde.

A Figura 6.1 mostra o grande número de possibilidades para financiamento dos serviços de atenção primária. As letras entre A e F caracterizam os pagadores. Os governos podem pagar os profissionais diretamente, com fundos obtidos de impostos (A) ou de fundos de seguridade social designados (B), como no caso do fundo Medicare, realizado a partir de contribuições de empregador-empregado. As contribuições de empregador-empregado também podem ser pagas em um fundo não-governamental e sem fins lucrativos (C), geralmente chamado “fundo de doença”; comumente, estes são regulados atentamente pelos governos. De forma alternativa, as contribuições de empregador-empregado podem ser pagas a uma empresa privada de seguros com fins lucrativos (D), como é, comumente, o caso nos Estados Unidos. Algumas vezes os próprios indivíduos pagam pelos serviços (F) (particularmente quando seu seguro básico não cobre todos os serviços ou quando há um copagamento) e algumas vezes adquirem seguros de empresas de seguros; este último caso, geralmente, é para suplementar a cobertura obtida por meio de outros mecanismos. Os próprios empregadores (E) podem ser os financiadores de serviços de saúde diretamente para os profissionais ou pelas companhias de seguro privadas.

Tabela 6.1
Três métodos de pagamento

<i>Taxa por serviço:</i> os profissionais são reembolsados por serviço ou procedimento prestado aos pacientes. Quanto mais serviços e maior o número e a complexidade dos mesmos, mais alto será o pagamento. Algumas vezes, os pacientes devem pagar ao médico no momento do serviço ou em resposta a uma cobrança posterior. O paciente pode ser reembolsado pelas companhias de seguro (planos de indenização). Em outros arranjos, os médicos podem ser pagos diretamente pelas companhias de seguro ou pelas instituições governamentais.
<i>Salário:</i> neste método de pagamento, os médicos recebem uma soma fixa de dinheiro com base na quantidade de tempo dedicada a seu trabalho profissional.
<i>Capitação:</i> neste método de pagamento, os profissionais são pagos de acordo com o número de pacientes indicados para receber seus serviços. Com esta forma de remuneração, os pacientes devem ser registrados por um período de tempo definido, que pode variar de 1 mês a 1 ano. Os profissionais não podem receber mais do que uma soma estabelecida de dinheiro pela prestação de serviços, a menos que as instituições ou administradoras do seguro ofereçam pagamentos adicionais sob circunstâncias predeterminadas ou por serviços que desejem estimular.

Figura 6.1
Financiamento e reembolso para serviços de atenção primária



Exemplos de diferentes países*

Alemanha	C (I V c II a)
Austrália	A I a
Canadá	A I a
Dinamarca	A I c
Espanha	A I b
Estados Unidos	
Medicaid	A I a, A I c, A (I V c II a,b,c)
Medicare (Parte B)	A I a, A I V c, II a,b,c
Centros de Saúde Comunitários	A I b
Atenção Gerenciada	D (I V a, c; II a, b, c); E (V a, c II a, b, c); E (III a b c)
Finlândia	A I b
França	C I a
Países Baixos	C I c
Reino Unido	A I c
Todos os lugares (Seguro Privado)	F a

Legenda:
I-V Ver Figura Acima
Reembolso
a taxa por serviço
b salário
c capitação

* Em quase todos os países, existem formas adicionais, por combinação e até mesmo algumas experimentais; por exemplo, contribuições de empregador-empregado para a aquisição de seguro privado (D I a); contribuições de prêmio por pessoa cobrindo aproximadamente 25% dos encargos do Medicare Parte B (Linha F).

Até recentemente, os pagadores pagavam diretamente pelos serviços (contratando e administrando os próprios serviços e clínicas) ou pagavam profissionais independentes para organizarem os serviços (rota I). O primeiro tipo era comum em países em que o governo tanto pagava como prestava os serviços. A introdução de outra classe, interposta entre pagadores e profissionais, tornou-se comum em muitos lugares e é conhecida como *atenção gerenciada*. Instituições governamentais, não-governamentais (rota IV) e os próprios empregadores (rota V) podem pagar organizações cuja função é pagar os profissionais (rota II). Quando os próprios empregadores pagam pelos serviços de saúde para seus empregados, eles podem fazê-lo diretamente (rota III) ou por meio de companhias de seguro ou organizações administrativas privadas (rota V). O mecanismo pelo qual os profissionais são pagos não precisa ter qualquer relação com o modo de financiamento; o reembolso da taxa por serviço, capitação ou salário pode caracterizar a maioria, se não todos, os diferentes arranjos de financiamento.

A parte inferior da Figura 6.1 caracteriza a forma mais comum de arranjos para financiamento e reembolso em vários países ocidentais industrializados diferentes, pelo menos desde meados dos anos 90, utilizando a designação Rota. Cada país é caracterizado pela forma principal de arranjo de financiamento (A-E), quer os profissionais sejam pagos direta ou indiretamente (I-V), e quer a maioria dos mecanismos de pagamento seja por taxa por serviço, capitação ou salário (a-c). Em muitos casos, existem arranjos diferentes mesmo dentro de países, dependendo do local e das circunstâncias.

TIPOS DE REFORMA DA ATENÇÃO À SAÚDE

As abordagens para a reforma da atenção à saúde são tão diversas quanto as possibilidades apresentadas pelas diferentes características do sistema de serviços de saúde. As reformas do serviço de saúde, embora possam ser catalogadas de diversas

formas (Office of Economic Cooperation and Development, 1996; Defever, 1995; Etheredge *et al.*, 1996), são de dois tipos principais: abordagens quanto à demanda e abordagens quanto à oferta. A primeira depende da instituição de desestímulos para a busca de serviços, enquanto a última limita os recursos que são disponibilizados para sustentar um sistema de serviços.

Abordagens relacionadas à demanda

Muitos países estão levando em conta os encargos ao usuário e outras barreiras para a atenção. Os encargos aos usuários tomam a forma de deduções (em que o primeiro valor definido de pagamento em um ano é assumido pelo paciente) ou de co-pagamentos (em que uma determinada proporção ou determinado valor em dólares pelos serviços oferecidos são pagos pelo paciente). As deduções são particularmente regressivas. Constituem uma importante barreira ao acesso à atenção para indivíduos de baixa renda e não são usadas, ou muito pouco usadas, na maioria dos países ocidentais industrializados (com exceção da Suíça e dos Estados Unidos) (Organization for Economic Cooperation and Development, 1995). Em alguns lugares, os co-pagamentos são impostos, ou são mais altos, apenas para alguns serviços. Este é o caso da opção “ponto de serviço” de muitos planos de atenção à saúde nos Estados Unidos: exigências de pagamento pelo paciente são maiores se o indivíduo preferir buscar atenção de um médico ou serviço não afiliado ao plano de saúde em que o paciente está registrado. Outras barreiras indicadas para diminuir a demanda pelos serviços incluem as características organizacionais, como tornar os serviços menos acessíveis; geralmente, isto toma forma por meio de exigências para a marcação de consulta para serviços de atenção aguda, aumento do tempo de espera para as marcações ou redução do número de linhas telefônicas disponíveis para marcar rapidamente as consultas. As barreiras nesta última categoria são, geralmente, instituídas pelos planos de saúde individuais ou pelos serviços e não por decisões políticas de larga escala. Os co-pagamentos,

entretanto, estão sendo cada vez mais adotados pelos formuladores de políticas, como uma forma de reduzir a demanda por serviços de atenção primária. Desde 1995, os únicos países da *Organization for Economic Cooperation and Development* [Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico] que não utilizavam co-pagamentos para serviços de atenção primária eram Alemanha, Reino Unido, Canadá, Grécia, Espanha e Turquia (Organization for Economic Cooperation and Development, 1995). No Reino Unido, os generalistas demonstraram publicamente sua oposição ao compartilhamento de custos por seus serviços.

Abordagens relacionadas à oferta

Nas abordagens relacionadas à oferta, as decisões políticas têm a intenção de mudar os incentivos para a prestação de serviços.

Limites globais. Durante os anos 80 e o começo dos anos 90, muitos países instituíram limites globais para os orçamentos para reduzir as crescentes taxas dos gastos com saúde. Em alguns países, estes limites foram instituídos em nível nacional; as negociações para o reembolso por serviços ou contratos para o fornecimento de serviços devem estar adequados dentro de um orçamento global estabelecido. Em outros lugares, estes orçamentos são estabelecidos em nível local (no caso de serviços cujo orçamento é regional e realizado por região) ou em nível de plano de saúde. Como estes orçamentos devem cobrir todos os serviços (não apenas serviços de atenção primária), eles, provavelmente, afetam todos os níveis de serviços de saúde, embora não necessariamente da mesma forma.

Estratégias de reembolso de médicos. Nos últimos 50 anos, as formas de pagamento outras que não a taxa por serviço têm sido usadas em diferentes países e mesmo dentro de países em diferentes tipos de organizações. Comumente, os especialistas têm sido pagos por salário, particularmente nos lugares em que trabalham basicamente em hospitais. O pagamento de taxa por serviço estimula a realização de exames e procedimentos, bem como o uso de serviços por meio de listas de espera mais curtas e

o retorno para acompanhamento. A capitação desestimula o uso de exames e procedimentos desnecessários (mas corre o risco de maus serviços relativos às necessidades dos pacientes). Entretanto, facilita o estabelecimento de boas relações com os pacientes (porque existe um contrato implícito entre os médicos e seu grupo de pacientes) e encoraja uma atenção precoce para evitar o gasto posterior de mais recursos. O salário tende a eliminar os incentivos por produtividade. Além disso, como implica uma relação empregador-empregado entre o pagador do salário e o médico, predispõe a uma estrutura burocrática dentro do sistema de serviços de saúde. Sem outros incentivos compensadores, também faltam os elementos construtivos de competição para produzir melhores serviços. Entretanto, elimina qualquer incentivo financeiro para fornecer serviços a mais ou a menos.

Scott e Hall (1995) revisaram 18 estudos referentes à remuneração de médicos de atenção primária; sete dos estudos avaliaram o impacto de diferentes modos de reembolso sobre o comportamento do médico, levando em consideração a qualidade do estudo. (Os 11 estudos restantes tratavam de diferenças no nível de reembolso.) Apesar das diferenças no desenho do estudo, as avaliações foram consistentes ao mostrar um aumento no uso de todos os tipos de serviços (número de visitas ao consultório e consultas domiciliares, exames laboratoriais) com mudança de reembolso por capitação para taxa por serviço. Nenhum dos estudos, entretanto, examinou o impacto das características do paciente sobre a natureza do efeito ou o impacto da mudança sobre aspectos da saúde dos pacientes.

Embora, há décadas, comum em alguns países, a capitação teve uma vida mais ampla em outros lugares, basicamente para o pagamento de médicos de atenção primária. (Em geral, os especialistas são pagos por salário na maioria dos países, onde trabalham basicamente em hospitais e dentro do orçamento do hospital.) Mudanças recentes nos Estados Unidos levaram a um rápido crescimento na proporção de médicos de atenção primária que são pagos por capitação e por salário (como funcionários de

grandes corporações de organizações de atenção à saúde, e não do governo, como no Reino Unido). Em uma tentativa de encontrar um meio-termo entre as relativas vantagens e desvantagens dos diferentes modos de pagamento, muitos países e organizações de atenção à saúde estão combinando-os em diferentes circunstâncias. Por exemplo, onde o modo é a capitação, os incentivos podem ser oferecidos por meio de taxa por serviço, pela atenção a problemas que tendem a ser negligenciados, ou para o cumprimento de objetivos de atenção preventiva. “Experimentos” mais abrangentes (geralmente sem avaliação formal) estão sendo desenvolvidos em muitos lugares, incluindo novos esquemas como a retomada da taxa por serviço para os médicos de atenção primária (para desestimular o encaminhamento de seus pacientes para especialistas) e a aceitação da capitação para outros especialistas (para reduzir a tendência de pedir exames e de realizar procedimentos).

“Gerenciamento” da atenção por parte dos médicos. Mesmo em países em que os médicos de atenção primária têm servido como ligação para outros serviços especializados, tem havido pouco controle tanto sobre os custos como a natureza da atenção prestada porque, uma vez que os pacientes são encaminhados, o médico de atenção primária tem pouca influência sobre o teor ou extensão da atenção prestada. Em muitos lugares, esta situação está mudando. Um típico exemplo disso é a “retenção de fundos”, em que os generalistas no Reino Unido recebem orçamentos para o pagamento por serviços (exceto aqueles cobertos por pagamento especial de incentivos). Estes profissionais da atenção primária contratam, então, serviços para serem prestados por outros especialistas. Como os hospitais não recebem mais orçamentos completamente abertos, os pagamentos realizados por generalistas são importantes para os hospitais e para os especialistas que neles trabalham; a competição pelos contratos de generalista tenciona tanto melhorar a atenção como diminuir os gastos gerais da atenção. Nos Estados Unidos, onde existe pouca experiência histórica com médicos de atenção primária atuando como um filtro para a atenção especializada, exceto para as organizações com modelo de equipe ou grupo, em que são

pagos por salário ou capitação, esta forma de controle do médico é relativamente nova e combinada, na maioria das vezes, com o controle gerencial para garantir que estes médicos mantenham uma taxa de encaminhamento relativamente baixa.

Gerenciamento de médicos por gerentes. Uma variedade de opções está disponível para os gerentes cujo objetivo é controlar o comportamento dos profissionais de saúde. Como um resultado da melhor (e, muitas vezes, eletrônica) coleta de dados, é possível traçar o perfil da prática dos médicos e compará-lo com outros para determinar a taxa de uso de vários tipos de serviços (consultas por paciente ou por tempo; exames laboratoriais por paciente ou por episódio de doença; taxa de encaminhamento por população de pacientes, por paciente ou por doença) e os custos de serviços em categorias diferentes ou no total. Os médicos que parecem não coEPOrar podem não ter seus contratos renovados, ou podem ter seus ganhos reduzidos por falha para atingirem metas preestabelecidas. Alternativamente, podem ser recompensados por manter a utilização ou os custos baixos entre os pacientes pelos quais são responsáveis; estas recompensas podem ter várias formas, incluindo a divisão dos lucros acumulados por organizações de atenção gerenciada com fins lucrativos. (Observação: a União Européia proíbe tais programas com fins lucrativos em seus países membros.) Outra forma de controle é a imposição de diretrizes para as práticas. Quando estas diretrizes são baseadas em evidências adequadas de efetividade, podem melhorar a prática (embora não reduzam, necessariamente, os custos). Quando baseadas em evidências inapropriadas ou inadequadas, elas se tornam meros agentes de controle sobre o critério e o julgamento do médico.

Restrições no âmbito da unidade. Em alguns lugares, os profissionais sofrem restrições para determinados tipos de condições e problemas apresentados por seus pacientes. Em alguns casos, isto é resultado de limitações nos tipos de problemas cobertos pelo seguro do paciente; em outros, a restrição é um resultado de “corte” do plano ou organização de saúde. Nos Estados Unidos, por exemplo, é comum que determinados tipos de problemas sejam financiados

separadamente, em geral por capitação, e manejados por um grupo de profissionais (geralmente não médicos) que são completamente separados do médico de atenção primária. Embora isto seja mais comum no caso de problemas mentais e comportamentais, também é cada vez mais comum para determinados problemas crônicos comuns, como asma e diabetes.

Existem várias tendências na organização e no financiamento que parecem ser comuns nas nações ocidentais industrializadas, se não no mundo em geral (Defever, 1995). Entre elas está uma tendência em tornar a competição mais operativa nos serviços de saúde. Sob competição, os profissionais e as organizações de serviços estão menos sujeitos à regulamentação pública ao decidir como fornecerá serviços e com quem. Em muitos países, as organizações de serviços recebem um nível definido de financiamento (incluindo, algumas vezes, ajudas de custo por perdas para compensar os custos elevados de populações idosas, pobres ou enfermas) e são cobradas pela responsabilidade do fornecimento de serviços. Os compradores dos serviços (pacientes ou, mais comumente, agentes de pessoas ou empregadores) são livres para escolher os profissionais ou organizações de serviços cujas características mais lhes agradam.

Outra tendência difusa é a privatização. Muitos países que anteriormente confiaram ao governo o fornecimento de serviços, pelo menos para alguns segmentos da população, agora estão se voltando para as organizações privadas e contratando-as para a prestação dos serviços. Estas abordagens são indicadas para diminuir a burocratização e aumentar a probabilidade de resposta dos consumidores. Entretanto, os custos mais baixos (um fundamento importante para a competição) geralmente não se materializam no caso dos serviços de saúde, principalmente porque o mercado muitas vezes impõe sua própria demanda aos competidores, resultando em um aumento nos custos da atenção (Defever, 1995).

Uma terceira tendência consiste da imposição de uma estrutura administrativa entre o pagador e o profissional dos serviços de saúde. Embora indicada para reduzir os custos por

meio do estímulo à inovação e ao monitoramento da utilização desnecessária dos serviços, um aumento na administração não-médica tem seus próprios custos que, geralmente, mais do que compensa as reduções planejadas. Grandes quantidades de documentação são necessárias para o microgerenciamento da utilização; os custos para a obtenção (dos profissionais de saúde) e para análise e manutenção de sistemas de informação podem ser consideráveis (Defever, 1995).

A aumentada descentralização das regiões também é um aspecto de muitas reformas do sistema de saúde. Ela é especialmente forte onde os fundos governamentais de impostos centrais (como na Dinamarca, Finlândia, Noruega, Espanha e Suécia) ou de seguradoras públicas (como na Alemanha, nos Países Baixos e na Suíça) fluem para os governos regionais. Em alguns destes países (Finlândia e Espanha), a região tanto paga como organiza os serviços de atenção primária, enquanto em outros, os serviços são fornecidos separadamente (Alemanha) ou há uma experimentação com contratos separados (como na Dinamarca, Suécia, Reino Unido e Catalunha, Espanha (Gérvas, 1996)).

Alguns destes aspectos da reforma fortalecem a posição do profissional de atenção primária. Outros, entretanto, enfraquecem diversos aspectos da prática de atenção primária e comprometem a obtenção de alguns ou todos os aspectos importantes da atenção primária.

REFORMA DA ATENÇÃO À SAÚDE E DA ATENÇÃO GERENCIADA

A atenção gerenciada é uma tentativa de controlar os custos e a oferta de serviços através de um conjunto de incentivos e desestímulos, impostos de fora, indicados para alterar a utilização dos serviços. Embora inicialmente imposta, de forma mais seletiva sobre o setor da atenção primária dos sistemas de serviços de saúde, ela tem efeitos indiretos sobre outros níveis do sistema de

saúde através de seu efeito sobre a atenção primária. Assim, a reforma da atenção à saúde e a atenção gerenciada têm levado a novos tipos de vínculo entre os diferentes níveis de sistemas de saúde, com um impulso geral em direção a uma maior integração entre eles. Quatro tipos de modelos são encontrados em diferentes graus, em diferentes lugares. As empresas integradas de saúde, que estão se tornando comuns no setor privado nos Estados Unidos, reúnem o seguro e a prestação de atenção à saúde sob um patrocínio. Assim, reproduzem os sistemas de saúde mais antigos financiados e operados pelo governo (como era comum nos sistemas de saúde dos países socialistas), mas desta vez sob patrocínio privado. Sistemas integrados de prestação, que são arranjos menos formais, geralmente envolvem contratos entre diferentes níveis do sistema de saúde (como serviços médicos de atenção primária, outros serviços especializados e atenção hospitalar) sob a administração conjunta e não uma propriedade conjunta. Vínculos entre os hospitais-escola e as organizações de manutenção da saúde (ou grupos de médicos) nos Estados Unidos podem formar sistemas integrados de saúde. Pouco se sabe a respeito da forma através da qual eles EPOram, sua permanência em um sistema de saúde mutável ou seu impacto sobre os custos ou qualidade da atenção. Um mecanismo bem menos formal de integração consiste na melhora do mecanismo para alcançar o fluxo de informação e coordenação dentro da atenção primária como parte de uma estrutura administrativa.

O fato de qualquer nação sensata, tendo observado que poderia oferecer pão dando aos padeiros uma compensação financeira para fabricar pães, deveria ir adiante e oferecer a um cirurgião uma compensação financeira por cortar sua perna, é de perder as esperanças na política humanitária.

George Bernard Shaw (1911)

Os esforços da reforma em muitos países do mundo há muito tempo se livraram das compensações pecuniárias de médicos que

tentavam ganhar através da realização de quantos procedimentos fossem possíveis, mesmo os inadequados. Mesmo nos Estados Unidos, onde a prática da taxa por serviço durou mais tempo do que em qualquer outra nação ocidental industrializada, este aspecto do “lucro” está de saída apenas para ser substituído por uma estrutura gerenciada corporativa do sistema de saúde com base no ganho privado e não na melhora da saúde da comunidade. Dentre essas nações ocidentais industrializadas, os Estados Unidos permanecem como o único país que ainda falha na garantia de cobertura financeira para todos os cidadãos.

Os arranjos organizacionais que estão assumindo uma importância cada vez maior em outros lugares obtiveram seu protótipo dos Estados Unidos. Estes são caracterizados por várias combinações e permutações de formato organizacional e reembolso. A tipologia convencional divide estas combinações em três tipos principais: organizações de manutenção da saúde (HMOs), organizações de prestadores preferenciais (PPOs – *preferred provider organizations*) e planos de indenização gerenciada (MIPs – *Managed indemnity plans*). A seção a seguir descreve estas formas de atenção.

Organizações de Manutenção da Saúde

Nos últimos 40 anos, a frequência do pré-pagamento por serviços tem aumentado gradualmente. Nesta forma de reembolso, pagadores terceirizados contratam médicos ou grupos de médicos. Em retorno pelo pré-pagamento, os profissionais concordam em oferecer um pacote de serviços definido em um contrato. Em algumas formas de pré-pagamento, estes médicos também correm pelo menos algum risco financeiro de custos da atenção que resultem de encaminhamentos ou hospitalizações, embora a maioria dos esquemas exclua determinados custos “catastróficos” sobre os quais o médico não tem controle. Estes esquemas são conhecidos como HMOs.

Em 1932, a *Commission on the Costs of Medical Care* [Comissão sobre Custos de Atenção Médica] nos Estados Unidos recomendou que a atenção à saúde fosse prestada por grupos organizados de

profissionais de saúde, preferivelmente em um ambiente hospitalar, com base no pré-pagamento. Embora a atenção fornecida por tais grupos organizados seja uma característica de muitos sistemas de atenção à saúde, é apenas nos Estados Unidos que eles são organizados basicamente dentro do setor privado e largamente reembolsados por planos de seguro privado.

Nas HMOs, o pagamento para médicos ou grupos é previamente fixado dependendo do número (e, algumas vezes, do tipo) de pacientes inscritos ou está sujeito a alguma participação nos riscos. Os médicos que trabalham na HMO devem controlar os gastos de atenção à saúde; se for prestada mais atenção do que a HMO tinha previsto, ela arcará com o déficit. Por outro lado, se muito pouca atenção for fornecida, a HMO poderá ser suspeita de não prestar a atenção necessária.

Originalmente, as HMOs eram organizações de serviço sem fins lucrativos que prestavam serviços clínicos. Na terminologia atual, entretanto, a HMO é geralmente o agente fiscal que fecha contrato com uma categoria administrativa ou diretamente com um grupo de atenção médica para fornecer serviços para sua população definida. Os médicos ou grupos de médicos dentro de uma HMO são de diversos tipos:

Modelo em equipes: os médicos trabalham diretamente para a HMO, mediante salário, mas, algumas vezes, com um bônus, dependendo dos ganhos da HMO ou de sua produtividade.

Modelo em grupo: a HMO contrata um grupo médico separado para fornecer seus serviços. Estes também são conhecidos como *serviços pré-pagos em grupo*, e os médicos podem ser pagos por meio de salário ou capitação. Em modelos de HMOs em rede, o contrato é celebrado com vários médicos ou serviços em grupo, em vez de apenas um.

Associação de unidades individuais (IPA – Individual Practice Association): a HMO contrata médicos individuais que estão em consultórios independentes ou um grupo de médicos cujos membros trabalham de forma independente, geralmente em

consultório individual ou em grupos de especialidade única. Como é o caso com outros tipos de HMOs, os planos da IPA exigem, tipicamente, que os médicos de atenção primária atuem como portas de entrada para seus pacientes. Este papel exige que aprovelem encaminhamentos, hospitalizações e procedimentos e exames de alto custo. Uma taxa de capitação é paga à HMO para cada pessoa inscrita. Os médicos podem receber uma capitação por serviços de atenção primária ou podem ser reembolsados de acordo com um esquema de taxa fixa para os serviços prestados; as taxas são tipicamente baseadas em uma porcentagem da taxa usual do médico. Os médicos de atenção primária podem receber capitação adicional pelo encaminhamento e serviços auxiliares arranjados pelo médico de atenção primária e pagos por taxa por serviço ou por um esquema de pagamento pré-arranjado. Geralmente, uma parte da taxa ou do pagamento de capitação é retido pela IPA. Se a utilização e os custos estiverem alinhados com as expectativas, o valor retido é devolvido aos médicos.

Todas as formas de planos da HMO podem ter um arranjo por *ponto de serviço*, no qual os pacientes são livres para buscar atendimento de médicos que não pertencem à HMO, mas pagam consideravelmente mais por fazê-lo.

Exceto nos modelos de HMOs em grupo ou equipe, os profissionais podem fechar contrato com as HMOs para atender a pacientes inscritos. Tipicamente, mantêm o direito de prestar serviços para várias HMOs e/ou para pacientes por taxa por serviço.

Planos de indenização gerenciada e organizações prestadoras preferenciais

Embora muitas vezes não estejam incluídas sob a rubrica da *atenção gerenciada*, porque não apresentam capitação nem arranjos salariais, pelo menos outras duas formas de microgerenciamento são comuns, principalmente nos Estados Unidos. Um plano de indenização gerenciada é um arranjo

convencional (indenização) de taxa por serviço, no qual o uso dos serviços e dos procedimentos é cuidadosamente monitorado.

Uma PPO é uma entidade administrativa que contrata empregadores ou seguradoras para fornecer serviços a indivíduos por uma taxa negociada, geralmente descontada abaixo do nível corrente. Em uma PPO, os pacientes podem escolher um médico, não importando se ele faz parte da PPO ou não. Se utilizarem um médico que não seja da PPO, os pacientes devem pagar uma taxa mais alta para cobertura do prejuízo. Em uma EPO (exclusive provider organization [organização prestadora exclusiva]), o uso de médicos que não façam parte da PPO não é coberto, exceto em situações de emergência. A EPO, portanto, é similar à IPA, com a exceção de que a EPO paga a seus médicos uma taxa por serviço negociada, enquanto a IPA, geralmente, divide o risco com seus médicos (e sempre com seus médicos de atenção primária) pela retenção de uma parte da capitação ou da taxa por serviço até que todas as despesas sejam cobradas. Esta parte não é devolvida a menos que as metas financeiras tenham sido atingidas.

Como parte integrante das PPOs, existe uma organização gerenciadora que exerce determinadas funções administrativas para monitorar o uso dos serviços. Estas podem incluir a autorização de pré-hospitalização (ou seja, aprovação de hospitalizações eletivas), opiniões de outros médicos antes de cirurgias, autorização de planos de tratamento para determinados serviços não-emergenciais, como serviços de saúde mental, e revisão da atenção médica prestada.

Muitos aspectos da atenção gerenciada são comuns em diferentes nações, embora em diferentes graus e extensão. Estes incluem a capitação, as portas de entrada (médicos de atenção primária como o ponto de primeiro contato para cada nova necessidade), taxas de usuários, educação do consumidor, diretrizes de prática médica, maior utilização de profissionais não-médicos quando estes podem substituir os médicos, melhores

sistemas de informação clínica e telemedicina, como uma extensão dos serviços de atenção primária (Smith, 1997).

Na Europa, a atenção gerenciada tende a ser definida como “um processo para maximizar o ganho em saúde de uma comunidade, dentro de recursos limitados, assegurando que uma variedade e um nível apropriado de serviços seja prestado e pelo monitoramento de um caso baseado em casos, para garantir a melhora continuada para atender às metas nacionais para saúde e as necessidades do indivíduo” (Fairfield *et al.*, 1997a). Esta visão enfoca os ganhos em saúde comunitária pela integração das políticas, descentralização do gerenciamento e manejo da atenção à saúde individual, incluindo o manejo da enfermidade que nunca é “moldado”, mas sim uma extensão da relação entre a atenção primária e os especialistas. Políticas nacionais (ausentes, de forma comparável, nos Estados Unidos, mas existentes em alguns graus apenas em poucos estados norte-americanos) tomam a forma da definição das necessidades em saúde, da avaliação da efetividade e do custo-efetividade do tratamento e o estabelecimento de prioridades (Fairfield *et al.*, 1997b). O estabelecimento das prioridades locais (substituído nos Estados Unidos pelas organizações privadas) enfoca o contrato com hospitais, especialistas e diferentes tipos de profissionais para fornecer os serviços além da atenção primária; a prática clínica é cada vez mais encorajada por diretrizes, e não pelo perfil médico, o que, geralmente, é usado de forma punitiva contra os médicos nos Estados Unidos. Os membros da Comunidade Européia lidam com a exigência de que os serviços de saúde sejam fornecidos de acordo com arranjos sem fins lucrativos – o oposto da tendência crescente de obtenção de lucro nos Estados Unidos. Além disso, o conceito de equidade na provisão de serviços de saúde, refletido no termo *solidariedade*, assegura que os valores subjacentes que guiam o desenvolvimento dos sistemas de serviço de saúde na Europa há décadas não estão sendo sacrificados nas reformas da atenção à saúde dirigidas para a contenção de despesas e melhora da qualidade da atenção.

ATENÇÃO GERENCIADA E ATENÇÃO PRIMÁRIA

Apesar da inclusão quase universal do conceito de “porta de entrada”, a atenção gerenciada não conduz, necessariamente, à obtenção da atenção primária. Onde a delegação de poderes ao médico de atenção primária para tomar decisões a respeito da atenção recebida pelas populações de pacientes está enfatizada, é provável que os quatro aspectos da atenção primária sejam facilitados. A atenção ao primeiro contato será melhorada não apenas tendo um médico de atenção primária como ponto de contato para todas as novas necessidades, mas, também, colocando a responsabilidade nas mãos dos médicos de atenção primária para realizarem encaminhamentos informados, quando necessário. A longitudinalidade será promovida por meio da vinculação formal da população com uma fonte identificável de atenção primária e, se este médico tiver sido livremente escolhido pelas pessoas, e de uma melhor probabilidade de que sejam desenvolvidas relações de longo prazo. A integralidade será estimulada pelo desenvolvimento de sistemas integrados, nos quais as necessidades das populações são documentadas e os serviços planejados, de forma que o nível mais adequado de atenção tenha a responsabilidade de fornecer os serviços apropriados. A coordenação também será facilitada por meio de vínculos mais formais entre os níveis de atenção e melhores linhas de comunicação e será aprimorada por mecanismos eletrônicos de fluxo de informações, para melhor integrar a atenção em diferentes níveis e tipos de profissionais. Nos Estados Unidos, por exemplo, a antiga equipe sem fins lucrativos e o modelo das HMOs em grupo, geralmente, desempenharam bem estas características.

Entretanto, as direções tomadas pela atenção gerenciada em sistemas de atenção à saúde, em que as principais metas são a contenção de custos e a competição, apresentam a probabilidade de serem contrárias à obtenção dos aspectos da atenção primária (Reid *et al.*, 1996; Starfield, 1997).

J.A. é uma cabeleireira de classe média que desenvolveu esporões de calcâneo, os quais fizeram com que ela interrompesse seu exercício diário de caminhada. Ela tem uma cirurgia marcada como paciente ambulatorial, mas relatou que lhe foi solicitado que consultasse seu “médico preliminar” para obter o encaminhamento. Quando perguntada se o que realmente quis dizer com “atenção preliminar” era “atenção primária”, ela disse, “Oh sim, atenção primária; esta é a palavra certa.”

J.A. (1997), Estados Unidos

Ao invés de ver a atenção de primeiro contato como uma estratégia para dar poder aos pacientes e seus médicos para entrar em um acordo em relação à estratégia de manejo clínico mais apropriada, a atenção gerenciada pode ser vista como uma barreira (a “preliminar” necessária) para outros serviços. Assim, o acesso ao primeiro contato é ameaçado por motivos lucrativos que impõem barreiras à busca da atenção primária com o interesse de reduzir os custos em curto prazo. A atenção gerenciada, que enfatiza a inscrição de populações mais saudáveis (como os empregados com ganhos), pode extrair, seletivamente, recursos dos segmentos menos saudáveis da população (desempregados, pobres, idosos), reduzindo, assim, seu acesso aos serviços necessários. Além disso, os planos por “ponto de serviço”, que permitem que os pacientes busquem atendimento em outros lugares sem discutir com seus médicos de atenção primária, podem melhorar a satisfação do consumidor em curto prazo, enquanto interfere ativamente com os benefícios da atenção de primeiro contato.

Embora a atenção gerenciada em teoria promova a longitudinalidade por meio da vinculação de pacientes com uma fonte de atenção primária, uma falta de apreciação da essência da longitudinalidade interfere ativamente em sua obtenção.

Uma recente comparação dos benefícios relativos de atenção fornecida por médicos de atenção primária e especialistas usou um estudo controlado, no qual homens idosos muito doentes, que receberam alta hospitalar, foram aleatoriamente indicados para

receber atenção continuada de uma equipe de médico-enfermeiro de atenção primária ou de uma clínica especializada, na qual tinham sido atendidos antes da hospitalização. *Os indivíduos que já tinham uma fonte identificável de atenção primária foram excluídos do estudo.* O acompanhamento seis meses depois não conseguiu encontrar qualquer diferença nos custos ou resultados de atenção para indivíduos nos dois grupos do estudo.

Estudo relatado em um periódico médico norte-americano de prestígio (1996).

Quando existe uma pequena familiaridade com o conceito ou significado da atenção primária, há uma tendência de equalizá-la com o tipo de médico que a fornece, e não com o próprio conceito. A longitudinalidade não pode ser alcançada sem tempo para fornecer o conhecimento necessário para atingir a atenção orientada para a pessoa. Os benefícios da longitudinalidade não podem ser alcançados em períodos inferiores a um ano, e quando a utilização não é freqüente, geralmente, leva vários anos. Muitas organizações de atenção gerenciada não apenas limitam a livre-escolha do médico; elas também quebram ativamente as relações médico-paciente por meio de negociações contratuais periódicas entre os empregadores e as organizações de atenção gerenciada, ou empregadores e grupos de médicos, que mudam a lista de grupos e médicos eletivos para participação no plano que é escolhido pelos pacientes. Como a competição, por definição, leva em si a expectativa de que estas mudanças realmente ocorram como “pacotes” mais atraentes disponibilizados no mercado, ela interfere ativamente no alcance da longitudinalidade. Vários estudos demonstram que a manutenção das relações com médicos específicos, geralmente, é interrompida por este processo (Commonwealth Fund, 1995; National Committee for Quality Assurance, 1995; Kerstein *et al.*, 1994; Commonwealth Quarterly, 1992). Por exemplo, em um estudo de pacientes em uma rede de 138 médicos comunitários em uma área urbana dos Estados Unidos, um em cada quatro pacientes com seguro de saúde de

IPA ou PPO apresentou uma mudança involuntária de médicos em um período de 2 anos (Flocke *et al.*, 1997).

Os sistemas de saúde direcionados ao mercado comprometem a integralidade pelo enfoque sobre a oferta de serviços que economizam dinheiro em curto prazo. Uma vez que não há incentivos para que mantenham um grupo específico de pacientes em longo prazo, eles não têm incentivos para fornecer serviços precoces no curso do desenvolvimento da má saúde ou para fornecer serviços preventivos com retornos do investimento apenas em longo prazo.

A coordenação da atenção não é, necessariamente, comprometida por sistemas de saúde direcionados ao mercado; na medida em que são partes de sistemas de saúde integrados com sistemas comuns de informação, a coordenação pode até mesmo ser melhorada. Entretanto, determinados aspectos destes sistemas agem contra o alcance da atenção coordenada. Os grupos limitados de subespecialistas reduzem a probabilidade de que o mais apropriado possa ser escolhido em casos de necessidade especial. Além disso, ela restringe a capacidade dos médicos de atenção primária de escolher o mais apropriado, porque, muitas vezes, eles devem fazer o encaminhamento para subespecialistas com os quais eles não estão familiarizados. Resumos escritos estão substituindo as discussões pessoais acerca dos pacientes (Roulidis e Schulman, 1994).

A história natural da atenção gerenciada nos Estados Unidos, com seu enfoque no ganho a curto prazo, não é um bom prognóstico para melhoras futuras na atenção primária. Existe pouco incentivo para os gerentes trabalharem com grupos de médicos e consumidores para adaptar modos de prestação de serviços que demonstraram melhorar a atenção. Muitas organizações de atenção gerenciada estão permitindo que os pacientes escolham os especialistas, principalmente ginecologistas/obstetras, como seu médico de atenção primária, ou que escolham tanto um generalista quanto um especialista como médicos de atenção primária duplos, negando, assim, todas as vantagens das quatro características da

atenção primária. Dessa forma, a atenção gerenciada, da maneira como está implementada nos Estados Unidos, está assumindo muitas das características da atenção primária convencional, ficando diferente apenas na autonomia reduzida do médico e no critério individual na atenção aos pacientes.

Na medida em que a atenção gerenciada invadiu meu consultório, a logística da competição para permanecer na Medicina tornou-se impraticável, porque o sistema exigia cada vez mais disputa com as companhias de seguros. Finalmente, vendi meu consultório ao hospital comunitário. O quadro de funcionários aumentou para três empregados mais uma “equipe de administração do serviço” no controle de todas as operações. Teoricamente, as horas de funcionamento foram expandidas, mas o médico estava cada vez menos disponível.

Dr. R.M., médico em New Jersey

O FUTURO DA REFORMA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os imperativos para a reforma decorrem de inadequações observadas na organização e no financiamento dos serviços que vêm ocorrendo há décadas. Estes imperativos incluem a contenção dos custos; os serviços de gerenciamento burocrático em sistemas altamente controlados; uma ausência de resposta aos consumidores em uma era de crescente informação ao consumidor, conhecimento e expectativa; e ausência de competitividade. Embora nem todos os sistemas estejam igualmente expostos a estas inadequações, todos apresentam algum grau delas em todos os países. A imposição de estratégias de reforma, na ausência de pesquisa e avaliação anteriores adequadas (e com pouca probabilidade de coleta sistemática de dados para monitorar seu impacto), certamente levará a suas próprias ineficiências e déficits. Onde está ocorrendo a reforma no setor privado com pouco envolvimento público ou

omissão de um órgão publicamente responsável, o único recurso para o desempenho inadequado é o recurso legal ou social para os déficits identificados. Nos Estados Unidos, esta microrregulação já está em evidência. As restrições ao acesso aos serviços resultaram em meios alternativos de oferta de serviços, onde são considerados necessários. A forma de crescimento mais rápida de planos de saúde é o plano por “ponto de serviço”, no qual os indivíduos podem optar por outro médico, além do médico de atenção primária ou especialista designado, pagando uma taxa extra para buscar atendimento com um médico de sua própria escolha fora do plano. Como apenas os que podem pagar taxas extras utilizarão esta opção, esta estratégia está basicamente direcionada à atração de indivíduos de renda mais alta para os planos de saúde.

Outros recursos são mais eqüitativos em seu efeito. Sérias restrições quanto ao uso dos serviços, incluindo hospitalizações máximas obrigatórias para várias condições (incluindo hospitalização de recém-nascidos no pós-parto) têm sido observadas por comprometerem a qualidade da atenção e, especialmente, por interferirem na autonomia do médico para julgar as necessidades específicas de um paciente individual. Assim, muitos estados aprovaram leis em resposta à proteção do profissional e do consumidor para subverter estas práticas de plano. Muitas regulamentações estaduais agora obrigam a cobertura de serviços específicos, como saúde mental, abuso de álcool e drogas, mamografia e atenção pré-natal. Alguns estados obrigam que os planos de saúde permitam que as pessoas busquem atendimento diretamente de especialistas; vários outros têm tais leis de acesso direto para serviços de ginecologia/obstetrícia. Muitos estados estabeleceram duração mínima de hospitalização para impedir que os planos de saúde se recusassem a pagar pela atenção hospitalar, especialmente para recém-nascidos (Hellinger, 1996). Infelizmente, nem todos os planos de saúde estão sujeitos às regulamentações estaduais, tornando, assim, estes recursos inaplicáveis a todos. Além disso, muitos destes “recursos” que são direcionados à limitação dos abusos da atenção gerenciada são contrários à obtenção de uma boa atenção primária.

A reforma da atenção à saúde (na forma de atenção gerenciada nos Estados Unidos) é geralmente vinculada à redução da taxa de aumentos em seus custos, mas não na redução destes custos ou em sua redistribuição. A evidência deste impacto sobre a qualidade da atenção é misturada, mas a avaliação está comprometida pelo excesso de tipos organizacionais e uma conseqüente incapacidade em atribuir o desempenho a arranjos organizacionais e financeiros específicos (Miller e Luft, 1997). Talvez seu principal efeito tenha sido a desprofissionalização dos médicos, principalmente os médicos de atenção primária, cuja autonomia sobre a tomada de decisão médica tem sido grandemente reduzida como resultado das estratégias de gerenciamento no setor privado. Efeitos similares ameaçam a Europa, embora a magnitude de seu efeito dependerá das políticas específicas assumidas pelos governos nacionais. A lição a ser tirada tanto do sucesso quanto das falhas da experiência norte-americana é a importância do desenvolvimento, da introdução e do uso de padrões científicos profissionais de qualidade, não apenas para os aspectos técnicos de atenção, mas, também, para os aspectos de prestação de serviços de saúde. A divisão de responsabilidade para o desenvolvimento destes padrões com grupos de consumidores corre o risco de contribuir para o processo de desprofissionalização (Groenewegen e Calnan, 1995), mas é provável que este seja bem mais preferível do que a perda da autonomia com base no controle gerencial com a meta principal da contenção de despesas.

O futuro de vários aspectos da atenção gerenciada é incerto. A Nova Zelândia abandonou a competição em favor da colaboração apenas alguns anos depois de sua implementação (Ham, 1997). Uma retração na vigorosa expansão da retenção competitiva de fundos no Reino Unido foi instituída com a volta do governo Trabalhista ao poder, em 1997. Mesmo nos Estados Unidos, o futuro da atenção gerenciada está em questão. Os esforços governamentais para colocar a população idosa (por quem o governo é financeiramente responsável na forma do Medicare) e as populações socialmente carentes (por quem os estados mantêm

a responsabilidade financeira na forma do Medicaid) nas organizações de atenção gerenciada, provavelmente, levarão a um aumento na inscrição dos indivíduos mais doentes nas organizações de atenção gerenciada, ameaçando, assim, a lucratividade que foi calculada a partir da inscrição preferencial de indivíduos menos doentes. Grupos de médicos têm mostrado um crescente interesse em competir com as organizações de atenção gerenciada pelos contratos com hospitais e empregadores. A preocupação pública quanto às inadequações observadas da atenção gerenciada, provavelmente, também ampliará e ameaçará ainda mais a liberdade relativa do setor privado de atenção gerenciada na determinação da forma que os serviços de saúde são prestados. Além disso, o rápido crescimento da inscrição em organizações de atenção gerenciada não impediu grandes aumentos nos custos da atenção à saúde, que quadruplicou de 1980 a 1995. Conforme a atenção gerenciada torna-se menos lucrativa, é improvável que continuará a atrair o capital que é necessário para sua expansão (Ginzburg e Ostow, 1997).

A multiplicidade dos possíveis arranjos para financiamento e organização de sistemas de atenção à saúde deixa um espaço considerável para a experimentação por diferentes sistemas de saúde pelas nações e dentro das nações. No passado, os esforços da reforma não foram acompanhados por esforços sistemáticos para avaliar seu impacto. Uma maior atenção às necessidades para estas avaliações, e com ênfase específica no impacto sobre a atenção primária, devem fornecer a melhor base para a escolha entre as abordagens alternativas.

REFERÊNCIAS

COMMONWEALTH FUND. *Report on the Results of a 1994 Survey of Patients' Experiences With Managed Care*. New York: Commonwealth Fund, 1995.

- COMMONWEALTH QUARTERLY. New York: Commonwealth Fund, 1992, .v. 2, p. 1.
- DEFEVER M. Health care reforms: The unfinished agenda. *Health Policy*, n. 34, p. 1-7, 1995.
- ETHEREDGE, L.; JONES, S. B.; LEWIN, L. What is driving health system change? *Health Aff*, v. 15, n. 4, p. 93-104, 1996.
- FAIRFIELD, G. et al. Managed Care: Origins, principles, and evolution. *BMJ*, n. 314, p. 1823-6, 1997a.
- _____ et al. Managed Care: Implications of managed care for health systems clinicians and patients. *BMJ*, n. 314, p. 1895-8, 1997b.
- FLOCKE, S.; STANGE, K.; ZYZANSKI, S. The impact of insurance type and forced discontinuity on the delivery of primary care. *J Fam Pract*, n. 45, p. 129-35, 1997.
- GÉRVAS, J. Health Care Reform in EurEPO: The Case of Primary Health Care. In: GOICOCHEA, J. (Ed). *Primary Health Care Reforms*. Copenhagen: World Health Organization/ EurEPOan Region, 1996. p. 17-37.
- GINZBURG, E.; OSTOW, M. Managed Care: A look back and a look ahead. *N Engl J Med*, v. 336, n. 14, p.1018-20, 1997.
- GROENEWEGEN, P. P.; CALNAN, M. Changes in the control of health care systems in EurEPO. *Eur J Public Health*, v. 5, n. 4, p. 240-4, 1995.
- HAM, C. Reforming the New Zealand health reforms. *BMJ*, n. 314, p. 1844-5, 1997.
- HELLINGER, F. The expanding scEPO of state legislation. *JAMA*, v. 276, n. 13, p.1065-70, 1996.
- KERSTEIN, J.; PAULY, M. V.; HILLMAN, A. Primary care physicians turnover in HMOs. *Health Serv Res*, n. 29, p.17-37, 1994.
- MILLER, R.; LUFT, H. Does managed care lead to better or worse quality of care? *Health Aff*, n. 16, p. 7-25, 1997.
- NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE. *Report Care Pilot Project: Technical Report*. Washington, D.C.: National Committee on Quality Assurance, 1995.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. *Health Care Reform: The Will to Change*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 1996. (Health Policy Studies; 8).

_____. *New Directions in Health Policy*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 1995. (Health Policy Studies; 7).

_____. *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 1992. (Health Policy Studies; 2).

REID, R. J.; HURTADO, M. P.; STARFIELD, B. Managed care, primary care and quality for children. *Curr Opin Pediatr*, v. 8, n. 2, p. 164-70, 1996.

ROULIDIS, Z.; SCHULMAN, K. Physician communication in managed care organizations: Opinions of primary care physicians. *J Fam Pract*, n. 39, p. 446-51, 1994.

SCOTT, A.; HALL, J. Evaluating the effects of GP remuneration: Problems and prospects. *Health Policy*, n. 31, p. 183-95, 1995.

SMITH, R. The future of healthcare systems. Information technology and consumerism will transform health care worldwide. *BMJ*, n. 314, p. 1495-6, 1997.

STARFIELD, B. The future of primary care in a managed care era. *Int J Health Serv*, v. 27, n. 4, p. 687-96, 1997.



Responsabilidade na Atenção Primária



7. ACESSIBILIDADE E PRIMEIRO CONTATO: A “PORTA”

Quando eu era residente, tive uma experiência que mudou minha carreira. Comecei na cirurgia e, freqüentemente, os pacientes vinham à clínica com dores e padecimentos e não apresentavam qualquer problema cirúrgico, então eu os encaminhava para a clínica apropriada e lhes dava um número de telefone para ligar. Presumi que eu tinha cuidado do problema. Mas, um dia, eu telefonei para aquele número só para ver o que os pacientes estavam passando. A primeira vez que telefonei, a ligação caiu. Então tentei novamente, e a ligação caiu mais uma vez e na vez seguinte fui colocado em espera, e na outra me disseram que iriam transferir minha ligação. Acabei por fazer 14 ligações para marcar uma consulta. E eu falo inglês. Então comecei a me preocupar sobre como eu estava encaminhando meus pacientes, onde eles estavam indo e o que estávamos fazendo com eles. Funcionamos bem porque conhecemos o sistema, mas a maioria das pessoas vai para casa e logo encontra barreiras e não sabem como lidar com elas. Mudei de cirurgia para Medicina de família e agora faço tudo o que posso por eles. Apenas quando sinto que não posso fazer mais nada eu os encaminhinho, e não os deixo partir até que a consulta esteja marcada. Estou disponível para cuidar de enfermidades, mas isso não é tudo o que faço. Meus pacientes são muito mais complexos que suas enfermidades. Agora sinto que realmente estou fazendo alguma coisa pelos pacientes – que realmente há algo de extraordinário na prática da Medicina. O melhor que podemos fazer pelos pacientes é entender o que dizem, e um pré-requisito é ouvir. É óbvio que cuido de suas enfermidades – estou disponível para fazê-lo da forma que eles necessitam – mas essa é uma pequena parte do que faço.

Dr. C., médico

A idéia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso é inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção (primária, secundária, terciária). Em linguagem mais clara, este ponto de primeiro contato é conhecido como *porta de entrada*.

A idéia de uma “porta” faz sentido. Primeiro, a pessoa não conhece suficientemente os detalhes técnicos da atenção médica para avaliar de maneira informada a fonte e a época apropriadas para atenção a muitos de seus problemas. Os indivíduos que acreditam que têm um problema de saúde deveriam poder consultar com um profissional que pudesse ajudá-los a entender se o problema é sério o suficiente para necessitar de atenção adicional ou se é um problema autolimitado que não necessita de atenção adicional. A ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida ou seja adiada, incorrendo em gastos adicionais. É esperado que o conselho e orientação de um médico de atenção primária facilite a seleção da melhor fonte de atenção.

Nem todo médico pode estar igualmente habilitado em todas as facetas da atenção médica, e o nível de entrada da atenção oferece desafios especiais. Os problemas trazidos pelos pacientes são geralmente vagos e não relacionados a sistemas orgânicos específicos. Devido aos limites variados para busca da atenção, alguns pacientes procuram atendimento antes do que outros, no curso de sua doença. Portanto, os médicos de atenção primária defrontam-se com uma variedade muito maior de formas de apresentação da doença do que os especialistas, que, geralmente, vêem os pacientes em estágios posteriores e mais diferenciados da doença. Os médicos de atenção primária trabalham na comunidade em que as manifestações de doenças são grandemente influenciadas por seu contexto social. Em contraste, outros especialistas, especialmente aqueles que trabalham em hospitais, lidam com problemas mais afastados de seu contexto social.

A evidência para os benefícios de um primeiro contato bem-sucedido é importante para apoiar sua inclusão como uma característica-chave da atenção primária. A seção a seguir tece considerações sobre estes benefícios.

BENEFÍCIOS DA ATENÇÃO AO PRIMEIRO CONTATO

A importância do fácil acesso à atenção para reduzir a mortalidade e morbidade é reconhecida há muitos anos. A natureza da evidência foi resumida para a saúde infantil (Starfield, 1985); tipos similares de evidências estão disponíveis para adultos. Por exemplo, devido aos déficits orçamentários, muitos indivíduos não tiveram permissão para receber serviços como pacientes externos do *Veterans Administration Hospital* [Hospital de Administração dos Veteranos], por eles, anteriormente, utilizado como fonte de atenção. Quando questionados, a probabilidade de que relatassem ter acesso à atenção médica necessária e de que estivessem de fato recebendo atenção foi muito menor. Também foi mais provável que relatassem que estão com a saúde debilitada e apresentavam maior probabilidade de mau controle da pressão arterial um ano depois do que os indivíduos que continuaram em tratamento, embora estes últimos estivessem, inicialmente, mais doentes (Fihn e Wicher, 1988). Quando a Califórnia acabou com os benefícios de atenção à saúde, para muitos adultos indigentes, houve um declínio no uso dos serviços e uma deterioração da condição de saúde que persistiu pelo menos por um ano (Lurie *et al.*, 1986).

A maximização do acesso para uma *fonte de atenção primária* também é importante. Vários estudos indicam que os pacientes deveriam ver um generalista antes de consultar um especialista.

Evan R. é um menino de 15 anos que, um dia, voltou da escola para casa com um pé inchado, depois de passar várias horas jogando basquete com os amigos. A mãe de Evan levou-o a um ortopedista

que ela conhece, o qual tirou uma radiografia que mostrou uma possível fratura fina. O ortopedista decidiu enviar Evan a um reumatologista, que o atendeu imediatamente e mencionou a possibilidade de sarcoidose. Evan fez uma radiografia torácica (normal) e teve sangue coletado para vários exames, incluindo enzima conversora de angiotensina (ECA), um exame utilizado para o diagnóstico de sarcoidose em adultos. O nível de ECA estava elevado. Isto sugeria que Evan fosse acompanhado por seis meses para confirmar ou descartar o diagnóstico de sarcoidose. A mãe de Evan ficou apavorada, achando que este era um problema fatal. Evan passou por uma tomografia óssea para descartar um possível câncer ósseo. Antes de voltar para casa, ele voltou ao ortopedista para que seu tornozelo fosse engessado. Uma semana depois, seu tio (um pediatra) visitou-os e o encontrou fazendo arremessos na entrada de casa, com o pé engessado. O pediatra mencionou à mãe que o sarcóide raramente se apresenta desta forma e que o exame de ECA é inespecífico e altamente sensível às mudanças hormonais da puberdade. Evan estava na puberdade. A enfermidade que deveria ter sido tratada com uma bolsa de gelo e elevação do pé resultou em uma conta de milhares de dólares por exames diagnósticos desnecessários. Uma semana depois, o pediatra convenceu o ortopedista a remover o gesso.

B.G. (1994)

Utilizando dados de uma pesquisa em grupos envolvendo uma amostra nacional de indivíduos nos Estados Unidos, Forrest e Starfield (1998) demonstraram que uma melhor acessibilidade aos serviços estava associada a uma maior probabilidade de atenção ao primeiro contato e continuidade com o médico de atenção primária. A acessibilidade foi medida por intermédio de respostas a uma pergunta sobre barreiras geográficas (tempo de viagem maior do que 30 minutos), uma pergunta sobre barreiras financeiras (nenhum seguro durante todo o ano, ou parte dele) e três perguntas referentes a barreiras organizacionais (disponibilidade de atenção depois do horário comercial no centro de atenção primária, cinco ou mais dias de espera para obter uma consulta e mais de 30 minutos de espera no consultório). O próprio componente da

atenção, depois do horário comercial, possui cinco componentes: horário de emergência, chamadas domiciliares, horário noturno, horário nas manhãs de sábado, outros horários durante o fim de semana). O primeiro contato foi avaliado pela proporção de consultas em um ano para qualquer dos 24 tipos de problemas agudos, nas quais a primeira consulta no episódio foi com o auto-identificado “médico específico, que geralmente é consultado no centro de atenção primária”. A continuidade foi avaliada pela medição da proporção de *todas* as consultas no ano que foram realizadas com o médico, não importando onde ocorreram. Um aumento no número de barreiras ao acesso foi associado a menos atenção ao primeiro contato e continuidade mais baixa, mesmo depois do controle de várias características influentes do paciente, tipos de centro de atenção primária e tipos de profissionais de atenção primária.

Um experimento solicitou que os pacientes registrados em um programa de seguro saúde recebessem atendimento primeiro de um médico generalista; nenhuma hospitalização ou consulta a um especialista era permitida sem o encaminhamento de um médico de atenção primária. Depois de um ano de inscrição, aqueles incluídos no programa passaram menos dias no hospital do que aqueles cujo seguro permitia que buscassem atenção inicial em qualquer lugar (Moore, 1979). Entretanto, uma avaliação subsequente não conseguiu demonstrar qualquer diferença nos custos de serviços de pacientes internados ou externos, principalmente porque a “porta de entrada” da atenção primária não foi capaz de controlar os serviços de outros especialistas que foram pagos com base em taxas por serviço, sem nenhum risco financeiro. Na verdade, 70% das hospitalizações foram controladas por especialistas outros que não médicos de atenção primária (Moore, 1983).

Estudos no Canadá mostraram que as indicações apropriadas para tonsilectomia e/ou adenoidectomia estavam mais presentes em crianças que tinham sido encaminhadas por um pediatra ou que tiveram alguma consulta pediátrica do que no caso de crianças

que consultaram apenas especialistas de ouvido, nariz e garganta. Os resultados da atenção também foram melhores para as crianças vistas inicialmente por um pediatra; estas crianças tiveram menos complicações pós-operatórias, uma maior diminuição de episódios respiratórios após cirurgias e uma maior diminuição em episódios de otite média após cirurgia (Roos, 1979).

Em um estudo comparativo das taxas de consultas em dois serviços em grupos pré-pagos (Starfield, 1983), as crianças, no plano de prática de grupo que necessitaram de encaminhamento de prestadores de atenção primária antes de consultas com outros especialistas, tiveram menos consultas com estes especialistas do que as crianças no plano que não exigia encaminhamento. Não há evidências de que consultas adicionais neste último plano tenham levado a uma melhor saúde das crianças.

A solicitação de uma consulta a um “ponto de entrada” antes que uma consulta possa ser realizada em qualquer lugar está associada à utilização reduzida tanto de outros serviços especializados como de consultas em sala de emergência. Em um estudo em que os novos inscritos foram aleatoriamente encaminhados para um sistema que exigia uma consulta numa “porta de entrada” ou para um com benefícios iguais mas sem exigência de “porta de entrada”, os pacientes do plano com exigência de porta de entrada tiveram uma média de 0,3 menos consultas a um especialista no período de um ano do que os pacientes do outro grupo (Martin *et al.*, 1989). Em outro estudo de amostras aleatórias estratificadas de pacientes inscritos em quatro programas demonstrativos do Medicaid que exigiam uma “porta de entrada”, os pacientes tiveram grandes reduções na proporção de pacientes com, pelo menos, uma consulta em sala de emergência, variando de 27 a 37% para crianças e de 30 a 45% para adultos (Hurley *et al.*, 1989).

Um estudo nacional em grupo de experiências com doenças e utilização de atenção médica forneceu uma boa base para estimar a economia nos custos de atendimento ao primeiro contato com um médico de atenção primária. Todos os episódios de atenção

para 24 consultas de prevenção e doença aguda foram estudados no que se refere ao local no qual se buscou, inicialmente, o atendimento. Os episódios que começaram com consultas a prestadores de atenção primária auto-identificados pelo indivíduo foram, em geral, 53% menos onerosos: 62% para doenças agudas e 20% para atenção preventiva depois do controle de muitas outras características associadas aos custos da atenção. A economia foi quase a mesma, inclusive depois que as consultas em sala de emergência (que são caras) tinham sido excluídas (Forrest e Starfield, 1996).

A relação entre a atenção ao primeiro contato e uma porcentagem inferior do produto interno bruto gasto em serviços de saúde foi confirmada utilizando-se dados de um grande estudo internacional. Os países europeus foram classificados de acordo com a porcentagem de especialistas médicos que eram diretamente acessíveis às pessoas no país (Crombie *et al.*, 1990). Os países com uma porcentagem mais alta dedicaram uma proporção maior do produto interno bruto à saúde do que os países com porcentagens inferiores (ou seja, os que exigiam encaminhamento por um profissional de atenção primária) (Fry e Horder, 1994).

Um pequeno estudo em um grande hospital infantil urbano confirmou os benefícios da atenção ao primeiro contato em crianças com doença aguda (apendicite). Estas crianças, cujos pais contataram seu prestador de atenção primária antes da chegada ao hospital, apresentaram uma menor probabilidade de perfuração do apêndice do que aquelas que não o fizeram, independente da cobertura ou do tipo de seguro. Se elas se apresentaram em um fim de semana, também tiveram maior probabilidade de ser imediatamente operadas. As consultas por telefone foram tão efetivas quanto o exame pessoal realizado pelo médico no alcance destes benefícios (Chande e Kinnane, 1996).

Outro estudo de crianças com apendicite mostrou os mesmo achados gerais. As crianças que pertenciam a uma organização de manutenção da saúde (com exigências de que os pacientes consultem com seu médico de atenção primária antes de buscar

atenção em outros lugares) tiveram uma menor duração dos sintomas antes de se apresentarem no hospital e períodos menores de hospitalização do que as crianças em programas de saúde sem uma consulta exigida com um médico de atenção primária. A consulta não apenas não retardou o atendimento, como também facilitou-o (O'Toole *et al.*, 1996).

Por que estes benefícios aumentam na atenção ao primeiro contato?

Era uma vez, um Porteiro e uma Feiticeira. O trabalho do Porteiro era decidir quem poderia ver a Feiticeira. A maioria das pessoas que viam o Porteiro não viam a Feiticeira. Geralmente elas estavam apenas um pouco doentes ou com a preocupação de estarem doentes e o Porteiro era muito bom em decidir quem precisava ver a Feiticeira. A maioria das pessoas que a viam estavam muito doentes e ela poderia lançar seus feitiços para fazer com que melhorassem. A Feiticeira e o Porteiro precisavam um do outro. O problema foi que quanto mais pessoas ouviam a respeito das poções mágicas da Feiticeira, mais queriam vê-la, e as filas de espera tornaram-se cada vez mais longas. Algumas vezes, o Porteiro tinha de mandar algumas pessoas de volta à Feiticeira, porque elas não pegaram poções mágicas suficientes. As pessoas ficaram muito bravas e contaram à Rainha. A Rainha disse, “Deixe as pessoas que desejam ver a Feiticeira ir diretamente a ela e que elas mesmas a paguem. As pessoas que podiam pagar ficaram muito felizes. O problema era que as filas de espera ficaram maiores porque a Feiticeira passava mais e mais tempo vendo aqueles que podiam pagar. Na verdade, a maravilhosa bola de cristal começou a dar mais e mais respostas erradas. “Descubra o que está acontecendo”, gritou a Rainha. O Porteiro teclou o “DataSpell” em sua bola de cristal e lá apareceu a mensagem: “O valor de um exame diagnóstico depende da prevalência da condição na população examinada. A Feiticeira é muito boa ao decidir quem está muito doente, mas nada boa ao decidir quem está bem. O Porteiro é muito bom ao decidir quem está bem, mas não tão bom ao decidir quem está muito doente. Os Porteiros usam os exames e testes

para determinar se as pessoas estão normais ou não, enquanto a Feiticeira usa os testes para detectar a doença. Se a bola de cristal da Feiticeira estiver funcionando de forma adequada, ela deveria ver apenas as pessoas que o Porteiro suspeita que estão doentes o suficiente para precisar de mais atenção. E o Porteiro veria as pessoas que ele pensa estarem doentes e tentaria descobrir se realmente estão. E então o sistema funcionará. Longe de ser um arranjo para privar as pessoas de escolha e acesso à Feiticeira, é a forma mais eficiente de cuidar de pessoas doentes.” A Rainha descobriu, entretanto, que persuadir as pessoas disso era muito mais difícil – uma vez adquirido o gosto pelo acesso direto à bola de cristal e às poções mágicas, ele não é facilmente esquecido.

Adaptado de Mathers e Hodgkin (1989)

A razão pela qual o primeiro contato é importante é que o treinamento dos médicos de atenção primária ocorre com pacientes que têm baixa probabilidade de estarem doentes com problemas raros ou sérios. O treinamento de outros especialistas, entretanto, se dá com pessoas que apresentam grande probabilidade de ter um problema raro ou sério em sua área de especialização. A probabilidade de que um determinado exame diagnóstico diagnosticará corretamente uma condição em um determinado paciente depende da frequência provável daquela doença nos pacientes que o médico examina. Se o problema for incomum, o exame dará vários resultados falso-positivos em relação aos resultados corretos. Os exames que os subespecialistas usam são calibrados para um bom desempenho em pacientes com maior probabilidade de ter a enfermidade. Se muitas pessoas com baixa probabilidade da enfermidade (como aquelas não encaminhadas por médicos de atenção primária) forem submetidas ao exame, na maioria das vezes ele não terá resultados precisos. Assim, as pessoas estarão, desnecessariamente, sujeitas a uma cadeia de exames diagnósticos, cada um dos quais com uma probabilidade finita de produzir um efeito adverso, sendo que os custos não serão justificáveis devido ao seu baixo rendimento.

A Dr^a G. é uma cirurgiã que primeiro procurou atendimento de um especialista em ouvido, nariz e garganta (ONG) por causa de terríveis dores de cabeça e um auto-diagnóstico de sinusite. O médico ONG pediu uma tomografia computadorizada e, depois, receitou esteróides para a sinusite, mas as dores de cabeça da Dr^a G. pioraram, a ponto de ela ser incapaz de continuar a operar. Neste ínterim, ela procurou seu ginecologista para um *check-up* de rotina, que a aconselhou a parar de tomar suas pílulas anticoncepcionais e a encaminhou a um neurologista que diagnosticou enxaqueca e receitou medicamentos para este problema. Logo ela desenvolveu falhas na fala, o que levou o neurologista a aumentar a dose. A não-remissão dos sintomas fez com que ela consultasse seu internista generalista, que pediu exames para a função da glândula tireóide. Diagnóstico: Hipertireoidismo. A Dr^a G. agora está assintomática e voltou a trabalhar, tomando medicamentos para seu problema.

Para qualquer sintoma ou queixa apresentados, a probabilidade de verdadeira enfermidade será mais baixa na população de atenção primária do que nas práticas de outros especialistas, por causa da frequência maior da doença nestas últimas práticas (Sox, 1996). Assim, encarando os mesmos problemas de pacientes que os especialistas, os médicos de atenção primária pedirão menos exames e procedimentos e ainda assim obterão os mesmos resultados, ou até melhores, em termos de diagnósticos precisos, da variedade de condições na atenção primária (Rosser, 1996).

Steven C. é um menino de 5 anos de idade que desenvolveu dor articular em várias articulações. Seus pais o levaram ao seu médico, que além de ser pediatra era professor acadêmico, especializado em hematologia. Preocupado com a presença de artrite reumatóide, o pediatra realizou uma bateria completa de exames de sangue e radiografias; todos eles foram relatados como normais vários dias mais tarde. Steven não precisava ter passado por este caro exame completo, que foi desconfortável para ele e produziu ansiedade em seus pais; ele tinha recebido imunização contra

sarampo alemão na semana anterior, mas este pediatra especialista não estava ciente da ocorrência, razoavelmente comum, de dores migratórias nas articulações em crianças após a imunização.

Na medicina ocidental, julgar que uma pessoa doente está bem é considerado mais notório do que julgar se uma pessoa que está bem está doente. Assim, as características mais altas de “falso-positivo” dos diagnósticos na atenção subespecializada são consideradas mais aceitáveis do que as características mais altas de “falso-negativo” de diagnósticos na atenção primária. Há muitos anos, Scheff (1964) descreveu o impacto adverso destas suposições sobre a saúde dos pacientes. Suas advertências receberam pouca atenção nos anos de intervenção, pelo menos parcialmente, porque a tendência surpreendente dos médicos preferirem aceitar um diagnóstico exagerado do que um diagnóstico fraco é altamente compatível com os incentivos econômicos para o uso da tecnologia cada vez mais sofisticada e cara. Ainda assim, os fortes argumentos de Scheff, a grande quantidade de evidências para uma grande carga de doença iatrogênica e a predominância de danos médicos resultantes de erros por realização, e não omissão, de procedimentos, oferecem a justificativa teórica para os benefícios da atenção ao primeiro contato com os profissionais da atenção primária.

A definição de uma pessoa saudável é alguém que não passou por exames suficientes.

Anônimo

IMPLICAÇÕES DA POLÍTICA E DA PESQUISA DA ATENÇÃO AO PRIMEIRO CONTATO: DIVISÃO DE CUSTOS E PORTAS DE ENTRADA

Quando os custos da atenção parecem estar fora de controle, os responsáveis pela política, freqüentemente, recorrem à idéia de que podem ser reduzidos pela imposição de exigências

para divisão de custos sobre os usuários dos serviços. Esta é uma abordagem que parece ter um apelo mundial, porque muitos países estão impondo exigências cada vez maiores sobre os pacientes para contribuírem com o suporte dos custos de seu próprio atendimento. A divisão de custos tem duas formas: exigir o pagamento de uma parte dos custos do prêmio do seguro e dividir os custos na forma de co-pagamentos ou deduções. O último tipo é o que apresenta a barreira mais imediata ao acesso porque é imposta no ponto em que é tomada a decisão de se buscar os serviços. A ampla experiência mostra que os co-pagamentos ou deduções reduzem o uso dos serviços (Rasell, 1995) sem redução do custo (Saltman e Figueras, 1997). Como resultado, eles podem ser garantidos em situações em que acredita-se que a utilização é supérflua e desnecessária. Em um país em que as taxas de utilização já são relativamente baixas e em que existem barreiras conhecidas ao acesso, sua utilidade pode ser questionada (Tabela 7.1).

Tabela 7.1
Médicos e hospitais, início dos anos 1990

	Leitos hospitalares		Hospitalizações		Contato com médicos	
	Leitos por 1.000	Proporção a longo prazo de leitos para atenção aguda	Admissões como % da população	Média de permanência em dias	Médicos disponíveis por 1.000	Contatos reais per capita
Alemanha (Occidental)	10,3	0,4	21,1	16,1	3,2	11,5
Austrália	9,8	0,8	23,0	12,7	2,2	8,8
Bélgica	6,5	0,8	19,1	13,0	3,2	7,9
Canadá	6,3	0,5	14,1	13,9	2,2	6,9
Dinamarca	5,4	0,2	21,2	7,8	2,8	4,4
Espanha	4,2	0,3	9,9	11,9	3,9	6,2
Estados Unidos	4,7	0,2	13,7	9,1	2,2	5,6
Finlândia	11,2	1,8	22,8	19,0	2,5	3,3
Países Baixos	11,4	1,6	20,9	33,8	2,5	5,4
Reino Unido	5,9	1,3	19,3	14,0	1,4	5,7
Suécia	11,9	2,0	19,9	16,8	2,9	2,8
Média OECD	8,4		16,2	14,4	2,5	6,1

Fonte: Schieber *et al.* (1994)

O “x” da questão é que a divisão de custos no ponto de decisão da busca pelos serviços reduz tanto as consultas necessárias quanto as desnecessárias (Rasell, 1995). Acompanhando esta redução nos serviços, os médicos em sistemas de pagamento por serviço parecem compensar as reduções na renda aumentando o nível dos serviços para aqueles que o recebem; como um resultado, os custos gerais aumentam (Fahs, 1992), enquanto os resultados de saúde, incluindo a persistência dos sintomas da enfermidade entre indivíduos de baixa renda, pioram (Shapiro *et al.*, 1986). Em uma situação em que os custos excessivos estão associados à maior intensidade dos serviços fornecidos por médicos, e não à busca excessiva de atendimento pelos pacientes, a imposição de barreiras financeiras para a busca da atenção é um instrumento grosseiro e indireto para o controle dos custos. Essa situação existe nos Estados Unidos, onde a divisão de custos é comum. A Tabela 7.1 mostra que os números de leitos hospitalares, hospitalizações, duração da hospitalização, número de médicos e número de contatos médicos *per capita* são geralmente mais baixos nos Estados Unidos do que em muitos países. É improvável que a imposição de controles de custo adicionais reduzam mais os custos sem comprometer a saúde. Uma melhor estratégia é criar mecanismos que identifiquem os serviços desnecessários, tanto por parte dos profissionais quanto por parte dos pacientes, instituir prática de melhora da qualidade para reduzir diagnósticos e intervenções terapêuticas desnecessários.

Em janeiro de 1996, 80% dos canadenses consultados aprovaram o registro junto a um médico de família para a atenção médica necessária, encaminhamentos a especialistas e outros prestadores, e atendimento depois do horário comercial.

Canada Health Monitor, Pesquisa 13, janeiro de 1996

Mesmo nos Estados Unidos, a idéia de uma “porta de entrada” não é nova. De 1953 a 1978, no *Hunterdon Medical Center* [Centro Médico de Hunterdon, em New Jersey], não foi permitido,

aos pacientes que consultassem outros especialistas a menos que tivessem sido encaminhados pelos médicos de atenção primária. A porta de entrada também é, geralmente, usada na área militar para controlar o acesso aos especialistas. No final dos anos 80, mais de 85% das organizações de manutenção da saúde restringiram a consulta direta dos pacientes com subespecialistas, e mais de 50% exigiam que os pacientes consultassem primeiro um prestador de atenção primária antes que pudessem ser vistos por outro especialista (Reagan, 1987).

Em sistemas em que tradicionalmente existe livre, escolha de médicos e acesso desimpedido dos pacientes a qualquer tipo de médico, o benefício de uma porta de entrada pode não ser intuitivamente óbvio. Se as pessoas acreditarem que um subespecialista tem maior perícia e habilidade e acreditarem que seja competente para decidir de forma apropriada a respeito de seu problema, se sentirão privados da atenção “melhor” se tiverem que procurar atenção em algum outro lugar primeiro. Se eles estão corretos na avaliação de seus problemas, o acesso desimpedido a um especialista poderia ser mais eficiente, porque economiza os gastos de uma consulta intermediária. O acesso desimpedido também propicia uma conveniência maior, pois os pacientes não têm de ter tempo para marcar duas consultas em vez de uma, fazendo, assim, com que os pacientes recebam atenção mais rapidamente.

Por outro lado, o treinamento de médicos de atenção primária torna-os mais familiarizados com a forma como os problemas se apresentam em estágios iniciais e, a partir daí, eles são mais capazes de avaliar a importância relativa de vários sintomas e sinais em estágios iniciais da doença. Seu conhecimento dos pacientes facilita a avaliação da natureza das mudanças nos sinais e sintomas, e é mais provável que eles sejam mais eficientes no uso de recursos para avaliar a importância das mudanças. Os médicos de atenção primária podem, também, facilitar o acesso a outros especialistas e orientar o paciente para o mais apropriado, o que também pode encurtar o tempo para a atenção apropriada ao invés de aumentá-lo.

Assim, a questão das portas de entrada é controversa e está-se tornando cada vez mais controversa conforme mais tipos de organizações de atenção à saúde a adotam. Em um contexto internacional, os países com portas de entrada, em que os pacientes não buscam atenção de especialistas antes de consultar seu médico de atenção primária, não são, necessariamente, países cujas populações estão menos satisfeitas com seus sistemas de serviço de saúde (Gérvás *et al.*, 1994). Entretanto, nos Estados Unidos, existe uma suspeita muito difundida de que a base para a porta de entrada é a contenção de despesas e não a racionalidade da organização, que é historicamente o caso em muitos países na Europa. As portas de entrada são, cada vez mais, usadas para dificultar a utilização de especialistas, levantando, assim, a possibilidade de que a atenção necessária seja negada. A falha da porta de entrada no encaminhamento pode, até mesmo, levar a uma atenção inadequada; se a porta de entrada não for suficientemente reconhecida ou habilitada nos diagnósticos ou manejo do problema, a atenção necessária é adiada. Quando o cliente se inscreve no sistema de saúde, ele ou ela pode escolher um médico (pelo menos do quadro de médicos), mas cada contato subsequente deve ser por este médico. A escolha do subespecialista pode ser mantida no momento de cada encaminhamento, mas é provável que esta escolha seja restrita a apenas um grupo relativamente pequeno de subespecialistas. Existem preocupações importantes a respeito da equidade com a imposição de portas de entrada quando a responsabilidade pelo pagamento é do pagador, que tem um grande interesse financeiro na redução do uso dos serviços especializados. Os pacientes cuja atenção é paga pelos empregadores ou seguradoras, que ganham financeiramente a partir dos baixos níveis destes serviços correm um risco especial de não serem apropriadamente encaminhados.

O impacto da porta de entrada também depende dos incentivos financeiros dos profissionais de atenção primária. Estudos da atenção gerenciada nos anos 80 indicaram que a porta de entrada reduziu a probabilidade dos pacientes consultarem outro

especialista, com um conseqüente aumento nas consultas de atenção primária se o médico fosse pago por taxa por serviço. Além disso, os pacientes visitaram menos lugares diferentes do que antes do registro no plano (Hurley *et al.*, 1991).

A porta de entrada envolve algumas considerações éticas. Quando a restrição ao acesso a especialistas está vinculada aos incentivos financeiros para o médico de atenção primária, há um conflito potencial de interesses entre a preocupação do médico com sua renda e a preocupação com o bem-estar dos pacientes. O direito dos pacientes de conhecer os conflitos potenciais precisa de proteção.

A maioria destas considerações a respeito das portas de entrada não acontece em muitos países onde o conceito de um ponto de primeiro contato tem uma longa tradição. Em todos estes países, a livre-escolha do médico de atenção primária e o manejo de relações a longo prazo com eles (ver Capítulo 8) melhoram a probabilidade de que os pacientes confiarão em seu médico de atenção primária para escolher o local apropriado para o encaminhamento. Na Dinamarca, todas as pessoas têm o direito de escolher um entre dois planos. No primeiro, eles têm direito a serviços livres de encargos de um médico de atenção primária escolhido e de outros especialistas mediante encaminhamento deste médico. No segundo, eles podem consultar qualquer médico, mas devem pagar uma parte das taxas. Apenas 3% das pessoas escolhe o segundo plano. Geralmente, eles são mais idosos, têm renda maior, são mais saudáveis e utilizam mais a atenção subespecializada. O que torna a situação diferente nos Estados Unidos é a ligação do processo de encaminhamento com um imperativo de contenção de despesas e conseqüente interferência com a autonomia do médico na tomada de decisão, o que levanta o espectro do racionamento e não da organização racional. Desde meados dos anos 90, um número crescente de estados norte-americanos que está aprovando leis para permitir o acesso direto a subespecialistas, em especial, mas não apenas, para ginecologistas/obstetras, arriscando assim, potencialmente, os benefícios da atenção ao primeiro contato. Estas

leis fazem parte de um ataque legislativo mais extenso, impulsionado por uma reação geral contra muitos dos abusos observados da atenção gerenciada (Hellinger, 1996). Em 1996, entretanto, houve sinais de que esta abordagem fragmentada para a regulamentação destes abusos estava sendo substituída por uma exigência mais integral de mecanismos de cálculo da responsabilidade pelas unidades de saúde e pelos resultados da atenção à saúde.

Se o propósito da porta de entrada for fornecer um uso mais racional de recursos, deveria haver uma fundamentação científica para a crença de que os profissionais de atenção primária podem julgar de forma eficaz e eficiente quem deve ser encaminhado a um especialista ou não. Sem uma clara fundamentação para o que deveria ser mantido na atenção primária e o que deveria ser encaminhado, sempre haverá a suspeita de que fatores como as contenções de despesas estão controlando as decisões.

As taxas de encaminhamento dos médicos de atenção primária a outros especialistas variam consideravelmente, embora, em média, cerca de 5% das consultas na clínica geral resultem num encaminhamento para um especialista (Christensen *et al.*, 1989; Wilkin e Smith, 1987). Algumas variações ocorrem devido a diferenças nas características dos pacientes, especialmente a idade (Penchansky e Fox, 1970), e algumas estão associadas com o tipo de organização. Por exemplo, os médicos nas clínicas em grupo pré-pago (incluindo as organizações de manutenção da saúde) encaminham menos do que os médicos em outros tipos de clínicas, e os médicos de família encaminham menos do que os internistas (Perkoff, 1978). Dados mais recentes indicam que este continua a ser o caso, pelo menos para os pacientes adultos (Franks e Clancy, 1997). Entretanto, a variabilidade permanece mesmo depois que estas características tenham sido levadas em consideração. Por exemplo, Penchansky e Fox (1970) encontraram um grau de variação de 2 a 18% dos

pacientes encaminhados entre os internistas e de 2 a 10% dos pacientes encaminhados entre os pediatras. Estudos mais recentes mostram até quatro vezes mais variações nos encaminhamentos por profissionais de atenção primária, tanto nos Estados Unidos quanto na Inglaterra (Wilkin e Dornan, 1990).

Um determinante importante das taxas de encaminhamento é a disponibilidade dos subespecialistas na comunidade. Por exemplo, o número de pacientes externos examinados nas clínicas especializadas nas diferentes regiões da Grã-Bretanha está fortemente associado ao número de profissionais que realizam as consultas e está apenas fracamente associado às taxas de doença, medidas pela relação padronizada de mortalidade e pelo número médio de prescrições por paciente feitas por profissionais gerais (Roland e Morris, 1988). Na Dinamarca, a taxa de encaminhamentos entre todos os 141 profissionais gerais em um condado estava mais altamente relacionada ao número de especialistas em diferentes áreas dentro do condado (Christensen *et al.*, 1989).

Nos Estados Unidos, onde muitas pessoas podem buscar atendimento de outros especialistas sem um encaminhamento de um médico de atenção primária, as taxas de consultas a estes outros especialistas são diretamente proporcionais à capacidade das pessoas irem ou voltarem a um especialista sem o aconselhamento ou orientação de um médico de atenção primária (Perkoff, 1978; Starfield, 1983).

A crescente atenção e o uso das portas de entrada forçam a consideração da natureza da atenção subespecializada, bem como da atenção primária. Pesquisas fornecerão aos planejadores a base para os critérios de formalização para os encaminhamentos, de forma que os motivos diferentes das necessidades médicas serão reduzidos. A especificação dos critérios justificáveis para o encaminhamento também facilitará o desenvolvimento de sistemas para melhorar a capacidade do médico de atenção primária para coordenar a atenção – um importante corolário de um papel racional da porta de entrada. As questões envolvidas na melhora da coordenação da atenção são abordadas no Capítulo 11.

MEDIÇÃO DA ATENÇÃO AO PRIMEIRO CONTATO

A idéia de que deveria haver um lugar ou prestador específico de atenção à saúde, atuando como um ponto de entrada para o sistema de saúde, cada vez que um novo problema fosse apresentado, é inerente ao conceito de “primeiro contato”. Apesar das dúvidas quanto à adoção difundida das “portas de entrada”, o conceito de um local ou pessoa para primeiro contato se tornou bem aceito como uma abordagem desejável para a organização dos serviços. Além disso, há a concordância geral de que a porta de entrada seja um médico generalista, geralmente um médico de família/generalista, um internista generalista ou um pediatra generalista. Esta fonte deve ser acessível à população, que deve usá-la sempre que surgirem novos problemas.

Os termos *acesso* e *acessibilidade* são usados de forma intercalada e, geralmente, ambígua. Uma definição (Millman, 1993) avançou o suficiente para definir acesso como “o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde”, implicando, assim, que o acesso não é importante na ausência de efetividade a demonstrada dos serviços. Como a efetividade da maioria dos serviços de saúde específicos é desconhecida, tal definição não tem utilidade.

A “acessibilidade” possibilita que as pessoas cheguem aos serviços. Ou seja, este é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde e este aspecto é necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato. “Acesso” é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde. A acessibilidade não é uma característica apenas da atenção primária, uma vez que todos os níveis de serviços devem estar acessíveis. Entretanto, os requisitos específicos para a acessibilidade diferem na atenção primária porque este é o ponto de entrada no sistema de serviços de saúde. Conforme anteriormente observado, a incerteza em relação à urgência e à

severidade de problemas recentes ou recorrentes torna a facilidade de acesso ao atendimento um aspecto importante para a atenção às pessoas.

A Figura 7.1, baseada nos componentes do sistema de saúde conforme apresentados no Capítulo 2, mostra aqueles aspectos do sistema de atenção à saúde que estão envolvidos na obtenção do primeiro contato: a característica estrutural da acessibilidade e a característica comportamental do uso dos serviços no ponto em que cada necessidade é percebida.

A seção a seguir revisa as formas de medição do componente estrutural (capacidade) da atenção ao primeiro contato – acessibilidade. A seção subsequente trata da medição do componente de desempenho – utilização.

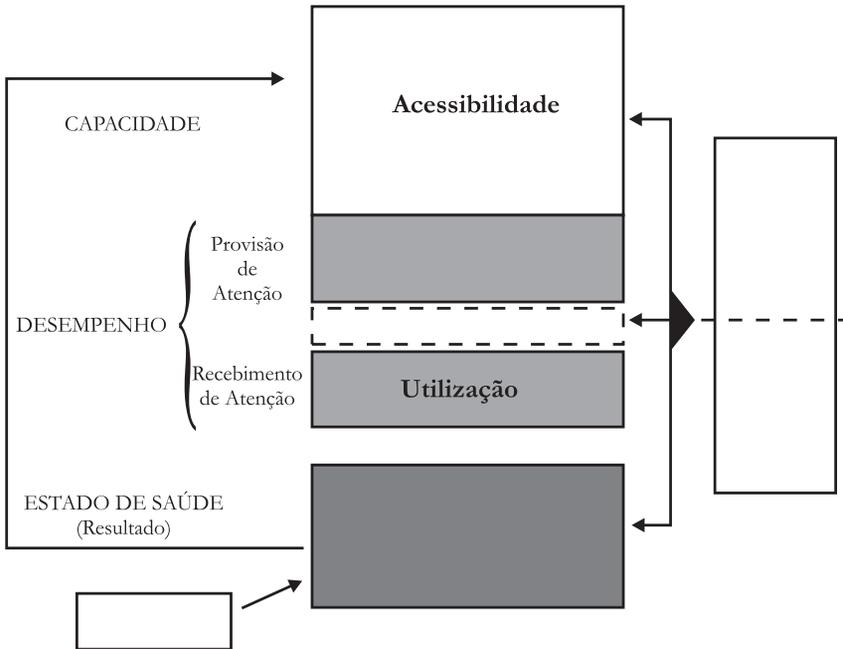
Medição da acessibilidade e do acesso

A acessibilidade é o elemento “estrutural” necessário para a primeira atenção. Para oferecê-la, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível; se não, a atenção será postergada, talvez a ponto de afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema.

Existem vários tipos de “acessibilidade”. Donabedian (1973) distinguiu o acesso socioorganizacional do acesso geográfico. O primeiro inclui aquelas características de recursos que facilitam ou atrapalham os esforços das pessoas para chegarem ao atendimento. Um exemplo é a exigência de que os pacientes paguem uma taxa de consulta antes de receber o serviço, o que pode gerar uma barreira para o acesso. Preconceitos sociais menos explícitos como idade, raça ou classe social também são exemplos. O acesso geográfico, por outro lado, envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessários para alcançar e obter os serviços.

A acessibilidade e o acesso podem ser medidos a partir do ponto de vista tanto da população quanto da unidade de atenção à saúde.

Figura 7.1
Sistema de serviços de saúde: componentes do primeiro contato.
Resumido da Figura 2.1



Avaliação do acesso para as populações

Pesquisas sobre barreiras ao uso dos serviços. As pesquisas de saúde frequentemente detectam informações sobre a existência de vários impedimentos ao uso dos serviços (como a ausência de seguro ou outra cobertura de terceiros dos custos dos serviços) bem como informações quanto à extensão em que os serviços necessários não são recebidos e os motivos. Foram feitas perguntas como as que seguem:

Você tem de pedir folga no trabalho para ir ao médico?

Quanto tempo você leva para ir ao médico?

O médico fala sua língua nativa (Edwards e Berlin, 1989)?

Várias outras pesquisas nos Estados Unidos contêm perguntas a respeito do acesso aos serviços de saúde (Kovar, 1989).

Pesquisas sobre a percepção das pessoas a respeito da acessibilidade da atenção. Penchansky e Thomas (1981) descreveram uma pesquisa na qual as pessoas responderam a 16 perguntas a respeito da acessibilidade da atenção. A acessibilidade foi dividida em cinco tipos: disponibilidade, acessibilidade, comodidade, custos acessíveis e aceitabilidade. As perguntas foram as seguintes:

Disponibilidade

- Levando tudo em conta, o quanto você acredita que é capaz de obter boa atenção médica para você e sua família quando necessário?
- O quanto você está satisfeito com sua capacidade de encontrar um bom médico para cuidar de toda sua família?
- O quanto você está satisfeito com seu conhecimento de onde obter atenção médica?
- O quanto você está satisfeito com sua capacidade de obter atenção médica em uma emergência?

Acessibilidade

- O quanto você está satisfeito com a conveniência do consultório de seu médico em relação à sua casa?
- O quão difícil é para você chegar ao consultório do seu médico?

Comodidade

- O quanto você está satisfeito com o tempo de espera para marcar uma consulta?
- O quanto você está satisfeito com a conveniência de horários do consultório do seu médico?
- O quanto você está satisfeito com o tempo em sala de espera até ser atendido?
- O quanto você está satisfeito com a facilidade para entrar em contato com seu médico?

Possibilidade de pagamento

- O quanto você está satisfeito com seu seguro-saúde?
- O quanto você está satisfeito com o preço da consulta de seu médico?
- O quanto você está satisfeito com o tempo que tem para pagar a conta do médico?

Aceitabilidade

- O quanto você está satisfeito com a aparência do consultório de seu médico?
- O quanto você está satisfeito com a vizinhança do local onde se encontra o consultório?
- O quanto você está satisfeito com os outros pacientes que geralmente você vê no consultório?

Na medida em que o limiar das pessoas para a adequabilidade seja similar, as respostas para pesquisas como esta poderiam fornecer uma base para avaliação da adequação da acessibilidade ou para comparar a adequação da acessibilidade em áreas diversas. Entretanto, se grupos distintos de pessoas diferirem nos padrões, esta pesquisa pode concluir que não há diferenças quando, de fato, elas são consideráveis.

Os métodos restantes (relação uso/incapacidade, relação sintomas/resposta e análise do episódio da doença) não são tão direcionados às barreiras reais ao acesso quanto às reflexões sobre a provável existência de barreiras conforme manifestadas pelo uso dos serviços inferior ao esperado. Além disso, nenhum deles é específico para os serviços de atenção primária e teriam de ser, significativamente, adaptados para serem úteis neste contexto.

Relação uso/incapacidade. Esta medida de acessibilidade (Aday *et al.*, 1980), como a anterior, é aplicada em pesquisas com a população. Os pesquisados devem responder se houve dias em que foram incapazes de realizar suas atividades normais por causa de um problema de saúde e se procuraram atenção médica. Quanto menor a relação uso/incapacidade, menor o acesso à atenção.

Obviamente, a medida é útil apenas para propósitos comparativos porque não há resposta “correta”. Presume-se que os grupos da população que diferem em sua relação média de uso/incapacidade diferem no acesso à atenção. Os principais problemas com a medida são que tanto o numerador quanto o denominador dependem da memória do pesquisado e fica presumido que todas as incapacidades sejam similares em sua necessidade por atenção médica ou que as populações diferentes são similares quanto à natureza de suas incapacitações. Ambas as suposições podem estar incorretas. Outro problema com o uso da relação uso/incapacidade é que o número de consultas médicas usado no numerador pode não estar ligado ao número de incapacidades no denominador (Yergan *et al.*, 1981).

Relação sintomas/resposta. Esta medida, também usada em pesquisas com a população (Andersen, 1978), traz à tona informações sobre a possível apresentação de sintomas específicos pelos pesquisados e cuja atenção médica, geralmente, é considerada necessária por profissionais. Um grupo de médicos forneceu a proporção de pacientes que deveriam ter procurado atendimento para os sintomas. A “resposta” é se eles realmente buscaram atenção médica. A relação é derivada como segue:

$$\frac{(\text{Pessoas que contataram}) - (\text{Pessoas que precisam contatar})}{\text{Pessoas que precisam contatar}}$$

No caso da relação uso/incapacidade, a medida é útil apenas para propósitos comparativos; os grupos da população com relações diferentes, presumivelmente, diferem em seu acesso à atenção. A principal limitação da medida é que a avaliação dos médicos em relação à necessidade de atenção está baseada na opinião e não em dados. Além disso, a frequência de complexos de sintoma que são esclarecidos é baixa (Yergan *et al.*, 1981), de forma que são necessárias grandes amostras para estimativas estáveis. Outro problema é que todos os complexos de sintoma são contados, e não apenas um por paciente.

Análise do episódio de doença. Conforme usada originalmente (Richardson, 1970), os indivíduos respondem se estiveram doentes durante um período definido, o número de dias associados à incapacitação e o número de dias associados ao uso de atenção médica. Aday *et al.* (1980) expandiram a abordagem perguntando sobre os resultados do atendimento e categorizando o tipo de doença como necessitando ou não de atenção (de acordo com o julgamento profissional) e o grau de preocupação do paciente em relação ao problema. A maior desvantagem do método é que ele é problemático para os pesquisados com doenças complexas. Embora não haja método validado para a derivação de um índice de resumo da resposta apropriada, Yergan *et al.* (1981) sugeriram um mecanismo para a categorização dos dados para projetar tal método. Quando o resultado é incluído na análise, o acesso é considerado inadequado, mesmo que o resultado tenha sido bom, mas a atenção não tenha sido prestada para problemas que causaram grande parte das preocupações do paciente.

Deveria ser observado que os três últimos métodos descritos (uso/incapacidade, sintomas/resposta, episódio de doença) fazem inferências a respeito do acesso a partir das medidas que envolvem a utilização. Na terminologia de Aday *et al.* (1980: 35), estas medidas de acesso refletem o “acesso realizado”. É importante reconhecer que estas medidas de acesso não estão especificamente relacionadas à fonte de atenção primária, embora pudessem ter sido adaptadas para tal.

O acesso à atenção também pode ser avaliado no nível das unidades (prestadores). Todos os métodos usados no nível da população também podem ser aplicados aos pacientes que vêm à unidade de atenção à saúde. Na interpretação dos achados, entretanto, estes métodos subestimarão a extensão da dificuldade no acesso aos serviços, porque os pacientes com problemas de acesso que limitam seu uso estarão pouco representados entre os pacientes disponíveis para a entrevista.

Avaliação da acessibilidade e do acesso nas unidades ou entre os pacientes

Em um método de avaliação da acessibilidade (Weiner e Starfield, 1983), os profissionais respondem a uma série de perguntas a respeito das características da disposição de seu consultório, associadas à acessibilidade. Estas incluem:

- disponibilidade de horários para consultas de emergência;
- tempo desde o pedido de consulta até sua marcação para problemas agudos mas não-emergenciais e para problemas não-agudos;
- duração média do tempo de espera na recepção;
- disponibilidade para chamadas domiciliares;
- uso de um serviço de uma secretária eletrônica quando o consultório está fechado
- prestação de atendimento após o horário comercial;
- disponibilidade de um programa de taxas flexíveis relacionado à capacidade de pagamento;
- aceitação de pagamento pelo Medicare para indivíduos eletivos.

A suposição do método é que todas estas características de acesso devem ser fornecidas, mas seu uso principal é comparativo: avaliar as diferenças na acessibilidade para a atenção entre diferentes tipos de médicos e grupos de médicos. Entretanto, quando agregado para uma área, ele pode ser usado para comparar o acesso do sistema em diferentes áreas.

Em outra abordagem para avaliar a acessibilidade, os padrões são estabelecidos para cada um de seus vários aspectos, e depois uma clínica ou unidade é avaliada (ou auto-avaliada) em relação aos padrões (Institute of Medicine, 1978). São feitas 16 perguntas sobre acessibilidade. As seis primeiras estão diretamente relacionadas à acessibilidade, as três seguintes abordam a conveniência e as sete restantes abordam a aceitabilidade. As questões são:

- O acesso aos serviços de atenção primária é oferecido 24 horas por dia, 7 dias por semana?

- Existe oportunidade para um paciente marcar uma consulta?
- O horário de funcionamento do consultório é compatível com o trabalho e o modo de vida da maioria dos pacientes?
- A maioria (90%) dos casos de urgência médica pode ser atendida dentro de uma hora?
- A maioria dos pacientes (90%) com problemas agudos, mas não urgentes, pode ser atendida dentro de um dia?
- A maioria (90%) das solicitações adequadas para marcação de consulta de rotina, como exames preventivos, pode ser atendida dentro de uma semana?
- A unidade de saúde está convenientemente localizada para que a maioria dos pacientes possa chegar a ela por meio de transporte público ou particular?
- A unidade de saúde é projetada de forma conveniente para pessoas portadoras de deficiências físicas ou idosos?
- A unidade de saúde aceita pacientes que possuam meios para o pagamento, não importando qual a fonte (Medicare, Medicaid)?
- O tempo de espera para a maioria (90%) dos pacientes marcados é de menos de meia hora?
- Se uma minoria substancial (25%) de pacientes falam uma língua específica ou possuem outra barreira de comunicação, a equipe do consultório inclui pessoas que possam lidar com este problema?
- As acomodações para espera são confortáveis e espaçosas? A equipe da unidade demonstra, consistentemente, interesse e apreciação pela cultura, antecedentes, condição socioeconômica, ambiente de trabalho e condição de vida do paciente?
- Os pacientes recebem informações simples, compreensíveis a respeito de taxas, procedimentos de cobrança, marcação de consultas, contato com a unidade depois do horário comercial e procedimentos de reclamações?

- Os pacientes são estimulados a perguntar sobre sua doença e seu atendimento, a discutir seus problemas de saúde livremente e a revisar seus prontuários, se desejado?
- A unidade de saúde aceita pacientes independente de sua raça, religião ou identidade étnica?

O acesso, medido a partir do ponto de vista dos pacientes, pode ser avaliado utilizando-se “pacientes simulados”. Nesta abordagem, os indivíduos são treinados para marcar uma consulta por telefone e depois são observados em sua visita à unidade. São usados dois tipos de medidas, a relação de urgência e a relação de frustração. Para determinar a relação de urgência, um grupo de indivíduos, consistindo de profissionais de saúde, administradores da unidade e pacientes, decide previamente se queixas específicas são críticas, sérias, crônicas ou rotineiras. Estas designações estão baseadas no tempo máximo que deveria passar antes que o paciente fosse visto para cada categoria de sintomas. Depois, para cada paciente simulado com o problema é calculada uma relação de tempo até a consulta dividida pelo tempo apropriado para a consulta para os pacientes em cada categoria de condição.

O índice de frustração tem três componentes: tempo gasto ao telefone para marcar a consulta, tempo da chegada à unidade até o momento de ser recebido e tempo gasto na espera por exames laboratoriais comuns. O tempo apropriado (em minutos) para cada um destes componentes também foi estabelecido pelo grupo, e os dados de pacientes reais, independente de sua condição, são monitorados e comparados aos padrões.

As unidades podem estabelecer seus próprios padrões de desempenho em qualquer um destes índices. Alternativamente, as unidades podem ser comparadas a outras para determinar qual tem melhor desempenho.

O crescente interesse pela avaliação de todos os aspectos importantes da atenção primária levou ao desenvolvimento de instrumentos que abordam componentes múltiplos da atenção, incluindo acessibilidade e acesso. Estes estão apresentados no Capítulo 13 no contexto de instrumentos que medem todas as quatro características conjuntas da atenção primária.

Medição do uso da unidade quando a atenção é inicialmente considerada necessária

O uso dos serviços é um aspecto dos processos de atenção para dois de seus aspectos singulares: primeiro contato e longitudinalidade. A característica da utilização relevante para a atenção ao primeiro contato é a extensão em que a *primeira* consulta para um novo problema é feita na fonte regular de atenção. Ela é distinta da utilização no caso da atenção longitudinal em que ela deveria *sempre* ocorrer (exceto para as consultas de encaminhamento) na fonte de atenção primária, sem considerar nem o estágio do problema específico nem o tipo de problema.

A medição do primeiro contato é melhor realizada no nível da população do que no nível da unidade. A razão para isto é que as medidas no nível da unidade excluirão, sistematicamente, indivíduos que não procuram os serviços porque têm dificuldade de acesso ou por causa de algum outro motivo. Os indivíduos com *poucas* consultas na unidade também estarão sub-representados nos dados coletados de amostras aleatórias de seus usuários. As conclusões a respeito do acesso ou da utilização que derivam de entrevistas de pacientes não refletem, necessariamente, as experiências daqueles que apresentam maior probabilidade de um acesso ruim ou subutilização, a menos que a unidade utilize uma lista de seus pacientes para selecionar as amostras para a entrevista. Por este motivo, os estudos da atenção ao primeiro contato com base na população são preferidos aos baseados na unidade.

A medição do componente comportamental da atenção ao primeiro contato envolve o esclarecimento de informações referentes ao local em que a atenção foi buscada. Estas informações podem ser obtidas de fontes como prontuários médicos, formulários de queixas ou dados para cobrança, mas não se pode ter certeza de que este tipo de registro englobe todo o uso dos serviços. Outra desvantagem para esta técnica é que este tipo de registro, geralmente, não indica se a consulta foi por iniciativa do paciente ou resultado de um encaminhamento. Como a atenção ao primeiro contato refere-se apenas a consultas iniciadas pelos

pacientes, a ausência desta informação é falha na indicação precisa da extensão em que a atenção ao primeiro contato é atingida.

Uma alternativa é perguntar aos indivíduos onde eles receberam atendimento quando buscaram-no da última vez para um novo problema e se a consulta foi realizada a conselho de outro médico. Outra alternativa é explorar tanto a acessibilidade como o uso dos serviços ao mesmo tempo, por meio de perguntas como as que seguem:

- Qual é sua fonte regular de tratamento, ou seja, o lugar aonde você geralmente vai quando tem um novo problema que você acha que precise de atenção médica?
- Onde você foi da última vez que teve um novo problema que você achou que precisasse de atenção médica?
- Foi fácil obter ajuda do médico que você procurou? (Vários aspectos do acesso podem ser explorados pelo desdobramento desta pergunta.)
- Qual foi o motivo pelo qual você não foi à sua fonte de atenção regular para esta última consulta? (Uma escolha dos motivos incluiria vários deles claramente relacionados aos aspectos que melhoram a acessibilidade aos serviços e à facilidade da utilização.)

Tabela 7.2
Resumo do primeiro contato

	Capacidade	Desempenho
Descrição: Atenção primária	é o local onde a atenção é buscada para cada nova necessidade observada	
Envolve	Acesso aos serviços	Busca da atenção da <i>fonte de atenção primária</i> para cada novo problema observado
Problema relacionado	Todos os problemas	Todos os problemas
Relação pessoal necessária	Nenhuma	Nenhuma
Dependente do tempo	Não	Não
Métodos específicos de medição	Pesquisa população/paciente Pacientes simulados Pesquisa do prestador Observação da unidade	Pesquisa da população

Adaptações mais recentes de métodos para avaliar o uso dos serviços de atenção primária para o primeiro contato são apresentadas no Capítulo 13, no contexto da avaliação de todas as características da atenção primária. A Tabela 7.2 resume a abordagem para medir a atenção ao primeiro contato.

O QUE SE SABE SOBRE A OBTENÇÃO DA ATENÇÃO AO PRIMEIRO CONTATO?

Acesso e acessibilidade à atenção primária

Existem vários exemplos de como as medidas anteriormente descritas foram utilizadas para fornecer informações a respeito do acesso à atenção e a adequabilidade do primeiro contato na atenção primária.

Houve uma melhora marcante no acesso à atenção nos Estados Unidos nos anos 70 como resultado da aprovação da legislação da Guerra contra a Pobreza em meados dos anos 60. Entretanto, no início dos anos 80, houve reduções nas coberturas terceirizadas para atenção, especialmente para aqueles com baixa renda. Uma pesquisa nacional por telefone, realizada em meados dos anos 80, mostrou como o acesso aos serviços mudou devido a estas reduções nas coberturas dos seguros. Houve um aumento marcante no número de pessoas que relatou não ter nenhuma fonte regular de atenção e que, conseqüentemente, tinha muito menos consultas e menos hospitalizações (Freeman *et al.*, 1987). A situação foi especialmente notável entre os indivíduos que não tinham seguro; 31% não tinham qualquer fonte de atenção regular em 1986 (Robert Wood Johnson Foundation, 1987). Embora a redução no uso da atenção não fosse, necessariamente, restrita à atenção ao primeiro contato, a redução no número de indivíduos que relataram não ter uma fonte de atenção regular sugere que a atenção ao primeiro contato de uma fonte de atenção primária foi seriamente comprometida, devido às reduções na cobertura do seguro.

Os médicos de diferentes especialidades diferem no grau em que suas unidades são acessíveis. Estudos (Weiner, 1981; Starfield *et al.*, 1973; Cherkin *et al.*, 1986) indicam que:

- Médicos de família apresentam menor probabilidade de exigir marcações para consultas do que outros médicos.
- Médicos de família apresentam maior probabilidade de manter o funcionamento do consultório no horário comercial durante os fins de semana do que os internistas generalistas.
- Médicos de família e internistas apresentam maior probabilidade de relatar que atendem chamadas domiciliares ou consultas especiais em salas de emergência e asilos que realizam mais estas consultas do que outros tipos de médicos.
- Pacientes de médicos de família esperam menos tempo para marcar consultas não-urgentes do que os pacientes de outros tipos de médicos.
- Consultórios de generalistas e pediatras ou internistas não-certificados pelo conselho são mais acessíveis do que os pediatras ou internistas certificados pelo conselho ou outros especialistas.

Pesquisas nacionais indicaram que as pessoas que relatam não ter nenhuma fonte de atenção regular consultaram substancialmente menos do que precisavam, conforme foi medido pela relação sintomas/resposta. As pessoas que tinham subespecialistas como sua fonte regular de atenção relatam consultar mais do que os peritos considerariam necessário. Em contraste, aqueles com um clínico ou um médico de atenção primária como sua fonte de atenção tiveram, aproximadamente, o mesmo número global de consultas que os peritos consideravam necessárias (Taylor *et al.*, 1975).

Um estudo mais recente do atendimento realizado por 60 médicos de família, 245 internistas generalistas e 55 internistas subespecializados que trabalhavam em um plano de saúde

organizado (Grumbach *et al.*, 1998) indicou que havia poucas diferenças nos relatos dos pacientes sobre a acessibilidade, com um índice discretamente maior para internistas generalistas. Entretanto, os internistas tinham grupos menores de pacientes e receberam menos pacientes por unidade de tempo de trabalho do que os médicos de família. Não houve nenhuma diferença entre os internistas gerais e os subspecializados, mas neste plano de saúde, os internistas subspecializados tinham de concordar em dedicar a maior parte de seu tempo à atenção primária, e não para à atenção subspecializada.

Uso da atenção primária para o primeiro contato

A taxa de consultas a especialistas em alguns ambientes organizacionais é muito maior do que em outros, principalmente porque os planos (incluindo alguns tipos de organizações de manutenção da saúde) permitem que os pacientes marquem consultas diretamente com subspecialistas, enquanto outros exigem que os pacientes sejam encaminhados por um médico de atenção primária (Perkoff, 1978; Starfield, 1986). Assim, pelo menos em algumas unidades, a atenção ao primeiro contato não é alcançada pelos médicos de atenção primária. Quer a situação seja resultado da escolha do paciente para ir diretamente ao subspecialista, quando isto é permitido, quer seja resultado de uma falta de acessibilidade ou falta de interesse do médico de atenção primária, isso não pode ser determinado a partir dos dados; apenas um estudo subsequente esclareceria o motivo para a falha do primeiro contato nestes ambientes de atenção primária.

Em um estudo multicêntrico do uso dos serviços, pessoas que relataram um generalista como sua fonte de atenção apresentaram uma probabilidade muito maior de procurar este médico, inicialmente, quando sofrem de uma doença aguda, do que as pessoas que relataram que um especialista era sua fonte de atenção regular (Spiegel *et al.*, 1983).

Um estudo nacional de uma amostra representativa dos médicos com consultório mostrou que os médicos gerais e de família tinham uma proporção mais alta de primeiras consultas (na qual o paciente não tinha sido visto antes) do que os pediatras. Estes últimos, em contraste, tiveram uma proporção maior de pacientes que já os tinham consultado anteriormente, mas para outros problemas, e não para o problema que ocasionou a consulta (Fishbane e Starfield, 1981). O mesmo ocorreu para os generalistas quando comparados a outros tipos de médicos, embora a diferença entre os generalistas e internistas, oftalmologistas e otorrinolaringologistas não fosse grande (Puskin, 1977). Estes achados sugerem que os generalistas podem atuar melhor como ponto de primeiro contato para novos problemas do que os pediatras, internistas, ou outros especialistas, pelo menos historicamente.

Em alguns lugares nos Estados Unidos, a obtenção da atenção ao primeiro contato ocorreu menos nos anos 90 do que nos anos 70. Por exemplo, os pais das crianças que foram examinadas em uma sala de emergência urbana em 1976 e em 1993 foram questionados quanto à presença de uma fonte regular de atenção (à qual levavam seus filhos com mais frequência, estando eles bem ou doentes). Embora a porcentagem de crianças com uma fonte regular tenha sido maior em 1993 do que em 1976, uma proporção menor tinha contatado sua fonte regular antes de ir à sala de emergência (Shah-Canning *et al.*, 1996). Assim, as pessoas que não estão inscritas em organizações de atenção gerenciada com a atenção ao primeiro contato institucionalizada podem ter menor probabilidade de recebê-la agora do que no passado.

Dessa forma, os poucos estudos que examinaram a extensão da atenção ao primeiro contato indicam que os indivíduos, cuja fonte regular de atenção é um médico de atenção primária, têm maior probabilidade de receber a atenção ao primeiro contato desse médico do que os indivíduos que têm outros tipos de médicos como sua fonte regular de atenção.

RESUMO

Existem importantes justificativas teóricas e empíricas para a função da atenção primária como “porta”.

A atenção ao primeiro contato envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis (uma característica estrutural ou de capacidade da atenção) e a utilização destes serviços quando surge uma necessidade de atenção (uma característica do processo ou desempenho da atenção).

Informações referentes à acessibilidade da atenção devem ser averiguadas tanto no nível da população quanto no nível das unidades.

A melhor forma de esclarecer as informações a respeito da obtenção da atenção ao primeiro contato é perguntar aos indivíduos na população ou analisar os dados de *todas* as consultas realizadas pelos indivíduos na população para determinar onde eles foram quando buscaram a atenção pela primeira vez para um novo problema ou necessidade de atenção.

A acessibilidade da atenção varia com o tipo de médico. Em geral, os médicos de atenção primária, especialmente médicos de família, são mais acessíveis do que outros tipos de médicos, em particular no que se refere à flexibilidade na prestação do atendimento sem consulta ou horários para marcação.

O acesso à atenção é importante na redução de mortalidade e morbidade. O uso dos profissionais de atenção primária em vez de especialistas para a atenção ao primeiro contato, provavelmente, leva a uma atenção mais apropriada, melhores resultados de saúde e custos totais mais baixos.

O crescente enfoque sobre as “portas de entrada” deveria ser acompanhado por uma estratégia para obter informações referentes à natureza e extensão dos encaminhamentos, o desenvolvimento de melhores critérios para encaminhamento e o papel adequado dos subespecialistas na atenção aos pacientes.

REFERÊNCIAS

- ADAY, L. L.; ANDERSEN, R.; FLEMING, G. *Health Care in the U.S. Equitable for Whom?* Beverly Hills: Sage Publications, 1980.
- ANDERSEN, R. Health status indices and access to medical care. *Am J Public Health*, n. 68, p. 458-63, 1978.
- CHANDE, V.; KINNANE, J. Role of the primary care provider in expediting care of children with acute appendicitis. *Arch Pediatr Adolesc Med*, n. 150, p. 703-6, 1996.
- CHERKIN D. et al. A comparison of the patients and practices of recent graduates of family practice and general internal medicine residency programs. *Med Care*, n. 24, p. 1136-50.
- CHRISTENSEN B, SORENSEN H, MABECK C. Differences in referral rates from general practice. *Fam Pract*, n. 6, p. 19-22, 1989.
- CROMBIE, D.; VAN DER LEE, J.; BACKER, P. *The Interface Study*. London: Royal College of General Practitioners, 1990. (Occasional Paper; 48).
- DONABEDIAN, A. *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973. p 419-73.
- EDWARDS, W. S.; BERLIN, M. *Questionnaires and data collection methods for the household survey and the survey of American Indians and Alaska Natives*. Washington, DC: Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Center for Health Services Research and Health Care Technology Assessment, 1989. (DHHS Pub.; PHS89-3450).
- FAHS, M. Physician response to the United Mine Workers' cost-sharing program: The other side of the coin. *Health Serv Res*, n. 27, p. 25-45, 1992.
- FIHN, S.; WICHER, J. Withdrawing routine outpatient medical services: Effects on access and health. *J Gen Intern Med*, n. 3, p. 356-62, 1988.
- FISHBANE, M.; STARFIELD, B. Child health care in the United States: A comparison of pediatricians and general practitioners. *N Engl J Med*, n. 305, p. 552-6, 1981.

- FORREST, C. B.; STARFIELD, B. The effect of first-contact with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *J Fam Pract*, n. 43, p. 40-8, 1996.
- _____; _____. Entry to primary care and continuity: The impact of access. *Am J Public Health*, 1998. (mimeografado).
- FRANKS, P.; CLANCY, C. Referral of adult patients from primary care: Demographic disparities and their relationship to HMO insurance. *J Fam Pract*, n. 45, p. 47-53, 1997.
- FREEMAN, H. Americans report on their access to health care. *Health Aff*, n. 6, p. 6-18, 1987.
- FRY, J.; HORDER, J. *Primary Health Care in an International Context*. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1994.
- GÉRVAS, J.; PÉREZ-FERNÁNDEZ, M.; STARFIELD, B. Primary care, financing and gatekeeping in western Europe. *Fam Pract*, v. 11, n. 3, p. 307-17, 1994.
- GRUMBACH, K. *Quality of primary care practice in a large HMO according to physician specialty*. 1998. (mimeografado).
- HELLINGER, F. The expanding scope of state legislation. *JAMA*, n. 276, p. 1065-70, 1996.
- HURLEY, R.; FREUND, D.; GAGE, B. Gatekeepers' effects on patterns of physician use. *J Fam Pract*, n. 32, p. 167-74, 1991.
- HURLEY, R.; FREUND, D.; TAYLOR, D. Emergency room use and primary care case management: Evidence from four Medicaid demonstration programs. *Am J Public Health*, v. 79, n. 7, p. 843-7, 1989.
- INSTITUTE OF MEDICINE. *A Manpower Policy for Primary Care: Report of a Study*. Washington, DC: National Academy of Sciences, 1978. (IOM Pub.; 78-02.)
- KOVAR, M. G. Data systems of the National Center for Health Statistics. National Center for Health Statistics. *Vital and Health Statistics*, v.1, n. 23, 1989. (DHHS Pub. No. (PHS)89-1325).
- LURIE, N. et al. Termination of medical benefits: A follow-up study one year later. *N Engl J Méd*, n. 314, p. 1266-8, 1986.
- MARTIN, D. et al. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: A randomized trial. *Am J Public Health*, v. 79, n. 12, p. 1628-32, 1989.

- MATHERS, N.; HODGKIN, P. The gatekeeper and the wizard: A fairytale. *BMJ*, p.172-4, 1989.
- MILLMAN, M. (Ed.). *Access to Health care in America*. Washington, DC: National Academy Press, 1993.
- MOORE, S. Cost containment through risk-sharing by primary care physicians. *N Engl J Méd*, n. 300, p. 1359-62, 1979.
- MOORE, S.; MARTIN, D.; RICHARDSON, W. Does the primary-care gatekeeper control the costs of health care? *N Engl J Med*, n. 309, p. 1400-4, 1983.
- O'TOOLE, S. J. et al. Insurance-related differences in the presentation of pediatric appendicitis. *J Pediatr Surg*, v. 31, n. 8, p.1032-4, 1996.
- PENCHANSKY, R.; FOX, D. Frequency of referral and patient characteristics in group practice. *Med Care* n. 8, p. 368-85, 1970.
- _____; THOMAS, J. W. The concept of access: Definitions and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, n.19, p. 127-40, 1981.
- PERKOFF, G. An effect of organization of medical care upon health manpower distribution. *Med Care*, n. 16, p. 628-37, 1978.
- PUSKIN, D. *Patterns of Ambulatory Medical Care Practice in the United States: An Analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey*. Baltimore: 1977. Dissertação (Mestrado) - Johns Hopkins University. p. 57.
- RASELL, M. Cost sharing in health insurance: A reexamination. *N Engl J Med*, n. 332, p. 1164-8, 1995.
- REAGAN, M. Physicians as gatekeepers: A complex challenge. *N Engl J Med*, n. 317, p. 1731-4, 1987.
- RICHARDSON, W. Measuring the Urban Poor's Use of Physician Services in Response to Illness Episodes. *Med Care*, n. 8, p. 132-42, 1970.
- ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION. *Access to Health Care in The United States: Results of a 1986 Survey*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation, 1987. (Special Report ; 2).
- ROLAND, M.; MORRIS, R. Are referrals by general practitioners influenced by the availability of consultants? *BMJ*, n. 297, p. 599-600, 1988.

- ROOS, N. Who should do the surgery? Tonsillectomy and adenoidectomy in one Canadian province. *Inquiry*, n. 16, p. 73-83, 1979.
- ROSSER, W. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: Is there a difference? *J Fam Pract*, n. 2, p.139-44, 1996.
- SALTMAN, R.; FIGUERAS, J. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: World Health Organization, 1997.
- SCHEFF, T. Preferred errors in diagnosis. *Med Care*, n. 2, p. 166-72, 1964.
- SCHIEBER, G. J.; POULLIER, J. P.; GREENWALD, L. M. Health system performance in OECD countries, 1980-1992. *Health Aff*, v. 13, n. 4, p.100-12, 1994.
- SHAH-CANNING, D.; ALPERT, J.; BAUCHNER, H. Care seeking patterns of inner-city families using an emergency room: A three decade comparison. *Med Care*, n. 34, p. 1171-9, 1996.
- SHAPIRO M, WARE J, SHEROURNE C. Effects of cost sharing on seeking care for serious minor symptoms: Results of a randomized controlled trial. *Ann Intern Med*; n. 104, p. 246-51, 1986.
- SOX H. Decision-making: A comparison of referral practice and primary care. *J Fam Pract*, n. 2, p. 155-60, 1996.
- SPIEGEL J. et al. Who is the primary physician? *N Engl J Med*, n. 308, p. 1208-12, 1983.
- STARFIELD, B. *Effectiveness of Medical Care: Validating Clinical Wisdom*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1985.
- _____. Primary care in the United States. *Int J Health Serv*, n. 16, p. 179-98, 1986.
- _____. Special responsibilities: The role of the pediatrician and goals of pediatric education. *Pediatrics*, n. 71, p. 433-40, 1983.
- _____ et al. How "regular" is the "regular source of medical care"? *Pediatrics*; n. 51, p. 822-32, 1973.
- TAYLOR, D.; ADAY, L.; ANDERSEN, R. A social indicator of access to medical care. *J Health Soc Behav*, n. 16, p. 39-49, 1975.

WEINER, J. *An Analysis of Office-Based Primary Care in Baltimore City*. Baltimore: 1981. Dissertação. (Mestrado) - Johns Hopkins University.

_____; STARFIELD; B. Measurement of the primary care roles of office-based physicians. *Am J Public Health*, n. 73, p. 666-71, 1983.

WILKIN, D.; DORNAN, C. G. P. *Referrals to Hospital: A Review of Research and Its Implications for Policy and Practice*. University of Manchester, Center for Primary Care Research, jul. 1990.

_____; SMITH A. Explaining variation in general practitioner referrals to hospital. *Fam Pract*, n. 4, p.160-9, 1987.

YERGAN, J. et al. Health status as a measure of need for medical care: A critique. *Med Care*, 19, suppl. p. 57-68, 1981.

8. CADASTRO DE PACIENTES E ATENÇÃO ORIENTADA PARA O PACIENTE AO LONGO DO TEMPO

Gostaria que meu médico tivesse se encarregado de tudo. Ele me conhece e nós podemos conversar e nos entender.

Sra. P., depois do nascimento de seu filho, que era normal, mas que passou por exames minuciosos devido a sintomas passageiros.

Longitudinalidade não é uma palavra que aparece em qualquer dicionário. Ela é derivada de *longitudinal*, que é definido como “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos”. Embora a palavra *continuidade* seja usualmente empregada no lugar de *longitudinalidade*, esta última transmite melhor a idéia do que a anterior. Longitudinalidade, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. A continuidade não é necessária para que esta relação exista; as interrupções na continuidade da atenção, por qualquer motivo, necessariamente não interrompem esta relação. Portanto, o termo “longitudinalidade”, cunhado por Alpert e Charney em 1974, oferece um sentido muito melhor sobre a característica que é uma parte crucial da atenção primária.

O alcance da atenção primária implica a existência de um local, um indivíduo ou uma equipe de indivíduos associados que sirva como fonte de atenção por um determinado período de tempo, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema. Ter

atenção longitudinal significa que aqueles indivíduos na população identificam uma fonte de atenção como “sua”; que os prestadores ou grupos de prestadores reconhecem, pelo menos implicitamente, a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para a pessoa (não para a doença); e que esta relação existe, por um período de tempo definido ou indefinido, até que seja explicitamente alterada.

Há uma distinção entre a identificação de um médico, uma equipe de médicos ou um local específico de atenção como *locus* de longitudinalidade. Quando uma equipe ou um local é a fonte da longitudinalidade, o peso da coordenação é provavelmente maior do que se um indivíduo específico for a fonte, já que é provável que os pacientes sejam examinados por um número maior de profissionais. Por outro lado, quando um indivíduo é a fonte de longitudinalidade, os desafios de prestar a atenção ao primeiro contato e a integralidade são maiores, pois é mais difícil para um indivíduo do que para uma equipe ou organização médica estar sempre disponível e prestar ou disponibilizar uma variedade de serviços necessários.

A essência da longitudinalidade (Alpert e Charney, 1971) é uma relação pessoal ao longo do tempo, independente do tipo de problemas de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde, entre um paciente e um médico ou uma equipe de médicos e profissionais não-médicos. Por intermédio desta relação, os profissionais passam a conhecer os pacientes e os pacientes passam a conhecer seus profissionais com o passar do tempo. Isto é captado no *Medicine's Revoton on Primary* [Relatório do Instituto de Medicina sobre a Atenção Primária] como uma “parceria sustentada” na qual “o paciente é tratado como uma pessoa completa, cujos valores e preferências são levados em consideração” (Institute of Medicine, 1997). Seria esperado que os benefícios deste conhecimento resultassem em uma variedade de formas. Por exemplo, os pacientes consultariam menos, pois muitos problemas podem ser manejados por telefone, sem necessidade de marcar uma consulta para averiguar informações já conhecidas. Também resultariam em

menos hospitalizações, já que os profissionais, provavelmente, seriam mais capazes de averiguar se o problema poderia ser manejado em casa.

A “continuidade da atenção” é uma expressão usada freqüentemente para descrever o quanto os pacientes consultam com o mesmo profissional ou visitam a mesma unidade de saúde entre uma consulta e outra ou mesmo em um determinado período de tempo. Neste sentido, a continuidade poderia ser uma característica tanto da atenção especializada como da atenção primária, mas estaria orientada para o manejo dos problemas e não da atenção às pessoas, independente do problema que elas possam ter. O Capítulo 11 discute estas diferenças entre longitudinalidade e continuidade de forma mais completa.

Tenho, repetidamente, ido de hospitais a consultórios médicos e tenho feito perguntas. As dores começaram depois da minha cirurgia. Todos os médicos fazem exames e mais exames – qualquer exame que possam encontrar, pedem que eu faça, de um enema com bário a uma série de exames do trato gastrointestinal superior a qualquer outra coisa. E continuo fazendo perguntas, e eles apenas continuavam receitando mais e mais, me dizendo para tomar os remédios, que até hoje ainda não pararam a dor. Eu pergunto a eles: “Por que vocês estão me receitando tantos remédios se sou tão alérgica a tantos deles?” Quando fiz todas estas perguntas, eles só me disseram para confiar neles. Então, no começo, eu tomei tudo o que me foi receitado, o que não me ajudou. Cansei daqueles médicos que estavam me “ajudando” e que ficavam me dizendo como eu me sentia e não ouviam quando eu dizia o que realmente sentia. Você tem apenas que dizer a eles que “esperem um pouco”. Então mudei de médico porque eu queria uma segunda opinião. Quando fui a este outro médico, ele me examinou e balançou a cabeça e disse: “Não sei, mas tome este remédio”. Ele fez a receita para que eu tomasse o medicamento e pediu para eu voltar em duas semanas. A dor não estava melhorando e o remédio não estava fazendo efeito. Então voltei a ele, ele me examinou de novo e eu pedi a ele o resultado dos exames que ele tinha pedido, mas ele disse que ainda não os tinha. Ele ficou lá sentado por cinco

minutos, sacudindo sua cabeça, e depois me fez cinco receitas! E quando perguntei para o que eram, ele disse: “Apenas tome-os. Confie em mim, tome-os e chegaremos a uma solução”. Eu disse “tá bom”, e ele disse que pediria para outro senhor entrar para me examinar e que eu deveria voltar em cinco semanas. Eu fiquei lá sentada por uns cinco minutos até que o outro médico entrou. Ele pegou seu estetoscópio e ouviu de um lado – lado direito – deu a volta na mesa, se virou e me passou outras duas receitas. Quando perguntei para o que eram, ele disse apenas para confiar nele e voltar em duas semanas. Eu lhe disse que eu não era uma cobaia e que não tomaria todas aquelas receitas. Rasguei todas as receitas e saí do consultório.

Finalmente voltei à médica de família que tem cuidado de mim por 20 anos. Ela me conhece muito bem e foi maravilhosa. Ela me ouviu e não tentou me dizer como eu estava me sentindo. Ela retirou todos os medicamentos e a dor começou a desaparecer.

Sra. M., garçõete de 50 anos.

Como é o caso de cada um dos quatro atributos da atenção primária, a longitudinalidade está relacionada aos outros. O relacionamento com uma fonte habitual de atenção implica que o local será o local de atenção ao primeiro contato. Isso também implica, conforme será observado nos próximos dois capítulos, que a fonte habitual de atenção assegurará que esta seja integral e coordenada.

OS BENEFÍCIOS DA LONGITUDINALIDADE

Os benefícios da associação com uma fonte habitual de atenção têm sido documentados em uma ampla variedade de estudos. Embora ter um local (por exemplo, clínica ou centro de saúde do bairro) como a fonte habitual de atenção não seja equivalente a ter um médico como fonte habitual de atenção, até recentemente havia poucas evidências a este respeito porque a maioria dos estudos sobre os benefícios da longitudinalidade foi realizada utilizando ou o local ou

o médico como base para o estudo, havendo poucas comparações entre os dois. Entretanto, pelo menos metade dos pacientes em vários grupos de unidades de saúde na Inglaterra (onde os pacientes, geralmente, se registram com um profissional específico) valorizava uma associação com um médico específico, de forma suficientemente notável para esperar mais tempo por uma consulta e esperar mais tempo no consultório para ver o médico (Freeman e Richards, 1994). Os pacientes no cadastro do próprio médico apresentavam probabilidade muito maior de terem consultado com aquele médico num período de seis anos do que os pacientes relacionados a um grupo de médicos em vez de pacientes de um médico específico (Freeman e Richards, 1990). Outro estudo, envolvendo mais de 2 mil pacientes em 89 unidades de saúde britânicas, descobriu que os pacientes em clínicas com cadastros “pessoais” (e não de “grupo”) estavam significativamente mais satisfeitos com sua atenção, não importando a forma como a satisfação tenha sido avaliada (Baker e Streatfield, 1995; Baker, 1996).

Uma pesquisa nacional de pacientes realizada nos Estados Unidos em 1988 descobriu que os indivíduos com um médico específico, como sua fonte habitual de atenção, receberam melhores prescrições de imunizações recomendadas, melhores exames para câncer de mama, melhor uso dos serviços por parte dos que apresentavam a saúde fragilizada e menos hospitalizações para problemas ambulatoriais simples (ver Capítulo 13) do que os indivíduos que relataram apenas um local como sua fonte habitual. Entretanto, estes achados estavam restritos àqueles que relataram um centro não-tradicional (por exemplo, uma clínica hospitalar de pacientes não-internados ou outro tipo de clínica) como sua fonte. Além disso, o estudo não fez distinção entre ter um especialista como fonte habitual e ter um médico de atenção primária como esta fonte (Lambrew *et al.*, 1996).

Porém, um estudo que classificou a adequação da atenção primária recebida em áreas urbanas de um estado norte-americano mostrou que os pacientes com ótima adequação de atenção primária (uma combinação de disponibilidade, continuidade, integralidade e

comunicação com os profissionais) não tinham maior probabilidade de relatar um profissional específico como sua fonte habitual de atenção do que aqueles que relataram o local como sua fonte (Stewart *et al.*, 1997). Ou seja, quando um local atinge altos níveis de atributos de atenção primária, os benefícios podem ser tão grandes quanto ter um médico específico. Assim, o “x” da questão é se um local ou uma pessoa específica tem maior probabilidade de alcançar os atributos da atenção primária. Infelizmente, a ausência (até muito recentemente) de ferramentas para medir estes atributos e a falta geral de apreciação da importância de estudá-los impediu o acúmulo de evidências a este respeito.

Como a literatura sobre os benefícios da longitudinalidade algumas vezes aborda a associação a um local específico e, algumas vezes, a uma pessoa específica, os exemplos de benefício a seguir estão divididos de acordo com o fato da fonte ser um profissional ou um local específico. Na maioria dos exemplos, havia uma real associação com uma fonte habitual de atenção (em vez do mero relato da presença de uma fonte habitual de atenção).

Estudos em que a fonte habitual de atenção era um profissional individual

A longitudinalidade facilita a observância da medicação prescrita. Em um estudo anterior, no norte do estado de Nova York, Charney *et al.* (1967) demonstraram que a ingestão de medicamentos foi maior entre as crianças cujos próprios médicos tinham feito a prescrição. Becker *et al.* (1972) demonstraram um efeito similar para as crianças em tratamento para otite média.

Os pacientes que tinham uma fonte habitual de atenção, mas que não consultavam com esse médico habitual, apresentaram maior probabilidade de que o médico que os atendeu considerasse que não precisavam de atenção para um problema do que seria o caso se seu próprio médico os tivesse avaliado. Este achado sugere que os médicos que desenvolveram uma relação com os pacientes são mais capazes de avaliar suas necessidades do que os médicos que não estão familiarizados com o paciente (Steinwachs e Yaffe, 1978).

A longitudinalidade da atenção facilita o reconhecimento de determinados tipos de problemas. Por exemplo, Becker *et al.* (1974) demonstraram que as crianças indicadas aleatoriamente para receber atenção de uma equipe, consistindo de um médico, enfermeiro e nutricionista, que permaneceu constante no decorrer do tempo, apresentaram maior probabilidade de ter seus problemas comportamentais reconhecidos do que as crianças vistas na mesma unidade de saúde pelo próximo profissional disponível.

Um estudo norueguês com 1.401 adultos atendidos por 89 médicos generalistas descobriu que o relatório dos médicos sobre o quanto eles conheciam os pacientes estava associado a um melhor reconhecimento da maioria dos tipos de problemas psicossociais que os pacientes registraram, de forma independente, em questionários depois das consultas, mesmo depois do controle de outros fatores influentes, como características sociodemográficas do paciente e do médico (Gulbrandsen *et al.*, 1997).

A corroboração do impacto de ter um médico pessoal vem de um grande estudo nacional de 10.250 crianças em 172 centros de atenção primária. O determinante mais notável do reconhecimento pelos médicos dos problemas psicossociais das crianças era a familiaridade com o paciente, determinada pelo fato de o profissional que atendeu à criança ter relatado que o paciente era seu paciente pessoal, e não paciente de grupo ou paciente de atenção não-primária em sua unidade de saúde (Kelleher *et al.*, 1997).

A atenção preventiva de alguns tipos, particularmente para crianças, é melhor se o indivíduo possuir um profissional que sirva como sua fonte de atenção primária. Assim, as crianças já associadas a um local específico, onde recebem seu atendimento, têm maior probabilidade de receber uma imunização indicada se tiveram, anteriormente, uma relação com um médico ou enfermeiro específico (Lieu *et al.*, 1994).

Também foi descoberto que os médicos fazem mais diagnósticos precisos (entre as mulheres que apresentam sintomas no trato urinário) e (acertadamente) não prescrevem tratamento se conhecem melhor a paciente (Nazareth e King, 1993).

Os pacientes que passaram por consultas em um centro médico têm maior probabilidade de voltar ao médico que os encaminhou se consideram este médico sua fonte habitual de atenção (Lawrence e Dorsey, 1976). Isso significa que a identificação de uma fonte de longitudinalidade melhora a extensão na qual os pacientes completam o processo de encaminhamento, voltando ao médico que os encaminhou.

Quando os pacientes visitam o mesmo profissional, em vez de profissionais diferentes, a atenção é mais eficiente. Um estudo com base populacional, envolvendo a revisão de todas as queixas de uma amostra aleatória dos pacientes do Medicaid (com idade entre 0 e 21 anos) por três anos, revelou que a longitudinalidade estava associada a uma redução nas internações hospitalares e nos custos globais (Flint, 1987).

Menores taxas de hospitalização e menores custos globais podem exigir uma duração ainda mais longa da relação médico-paciente em alguns grupos da população. Em um estudo nacional com idosos, foram necessárias relações de pelo menos cinco anos e, particularmente, aquelas de 10 anos, para atingir estes benefícios. Nenhuma influência da duração das relações nos procedimentos preventivos, tabagismo ou obesidade foi encontrada (Weiss e Blustein, 1996).

A longitudinalidade está associada a uma satisfação aumentada por parte dos pacientes, conforme mostrado em vários estudos (Wasson *et al.*, 1984; Becker *et al.*, 1972, 1974). Quanto mais longa a relação médico-paciente, maior a satisfação, mesmo quando fatores como número de consultas; idade e sexo do paciente; idade, sexo, localização e tipo de unidade de saúde e de reembolso do profissional; e tipo de consulta, doença e duração do problema forem considerados. Por exemplo, os pacientes em 133 centros de clínica geral na Noruega que estavam relacionados aos mesmos por mais de cinco anos tinham uma probabilidade mais de um terço maior de relatar estarem muito satisfeitos, em relação àqueles cuja relação durava de um a cinco anos (Hjortdahl e Laerum, 1992).

Obviamente, a satisfação não é uma boa medida dos benefícios da longitudinalidade porque os indivíduos insatisfeitos

têm maior probabilidade de mudar de profissional, se puderem fazê-lo. Entretanto, há uma corroboração independente dos benefícios da longitudinalidade a partir de um estudo relacionado nos mesmos 133 centros da Noruega. Os médicos dos pacientes relataram conhecer mais a respeito de seu histórico médico, sua personalidade e sua rede social quando a duração da relação era mais longa; os médicos levaram, pelo menos, um ano e, muitas vezes, cinco anos para atingirem uma boa base de conhecimento a respeito dos pacientes (Hjortdahl, 1992). Eles também apresentam maior probabilidade de manejar, de forma adequada, em vez de prescrever medicamentos (Hjortdahl e Borchgrevink, 1991).

O que conta para os efeitos benéficos da longitudinalidade? Embora os mecanismos específicos não tenham sido explorados, existem várias possibilidades. Ao longo do tempo, um senso de confiança no médico pode deixar os pacientes mais confortáveis para relatar informações relevantes e a responder melhor às suas recomendações. Similarmente, os médicos envolvidos em atenção longitudinal podem ser mais sensíveis a informações relativamente sutis que ajudam a esclarecer a natureza do problema do paciente. O conhecimento acumulado a respeito dos antecedentes do paciente e as experiências de doenças podem ajudar o médico a chegar a uma avaliação mais precisa de seu problema.

Meu filho de 18 anos acampa, esquia, nada e estuda em uma escola secundária rural local. Ele depende de um computador para falar, de uma cadeira de rodas elétrica para se movimentar, pela casa e na escola, e de seus pais para a maioria de suas necessidades físicas. Ele tem uma enfermidade neurológica não-diagnosticada que parece ser progressiva; ele é adotado e seu distúrbio é, provavelmente, genético. Nosso médico de família cuida das imunizações, dores de garganta e esse tipo de coisas, mas, para algumas necessidades especiais, Nick continua consultando com um especialista. Os dois médicos trabalham de forma muito próxima, mas nosso médico de família é quem pode explicar melhor a Nick o que está acontecendo, como quando ele começou a ter convulsões.

Sra. A., mãe.

O médico, na qualidade de um “depositário de informações”, é a base para a idéia de que a continuidade da atenção é um aspecto útil dos serviços de saúde. Este assunto é abordado no Capítulo 11.

No passado, foi demonstrada uma preocupação de que a longitudinalidade poderia retardar o reconhecimento de problemas sérios (Evang, 1960; Miller, 1973), mas isso nunca foi documentado de forma apropriada como um problema sistemático.

Estudos em que a fonte de atenção era um local específico

Crianças que recebem atendimento de uma fonte habitual identificável apresentam maior probabilidade de receber atenção preventiva do que outras crianças. Alpert *et al.* (1976) mostraram que crianças indicadas aleatoriamente a uma unidade de saúde específica para todo seu atendimento tiveram taxas muito mais altas de consultas para supervisão da saúde e taxas mais baixas de consultas para atenção a doenças do que os pacientes não-inscritos na unidade, embora suas taxas de consultas anteriores para os dois tipos de consultas fossem similares. McDaniel *et al.* (1975) demonstraram que as crianças que receberam toda sua atenção de um centro pediátrico tinham maior probabilidade de ter imunizações completas do que as que receberam atenção de um pediatra particular e de uma clínica da secretaria de saúde. (Entretanto, os achados não foram consistentes nos quatro grupos de pediatras estudados, indicando que o achado não pode ser generalizado para todos os centros).

Um estudo nacional de crianças relatando os centros de saúde comunitária (CHCS – *Community Health Centers*) como sua fonte habitual de atenção mostrou que aqueles que usaram os CHCS para a atenção para a enfermidade e para a atenção de rotina apresentaram maior probabilidade de receber uma atenção preventiva adequada à idade do que as crianças que usaram os CHCS apenas para a atenção de rotina. Se, além disso, também havia uma relação com um médico específico dos CHC, a probabilidade de ter recebido uma atenção de rotina apropriada para a idade era ainda maior (O'Malley e Forrest, 1996).

Ter uma fonte habitual de atenção foi o determinante mais potente (até mais do que a presença de seguro) do recebimento de serviços preventivos entre as mulheres na Califórnia. Além disso, se aquela fonte de atenção forneceu uma obtenção otimizada das características da atenção primária, conforme foi relatado pelos que responderam a este estudo baseado na comunidade, o recebimento da atenção preventiva foi ainda maior. O componente mais notável da avaliação da atenção primária foi uma característica da longitudinalidade: a adequação relatada da extensão e da facilidade para comunicar-se com os médicos do local (Bindman *et al.*, 1996).

Pacientes que consultam mais vezes numa unidade de saúde durante um período de tempo têm maior probabilidade de receber a atenção preventiva indicada. Isto foi demonstrado como sendo o caso tanto de crianças (Benson *et al.*, 1984) como de adultos, que se beneficiaram mais dos sistemas de lembretes computadorizados para a atenção preventiva caso tivessem consultado mais em vez de menos vezes (Chambers *et al.*, 1989).

As pessoas que possuem uma fonte de atenção primária apresentam maior probabilidade de manter suas consultas de revisão. Spivak *et al.* (1980) mostraram que as crianças que tinham uma fonte de atenção primária tinham duas vezes mais chances de manter as consultas de revisão do que as crianças sem tal fonte. Elas tinham, pelo menos, 50% mais probabilidade de fazê-lo do que as crianças cuja fonte de atenção primária era usada para atenção de rotina e pequenas enfermidades, mas que foram levadas para a sala de emergência por problemas mais sérios, ou crianças que usaram mais de uma fonte de atenção primária, com ou sem uso da sala de emergência.

As pessoas cuja atenção é longitudinal apresentam menos hospitalizações de emergência e períodos de hospitalização mais curtos, como foi demonstrado por um estudo no qual homens acima de 55 anos foram, aleatoriamente, indicados para dois grupos diferentes de atenção: um longitudinal e o outro não (Wasson *et al.*, 1984).

Um estudo mais recente, que incluiu tanto crianças como adultos não-idosos, mostrou que os indivíduos com melhor

longitudinalidade em um ano tinham taxas significativamente menores de hospitalizações no ano subsequente (Gill e Mainous, 1998).

Pessoas socialmente desfavorecidas (ou seja, aquelas que recebem assistência pública para atenção médica na forma de Medicaid em duas áreas nos Estados Unidos [Califórnia e cidade de Nova York]) apresentavam menor probabilidade de precisar de hospitalizações e maior probabilidade de ter hospitalizações mais curtas, em hospitais, se fossem usuários habituais de um centro de saúde comunitário do que se uma grande parte das consultas fosse em outras fontes de atenção. Os custos totais da atenção para estes pacientes foram menores, mesmo que tenham passado por mais consultas de atenção ambulatorial. Além disso, o caso foi o mesmo entre o subgrupo de pacientes com asma ou diabetes; ou seja, hospitalizações e custos foram menores se eles tinham buscado, mais consistentemente, atendimento em um centro de saúde comunitário do que se não o tivessem feito (Duggar *et al.*, 1994).

Crianças urbanas apresentaram maior probabilidade de receber atenção para episódios indiferenciados de doença e para dores de ouvido, além de estar sob atenção habitual para asma, se tivessem uma fonte longitudinal de atenção do que se não a tivessem (German *et al.*, 1976; Salkever *et al.*, 1976).

Pessoas cuja atenção é fornecida longitudinalmente têm menor probabilidade de contrair doenças preveníveis, como foi mostrado em um estudo sobre ocorrência de febre reumática aguda em crianças em Baltimore (Gordis, 1973). A longitudinalidade da atenção também pode reduzir a probabilidade de maus resultados ao nascimento, especialmente baixo peso. Quando a atenção pré-natal é uma continuação da atenção em andamento, os bebês têm maior probabilidade de ter um peso normal ao nascer do que se sua atenção pré-natal não tenha feito parte de um programa de atenção que tenha antecedido à gestação (Starfield, 1985).

Os custos da atenção são reduzidos para indivíduos que recebem atenção longitudinal. Uma análise de dados nacionais feita por Butler *et al.* (1985) mostrou que crianças que relataram uma fonte habitual de atenção tiveram custos totais de atenção

aproximadamente 25% menores do que as crianças sem nenhuma fonte de atenção habitual; os custos para este último grupo de crianças tiveram um desvio padrão muito maior (indicando uma maior heterogeneidade de experiências) do que no caso das crianças com fonte de atenção habitual.

Em muitos estudos é impossível determinar se a presença de uma fonte usual de atenção causa o efeito benéfico ou está meramente associada a ele. Por exemplo, Ettner (1996) usou uma técnica (variáveis instrumentais) para determinar se a presença de uma fonte habitual de atenção levou a ou resultou de diferenças na recepção dos serviços preventivos. Para exames de rotina em crianças e para determinados procedimentos preventivos (por exemplo, tempo desde a última verificação da pressão arterial) em adultos, o fato da existência de uma fonte de atenção habitual não teve impacto; ela melhorou o recebimento para outros procedimentos (exame de Papanicolaou, palpação de mama e mamografias). Portanto, a relação entre longitudinalidade da atenção e o uso dos serviços depende da forma como a questão é investigada. Os estudos em que a fonte de atenção habitual é identificada retrospectivamente (isto é, depois do período em estudo) indicam que a presença de uma fonte de atenção habitual está associada a um número crescente de consultas (Andersen e Aday, 1978; Scitovsky *et al.*, 1979; Marcus e Stone, 1984). Estudos em que a fonte habitual de atenção é identificada prospectivamente (isto é, antes dos modelos de uso serem examinados) indicam que ter uma fonte de atenção habitual reduz o uso (Breslau e Reeb, 1975; Alpert *et al.*, 1976). O motivo para isto é que o uso relativamente recente dos serviços apresenta probabilidade de gerar uma percepção de uma relação habitual; os indivíduos que usam mais o serviço têm maior probabilidade de relatar que o médico que os atendeu é a fonte de atenção habitual. Estudos prospectivos, portanto, oferecem uma avaliação mais precisa do impacto benéfico da longitudinalidade sobre o uso dos serviços; eles mostram que a frequência dos serviços, especialmente para atenção às doenças, é reduzido.

A Tabela 8.1 resume a natureza das evidências sobre o benefício de uma associação com um local ou profissional

específicos. Os benefícios da associação com um local específico são mais extensos e condizentes com a idéia de que o maior conhecimento a respeito das pessoas, que deriva de uma relação pessoal, confere benefícios adicionais na forma de um melhor reconhecimento das necessidades e diagnósticos mais precisos. Em contraste, alguns benefícios podem decorrer da existência de um depósito de informações armazenadas (como em um prontuário médico) a respeito dos indivíduos; isto poderia contar para a melhor atenção preventiva, que está simplesmente associada a um local específico de relação, ao invés da não existência deste local ou à melhor coordenação da atenção levando a custos mais baixos.

Tabela 8.1
Benefícios da longitudinalidade, com base em evidências da literatura

	Identificação com um profissional	Identificação com um local
Melhor reconhecimento de problemas/necessidades	++	
Diagnóstico mais preciso	++	
Melhor concordância		
Consultas mantidas	++	++
Orientação para tratamento	++	
Menos hospitalizações	++	+
Custos mais baixos	++	+
Melhor prevenção (alguns tipos)	++	++
Maior satisfação (satisfação e longitudinalidade são recíprocas; uma influencia a outra, conforme observado no texto)	++	

++: Boas evidências; +: Evidências moderadas (o efeito pode resultar de uma maior probabilidade de se ter um profissional específico em um local específico)

Assim, as evidências sobre os benefícios da longitudinalidade indicam que sua utilidade deriva do conhecimento obtido ao longo do tempo. Estes benefícios são mais consistentemente encontrados no reconhecimento dos problemas dos pacientes do que nos aspectos da atenção técnica, como o desempenho dos procedimentos preventivos. Quando os profissionais conhecem os pacientes, eles são mais capazes de julgar a necessidade de intervenções diagnósticas e de avaliar os méritos relativos de

diferentes modos de intervenção. Essas vantagens são melhor alcançadas quando a relação é com um profissional em particular, e não com um local específico. As vantagens decorrentes da associação com um local específico, ao invés da não existência de um local identificável, derivam, mais provavelmente, da crescente probabilidade de ver o mesmo profissional ou grupo de profissionais naquele local e de outros atributos da atenção primária que estão associados ao local, em particular, a existência de um registro que facilita o reconhecimento de determinadas necessidades, como os serviços preventivos.

IMPLICAÇÕES DA POLÍTICA E DA PESQUISA DA LONGITUDINALIDADE: LIVRE ESCOLHA, ATENÇÃO GERENCIADA E MANEJO DE CASOS DE DOENÇA

A livre escolha do médico de atenção primária é a norma na maioria dos países industrializados. A corroboração da importância da livre escolha dos médicos de atenção primária vem de um grande estudo de 10.205 pacientes inscritos em uma HMO com modelo em grupo. Os 47% dos pacientes que escolheram seu médico de atenção primária apresentaram muito mais probabilidade de classificar sua satisfação com a atenção como excelente ou muito boa do que os 53% dos pacientes que foram indicados a um médico de atenção primária por não terem escolhido um (Schmittiel *et al.*, 1997).

O advento da atenção gerenciada (ver Capítulo 6) foi projetado, pelo menos no conceito, sobre o princípio da longitudinalidade. Teoricamente, a atenção gerenciada deveria promover o alcance da longitudinalidade porque geralmente exige a identificação com um profissional de atenção primária. Na realidade, ela parece impedir o alcance da longitudinalidade. Muitas organizações de atenção gerenciada nos Estados Unidos não apenas limitam a livre escolha do profissional de atenção primária; elas também, muitas vezes, quebram as relações

estabelecidas entre os pacientes e os médicos porque o médico não está no quadro de profissionais da organização. Quase metade de todos os norte-americanos que recebem seguro-saúde através de seus empregadores tem seus planos escolhidos por estes; cerca de metade do restante pode escolher apenas entre dois planos (Institute of Medicine, 1996; Angell e Kassirer, 1996). A ausência da livre escolha do médico interfere com o estabelecimento de uma boa relação com um profissional de atenção primária. Além disso, como os mecanismos de mercado implicam a existência da competição entre os planos de saúde e na eterna livre escolha dos compradores, um sistema de atenção gerenciada com base nos mecanismos de mercado promoverá mudanças freqüentes nos planos e profissionais na forma de “pacotes” novos e aparentemente mais atraentes de serviços oferecidos para melhorar a posição no mercado. Uma pesquisa nacional recente descobriu que quase metade de todos os médicos relatou uma perda de 10% de seus pacientes nos mercados com alta penetração da atenção gerenciada como resultado de mudanças nos planos de seguro dos pacientes (Commonwealth Fund Quarterly, 1996). O advento dos planos de atenção gerenciada por ponto de serviço, enquanto teoricamente aumentam a “livre escolha”, na verdade anulam os benefícios da longitudinalidade ao aumentar a capacidade dos pacientes na busca de atenção em qualquer local, sem discutir com o clínico de atenção primária. Virtualmente, todos os estudos sobre o impacto da atenção gerenciada direcionada pelo lucro sobre relações de longa duração entre profissionais e pacientes indicam que estas relações de longa duração são interrompidas na medida em que os empregadores e outros compradores trocam, periodicamente, de planos de saúde e, assim, mudam o paciente para planos aos quais seus profissionais habituais de atenção não estão associados (Sturm *et al.*, 1996; Davis *et al.*, 1995). Vinte por cento dos inscritos em uma HMO do Medicare deixam sua HMO no período de 12 meses depois da inscrição (Brown *et al.*, 1993). Nas HMOs do Medicaid, cerca de 5% se desassocia a cada mês, geralmente por perder a

eletividade (Woolhandler e Himmelstein, 1996). Quarenta por cento de todas as mulheres nos Estados Unidos trocam de profissional a cada ano em busca de uma relação mais satisfatória (Commonwealth Fund, 1993). Entre os inscritos em programas de atenção gerenciada de associações de consultórios individuais e de organizações profissionais preferenciais (ver Capítulo 6), os indivíduos que foram forçados a trocar seu médico de atenção primária tiveram escores significativamente mais baixos para vários aspectos da longitudinalidade (incluindo a qualidade da comunicação interpessoal, relatório de conhecimento médico de seus pacientes e percepção dos pacientes de que podem ir ao seu médico para quase todos os seus problemas) do que os indivíduos que puderam permanecer com seu médico (Flocke *et al.*, 1997).

O termo *manejo de caso* tem uma longa história, originando-se do serviço social. Possui significados variados dependendo do contexto profissional, com apenas uma linha comum, sendo essa a idéia de um mecanismo para encontrar e coordenar diversos serviços nos quais a atenção deve ser recebida a partir de várias fontes. Alguns serviços podem ser clínicos, enquanto outros podem ser administrativos (Hurley, 1986). Entretanto, o uso da palavra *caso* não condiz com o conceito de longitudinalidade, que se refere às pessoas como mais do que apenas a soma de serviços necessários.

Uma vez que o manejo de caso pode abranger tantos tipos diferentes de funções, alguém que não seja médico pode ser necessário para preencher o papel. Liptak e Revell (1989) pesquisaram médicos de família e pediatras que trabalhavam em clínicas especializadas de centros médicos e os pais de pacientes com doença crônica das mesmas clínicas. Cerca de 60% dos médicos acreditavam que o médico de atenção primária deveria ser o gerenciador do caso, 20% pensavam que os pais eram mais apropriados para o papel, 15% sugeriram uma clínica ou médico especializado e 5% sugeriram um enfermeiro comunitário. Os médicos não estavam certos quanto a quem estava manejando o caso para 51% de seus próprios pacientes crônicos. Considerações específicas que os médicos pensavam ser mais

importantes em seu próprio papel de gerenciadores do caso foram o diagnóstico, a severidade da doença e os recursos disponíveis na área de especialidade. Os pais, entretanto, classificaram as clínicas especializadas e os médicos de atenção primária quase como igualmente reconhecíveis a respeito da saúde de seus filhos bem, como igualmente acessíveis.

A abordagem do *New York State Department of Social Services and Health* [Secretaria de Serviço Social e Saúde do Estado de Nova York] (Child Health Financing Report, 1990), que pagava aos médicos para assumir a atenção continuada de crianças de baixa renda, abriu caminho para muitas instituições estaduais do Medicaid para adotar o manejo de caso da atenção primária (PCCM – *Primary Care Case Management*), no qual os pacientes escolhem ou são indicados para um médico específico. Os médicos, geralmente, devem prestar cobertura 24 horas para a unidade de saúde, devem providenciar internações hospitalares, consultas com especialistas e serviços auxiliares, e devem aderir às diretrizes da atenção preventiva. Os especialistas também devem fornecer resumos das consultas aos médicos de atenção primária e informar a estes ao agendar internações. Assim, a “atenção gerenciada” neste contexto inclui a integração (coordenação) da atenção, bem como a atenção ao primeiro contato através do estímulo à longitudinalidade.

O financiamento do manejo de caso foi incorporado à política pública norte-americana com a aprovação da Seção 9.508 da *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act* [Lei Consolidada de Reconciliação Orçamentária de Dispositivos Diversos] de 1985, que forneceu fundos para a prestação do manejo de caso dentro da Social Security Act [Lei de Seguridade Social] (Medicaid). Similarmente, a Lei Pública 99.457 *Intervention Program for Infants and toddlers with Handicap* [Programa de Intervenção Precoce para Bebês e Crianças Pequenas com Necessidades Especiais] determina a prestação de serviços de manejo de caso para crianças que fazem parte do programa.

A teoria do manejo de caso, bem como as considerações sobre custos, fornece a base para a moda atual do manejo de caso para doenças, em que a atenção de determinadas doenças é “cortada” da

atenção primária e entregue a uma equipe separada orientada para a doença. O “corte” da atenção é realizado através de contratos separados com empresas, geralmente com fins lucrativos, e sob o patrocínio de empresas farmacêuticas, para prestar serviços para uma doença específica, ou, até mesmo mais comumente, para a saúde mental e problemas de abuso de substâncias. Pessoas com estas doenças vão diretamente a estes profissionais indicados, e não ao seu profissional de atenção primária quando seu problema encontra-se no âmbito do “corte”. O manejo de caso da doença, como o manejo de caso em geral, não é compatível com os princípios da longitudinalidade se, na verdade, focar o manejo da doença, e não uma parceria para a atenção do paciente como um todo ao longo do tempo.

Em uma grande reunião nacional, o diretor médico de uma grande organização de atenção gerenciada com fins lucrativos estava enaltecendo o manejo de caso de doenças como uma estratégia para melhorar a atenção e conter as despesas. Apresentou os dados de tal programa para crianças com asma. Seus dados demonstravam claramente que os custos da atenção eram inferiores para estas crianças do que era o caso antes da instituição do programa. Entretanto, quando os custos da atenção eram divididos entre os associados à atenção à asma e os associados ao restante da atenção, a economia estava toda na categoria da atenção não associada à asma. Quando questionado por um membro da platéia para explicar este ponto, ele comentou: “O enfermeiro gerenciador de caso não cuidou apenas da asma, mas de todas as necessidades das crianças.” Moral da história: para atingir a economia nos custos de um programa de manejo da doença, é necessário oferecer uma boa atenção primária ao mesmo tempo.

Qualquer avaliação dos benefícios expressos do manejo de caso de doenças deve levar em consideração não apenas seu impacto sobre a doença e os custos de seu manejo, mas também a extensão na qual afeta (de forma negativa ou positiva) todos os outros aspectos da atenção aos pacientes. O futuro destes arranjos “subtraídos” não está claro, e muitos acreditam que eles desaparecerão na medida que as organizações de atenção

gerenciada integrarem-se mais com médicos especializados em centros médicos acadêmicos ou na comunidade.

Uma questão relacionada é a justificativa potencial para se ter duas “fontes habituais de atenção” quando as duas diferem em seu enfoque. Nos Estados Unidos, um terço das mulheres adultas indica que tanto um médico de família (ou internista geral) quanto um ginecologista/obstetra são fontes habituais de atenção, sendo que buscam atenção para os assuntos referentes ao sistema reprodutor junto a estes últimos. Estas mulheres apresentam números mais elevados de consultas globais e uma probabilidade mais alta de terem recebido exames de Papanicolau, mamografias e exames de colesterol mais recentes do que as mulheres que recebem atenção apenas de um médico de família ou internista (Weisman *et al.*, 1995). Embora seja possível que as mulheres que deliberadamente buscam atendimento de um médico de atenção primária e de um ginecologista também busquem deliberadamente o atendimento preventivo, é provável que o recebimento da atenção de um ginecologista melhore o recebimento de serviços preventivos no âmbito ou relacionados àquela área de interesse e treinamento daquele médico internista. É desconhecido o quanto estas mulheres recebem de outros aspectos da atenção primária (primeiro contato, relações interpessoais, integralidade global e coordenação). Como muitos sistemas de saúde integrados, pelo menos nos Estados Unidos, agora permitem que as mulheres escolham tanto um médico de família ou internista generalista quanto um ginecologista/obstetra como seus profissionais de atenção primária, a necessidade de avaliação do impacto destes arranjos no recebimento de atenção primária de alto nível (não apenas atenção preventiva) está aumentando.

MEDIÇÃO DA LONGITUDINALIDADE

Como ocorre com os quatro aspectos chave da atenção primária, a abordagem para medição depende grandemente da definição da característica. A definição proposta pelo Instituto de Medicina, ou

seja, “Uma parceria continuada refere-se à relação entre o paciente e o clínico com a expectativa mútua de continuidade no decorrer do tempo e fundada no desenvolvimento da confiança, respeito e responsabilidade mútuos”, pode ser igualmente pertinente tanto na atenção subespecializada como na atenção primária, se ela não estiver claramente orientada para a pessoa, e não centrada no manejo de longa duração de algum problema de saúde.

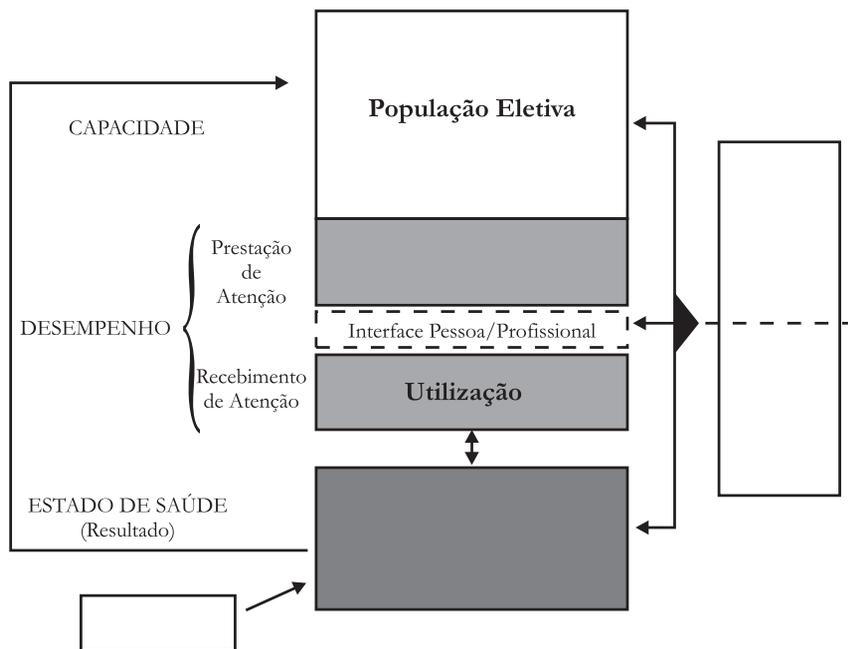
Um aspecto central da medição da longitudinalidade é a idéia de que os indivíduos deveriam ser capazes de identificar sua fonte de atenção primária, sendo que esta fonte deveria ser capaz de identificar sua população eletiva (o aspecto da “capacidade”). Além disso, os indivíduos deveriam utilizar essa fonte habitual para todos os problemas, exceto aqueles para os quais há um encaminhamento por parte do médico de atenção primária (o aspecto do “desempenho”). A medição desta consistência de uso ao longo do tempo requer um bom sistema de informação que documente para onde as pessoas se dirigem para obter atenção não encaminhada por diferentes tipos de motivos. Portanto, nem sempre é possível avaliar este aspecto do desempenho da atenção primária. Além disso, esta pode não ser a melhor abordagem. Freeman e Hjortdahl (1997) consideram obrigatória a substituição da longitudinalidade “temporal” pela longitudinalidade “pessoal” (à qual eles designam “continuidade”). A longitudinalidade temporal denota uma relação em um período longo de tempo, enquanto a longitudinalidade pessoal enfoca mais a força da relação entre pacientes e profissionais de saúde. É possível, na visão deles, ter uma relação de longa duração baseada num relacionamento ruim e que um bom relacionamento possa se desenvolver até mesmo em um curto período de tempo. Assim, parece mais razoável e apropriado avaliar a força do vínculo interpessoal entre as pessoas e sua fonte de atenção, o que pode ser determinado através de observação, fitas de áudio ou vídeo ou através de entrevistas. Os estudos mostram que a “acreditar” que o profissional fará o que é melhor para o paciente está altamente relacionado à satisfação com a atenção (Thom e Campbell, 1997), sendo, portanto,

altamente preditor da busca dos serviços daquele local ou pessoa. Assim, uma medição apropriada da probabilidade de uso da fonte habitual de atenção é a adequação da relação interpessoal entre profissional e paciente. Como a necessidade de “acreditar” no médico é presumivelmente importante para todos os níveis da atenção e não está limitada à atenção primária, a avaliação de sua adequação na atenção primária requer a identificação daqueles aspectos da interface que são particularmente relevantes para estabelecer uma atenção orientada para a pessoa (não para a doença) ao longo de períodos de tempo.

A Figura 8.1 mostra estas características da capacidade e do desempenho dos sistemas de saúde que estão envolvidos na obtenção da longitudinalidade.

Figura 8.1

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



O restante desta seção discute formas de medir a fonte habitual de atenção e a população eletiva e, depois, discute as duas abordagens para medição apropriada do uso da fonte habitual de atenção primária: uso ao longo do tempo para diversos tipos de problemas e, alternativamente, a força da relação entre o profissional de atenção primária e os pacientes.

Identificação de uma fonte habitual de atenção e definição de uma população eletiva

No *nível populacional*, a extensão na qual os indivíduos têm uma fonte habitual de atenção primária é geralmente avaliada por meios de uma pesquisa domiciliar, como a U.S. National Health Intersinew Jurvey [Pesquisa Nacional de Saúde por Entrevista nos Estados Unidos]. Esta pesquisa em andamento de uma amostra nacionalmente representativa de lares avalia periodicamente se as pessoas têm uma fonte habitual de atenção e se esta fonte é um médico ou local específico. Existem dados disponíveis para determinar as tendências de tempo no relato de uma fonte habitual de atenção, bem como as mudanças no tipo de fonte.

Ao longo dos anos, têm sido realizadas muitas pesquisas específicas por investigadores e pesquisadores de opinião pública, algumas delas de natureza periódica. Entre as mais extensas, encontram-se aquelas realizadas pela Universidade de Chicago (Andersen *et al.*, 1976; Aday *et al.*, 1980, 1984). Mais tarde, a Robert Wood Johnson Foundation (através de um instituto profissional de pesquisa) realizou várias séries de entrevistas por telefone (Freeman *et al.*, 1987).

No *nível das unidades de saúde*, a identificação com uma fonte habitual de atenção é refletida na existência de cadastros de pacientes que indicam que o profissional ou grupo identifica uma população eletiva pela qual é responsável. Nos Estados Unidos, a existência destes cadastros não é comum, embora as organizações de atenção gerenciada dependam de sua existência para identificar os pacientes pelos quais são responsáveis.

Em muitos outros países, as listas (“cadastros”) de pacientes são uma parte integral da atenção primária e frequentemente servem como base para o pagamento dos profissionais. Estes cadastros são uma parte integral da atenção primária em países como Reino Unido, Itália, Países Baixos, Portugal e Dinamarca. Na Nova Zelândia e na Irlanda, o cadastro é usado apenas para parte da população. Na Suécia, Finlândia e Noruega, o uso de um cadastro é experimental (Organization for Economic Cooperation and Development, 1995; BMJ, 1997). Os cadastros de pacientes constituem a base para o estabelecimento de um senso de responsabilidade por um grupo de pessoas, e são os meios pelos quais os profissionais podem acompanhar as necessidades de seus pacientes e o quanto estão sendo respondidas.

O Dr. G. é um médico generalista na Espanha. Uma vez ao ano, ele e a enfermeira com quem ele trabalha revisam seus cadastros para determinar quais indivíduos com mais de 75 anos não consultaram no último ano. Todos estes pacientes são contatados para avaliar como estão indo e para determinar se há algum serviço indicado.

Para estudar a validade de um cadastro de pacientes de um centro de saúde na província de Ontário, Canadá, onde nenhum cadastro de pacientes é exigido, uma pesquisa por correio e telefone calculou a extensão na qual pacientes e unidades de saúde concordavam que esta era sua fonte habitual de atenção. A relação era formada por todos os indivíduos que indicaram que pretendiam usar a unidade como sua fonte habitual de atenção. No caso dos pacientes já conhecidos da clínica no momento em que a inscrição foi feita, aqueles cujos registros indicaram um padrão de utilização compatível com o uso habitual foram incluídos. O cadastro foi aumentado com o nome dos membros da família identificados pelos novos pacientes. A unidade de saúde foi considerada como a fonte habitual de atenção se os entrevistados indicassem que era sua fonte “usual”. A precisão do cadastro, comparada com a pesquisa por correio, neste centro de saúde, foi de mais de 90% (Anderson *et al.*, 1985).

Uso adequado da fonte habitual de atenção: método baseado no histórico de utilização

Pesquisas sobre o *uso* da fonte habitual de atenção têm confundido os conceitos de atenção longitudinal, prevalência da atenção e atenção seqüencial (Dietrich e Marton, 1982; Wall, 1981; Starfield, 1980). Como resultado, alguns dos métodos descritos nesta seção foram mencionados como medidas de “continuidade”, apesar de, na verdade, abordarem o fenômeno da atenção longitudinal.

Não foi proposto qualquer padrão para a longitudinalidade. Portanto, todas as medidas descritas neste capítulo são medidas relativas à comparação dos resultados de uma avaliação com outra; escores mais altos refletem melhor longitudinalidade.

No nível populacional e em algumas unidades de saúde, é possível documentar, a partir dos sistemas de dados existentes, onde as pessoas têm ido para atendimento e se foi uma consulta por encaminhamento. Quatro medidas têm sido usadas no nível *populacional*. Deveria ser observado que os métodos mencionados abaixo não foram desenvolvidos nem aplicados à atenção primária em si. Para usá-los no contexto da longitudinalidade, teriam que ser modificados para incluir no numerador apenas aqueles serviços procurados a partir da fonte de atenção primária. Alguns abordam a longitudinalidade temporal (consistência de uso uma vez). Outros são de caráter intermediário entre a longitudinalidade temporal e pessoal.

1. ContiNuidade do profissional usual (UPC – *usual provider continuity*). Nesta avaliação, o número de consultas a uma fonte habitual de atenção é dividido pelo número total de consultas no mesmo período de tempo. A razão resultante é conhecida como UPC (Breslau e Reeb, 1975). Quanto mais próxima de 1 for a razão, mais alta a longitudinalidade.
2. Continuidade da atenção (COC – *continuity of care*). O escore da UPC é muito sensível ao número total de consultas; por exemplo, se um indivíduo consultar apenas uma vez num ano e tiver sido em sua fonte habitual de

atenção, a UPC é 1. Quanto menor o número de consultas, mais fácil será alcançar uma UPC alta. A COC corrige este problema estatístico ao requerer dados detalhados da consulta e ao utilizá-los para corrigir o efeito do número de consultas em seus cálculos. Também corrige o número total de profissionais diferentes que são consultados e considera as consultas a especialistas que são feitas por encaminhamento da fonte de atenção primária como uma consulta ao médico de atenção primária (Bice e Boxerman, 1977).

3. Probabilidade da continuidade (LICON – *Likelihood of continuity*). Esta medida corrige o efeito do número disponível de fontes bem como o número total de consultas. Quanto maior o número disponível de fontes, maior a probabilidade de que outros profissionais, que não a fonte habitual de atenção, sejam consultados (Steinwachs, 1979).

Cada uma dessas três medidas, quando aplicadas a todas as consultas dentro de um período determinado de tempo (geralmente um ano), indica a extensão na qual uma fonte habitual de atenção é usada ao longo do tempo. As medidas não determinam a extensão na qual as consultas são feitas para problemas específicos ou para uma gama completa de serviços. Também não determinam se qualquer uma das consultas foi feita por encaminhamento. Portanto, ao aplicar qualquer uma destas medidas para avaliar a longitudinalidade, é importante eliminar consultas que resultem de um encaminhamento pelo profissional de atenção primária para outro profissional.

A UPC, a COC, a LICON e o local de consulta por vários tipos de motivos são medidas da longitudinalidade com base na unidade de saúde quando a fonte de informações é obtida de registros ou de pacientes na mesma. O índice “k” (Ejlertsson e Berg, 1984) é uma medida de longitudinalidade no nível institucional. Esta medida é similar à UPC (proporção do total de consultas realizadas na fonte habitual de atenção), exceto pelo fato de considerar a fonte habitual de atenção como o indivíduo procurado pelo paciente em uma consulta em particular, e não o

médico identificado pelo paciente como sendo a fonte habitual de atenção. O índice “f” (Smedby *et al.*, 1986) é similar ao índice “k” no que se refere à fração de consultas durante um período definido de tempo feitas a um médico consultado em uma visita específica. Uma comparação da UPC, da COC e do índice “k”, com exemplos de diferentes números e modelos de uso da atenção, é fornecida por Ejlertsson e Berg (1984).

4. O índice modificado de continuidade (MMCI – *Modified continuity index*) foi projetado para levar em consideração o número de profissionais visitados e o número de consultas com os pacientes. O numerador da taxa é expresso como $1 - (\text{número de profissionais} \div [\text{número de consultas} + 0,1])$ e o denominador como $1 - (1 \div \text{por} [\text{número de consultas} + 0,1])$. Foi aplicado no programa de residência em medicina de família para avaliar a obtenção da longitudinalidade no contexto do treinamento (Magill e Senf, 1987).
5. Outra medida de longitudinalidade considera, explicitamente, a natureza do problema pelo qual o atendimento foi procurado. Os indivíduos são contatados pela pesquisa para determinar sua fonte habitual de atenção. Queixas, prontuários médicos ou entrevistas com pacientes são usados para determinar a natureza da atenção prestada (na melhor das hipóteses, o motivo do atendimento, mas geralmente é o diagnóstico feito) e o local em que foi prestada. A medida da longitudinalidade é o grau no qual o caso não encaminhado foi buscado na fonte habitual de atenção (em vez de outra fonte) por diversas razões. Embora esta medida não tenha sido amplamente aplicada, foi utilizada de forma modificada no Rand Health Insurance Experiment [Experimento Rand de Seguro-Saúde] (Spiegel *et al.*, 1983), uma demonstração em nível nacional do efeito de co-pagamentos sobre a utilização e o estado de saúde. Neste uso, foi solicitado aos indivíduos que indicassem o nome de seu médico “pessoal”, ou seja, o indivíduo a quem deveria ser enviado o resultado de um exame de triagem

multifásico agendado. Os prontuários foram revisados para determinar o médico que prestou diversas consultas, bem como para determinar o tipo de médico que os pacientes consultavam para infecções do trato respiratório superior, hipertensão e exames em geral. Apenas 12% dos pacientes indicaram especialistas como seu médico pessoal e apenas 6% indicaram médicos relacionados como especialistas e de atenção não-primária no *American Medical Association Masterfile* [Arquivo Mestre da Associação Médica Americana] e no *American Medical Directory* [Diretório Médico Americano]. Quando o médico de atenção primária foi definido como aquele que prestou a pluralidade da atenção, um em cada três pacientes foi classificado como tendo um especialista em atenção não-primária como médico de atenção primária. Quando o médico de atenção primária foi definido como o local onde era buscada a atenção para problemas comuns, aproximadamente 1 em cada 10 pacientes tinha um especialista em atenção não-primária como sua fonte de atenção primária.

Seria útil uma modificação adequada deste método para determinar a extensão da longitudinalidade de atenção. Neste método, os pacientes são questionados a respeito de sua fonte habitual de atenção, a qual pode ser definida tanto como o médico com o qual consultam quando têm um problema novo como aquele para quem gostariam que fossem enviados resultados de exames médicos. Prontuários de todas as consultas durante um período de tempo são revisados para determinar onde um indivíduo foi em busca de atenção por razões preventivas ou administrativas, por sintomas ou sinais de novas doenças em potencial, para atenção a problemas existentes e para diagnóstico ou razões terapêuticas. São consideradas apenas consultas que ocorreram por iniciativa do paciente (ou seja, são excluídas consultas como resultado de encaminhamento pela fonte habitual de atenção). Quando os prontuários médicos ou formulários de queixas não especificam

se a consulta foi feita por iniciativa do paciente, os pacientes podem ser questionados para determinar onde foram na última vez por estas razões e se foi por encaminhamento de sua fonte habitual de atenção ou por sua própria iniciativa. A quantidade de consultas sem encaminhamento pelos diferentes motivos pelos quais foram até a fonte habitual de atenção indica a extensão da longitudinalidade de atenção que foi alcançada.

Uma abordagem interessante para avaliar a longitudinalidade é encontrada na obra de Sweeney e Gray (1995), na Inglaterra. Ao definir a ausência de longitudinalidade como quatro consultas consecutivas que *não* ocorreram com o médico com o qual os pacientes estavam registrados, eles descobriram que os pacientes sem longitudinalidade tinham maior probabilidade de pertencer a classes sociais inferiores e com múltiplos tipos de problemas.

A informação a respeito da obtenção da longitudinalidade em nível populacional requer a obtenção de informações sobre a fonte habitual de atenção através de um método baseado na população, isto é, através de um método que contate os indivíduos independentemente de suas consultas à unidade. Contudo, qualquer dos métodos acima mencionados poderia ser calculado com informações fornecidas pelos pacientes quando aparecessem na unidade de saúde. Neste caso, a medida poderia ser considerada como baseada na unidade de saúde e não na população. No *nível de unidades de saúde*, os métodos para avaliar a longitudinalidade utilizam informações obtidas a partir de prontuários da própria unidade. Portanto, a extensão de longitudinalidade pode ser inferida apenas para aqueles indivíduos que realmente utilizaram a unidade durante o período de tempo de interesse.

Um aspecto importante da longitudinalidade – a atenção de pacientes hospitalizados pelo profissional de atenção primária – tem recebido pouca atenção. Na maioria dos sistemas de saúde, os pacientes hospitalizados são tratados por médicos da equipe do hospital, e não pelos médicos de atenção primária (com consultoria adequada dos médicos da equipe do hospital). Em muitos lugares nos Estados Unidos, é comum que os médicos

estabelecidos na comunidade cuidem de seus pacientes quando hospitalizados, como a “consulta de registro”. Perrin e colaboradores (1996) descobriram que esta prática varia muito de lugar para lugar e até mesmo dentro de áreas específicas, dependendo do tipo de unidade de atenção primária. Em geral, os médicos assalariados em grupos organizados (“HMOs de modelo em equipe”) apresentam maior probabilidade de estar encarregados por seus pacientes hospitalizados, seguidos pelos médicos estabelecidos na comunidade em consultórios particulares; médicos que trabalham nos centros de saúde do bairro (serviço público) e nas clínicas hospitalares são as que apresentam menor probabilidade de o fazerem (Perrin *et al.*, 1996).

Outros métodos novos para avaliação da existência de uma fonte longitudinal de atenção são apresentados no Capítulo 13 no contexto da avaliação global da atenção primária.

Uso adequado da fonte habitual de atenção: método baseado nas características da inter-relação entre clínico e paciente (“longitudinalidade pessoal”)

Conforme observado acima, é difícil avaliar o uso da fonte de atenção primária para os vários tipos de necessidades que constituem o teor da atenção primária devido à falta de sistemas de dados que documentem aonde as pessoas vão pelos vários tipos de atenção que recebem. Um método alternativo, utilizando as pesquisas entre os pacientes em unidades de saúde ou as populações em geral, pode avaliar a força da relação interpessoal entre o profissional e o paciente, a qual seria esperado estar associada ao uso consistente ao longo do tempo.

A “confiança” (“segurança em relação ao caráter, capacidade, força e sinceridade de alguém ou alguma coisa” – Websters New Collegiate Dictionary, 1981) algumas vezes é considerada como a caracterização desta relação; mas não é, necessariamente, exclusiva das relações de atenção primária. Um pequeno estudo (Thom e Campbell, 1997) em uma unidade de saúde de atenção primária indicou que os pacientes consideravam “confiança” a relação

específica e que se desenvolve no decorrer do tempo, mas isso pode caracterizar a atenção especializada de longa duração com o propósito de manejar uma enfermidade em particular, bem como uma relação orientada para o paciente característica da atenção primária. Assim, o desafio à avaliação da característica da relação orientada para o paciente é distinguir aqueles aspectos da relação que são específicos da pessoa daqueles que podem estar associados à atenção às enfermidades ou problemas específicos. A importância disto é destacada pela observação de que metade de todas as consultas com médicos de atenção primária é realizada para problemas que não se enquadram no modelo biomédico convencional (Leopold *et al.*, 1996).

Leopold *et al.* (1996) especificaram seis aspectos da atenção que facilitariam o alcance de parcerias sustentadas, orientadas para a pessoa: enfoque na pessoa como um todo; conhecimento do médico sobre o paciente; atenção e empatia; confiança do paciente no médico; atenção adequadamente adaptada; e a participação do paciente e tomada de decisões compartilhada. Como apenas os dois primeiros aspectos são específicos da atenção primária, a abordagem para medição da longitudinalidade pessoal deveria enfatizar sua avaliação. (Os outros são mais apropriadamente considerados como aspectos importantes das relações entre médico e paciente em geral e são considerados no Capítulo 9.)

Muitos dos instrumentos disponíveis evocam a satisfação das pessoas com a relação com seu profissional e não as verdadeiras características desta relação. Além disso, a maioria dos instrumentos não distingue entre a natureza da relação com o profissional de atenção primária e o profissional visto em uma consulta ou uma série de consultas, o qual poderia ser um especialista orientado para a enfermidade. As características das relações entre atenção primária e paciente incluem a extensão do entendimento entre o profissional e o paciente, a tranquilidade dos pacientes em falar aos profissionais a respeito de suas preocupações, e quanto os pacientes sentem que seu profissional está interessado neles como uma pessoa e não como alguém com um problema médico e que entende quais problemas são mais importantes para eles.

Outros métodos de avaliação de aspectos da longitudinalidade, tanto temporal quanto interpessoal, estão apresentados no Capítulo 13 no contexto da avaliação global da atenção primária.

O QUE SE SABE SOBRE A OBTENÇÃO DA LONGITUDINALIDADE

Várias pesquisas indicam que generalistas (médicos de família, médicos generalistas, pediatras ou internistas generalistas) são indicados como fonte habitual de atenção pela maioria da população. Nos Estados Unidos, onde tanto internistas generalistas e pediatras, como médicos de família, são considerados profissionais de atenção primária, médicos de família e generalistas respondem por aproximadamente 50% de todos os médicos identificados como fonte habitual de atenção; internistas e pediatras respondem por 14% cada um, pelo menos a partir da década de 80. Os 20% restantes de médicos identificados como fonte habitual de atenção são outros especialistas. Para a população infantil, os pediatras são identificados como fonte habitual de atenção para 56% das crianças entre 1 e 5 anos de idade e para 33% das crianças entre 6 e 17 anos de idade. A renda da família está relacionada ao tipo de médico que é indicado: famílias de renda mais baixa têm maior probabilidade de identificar um médico de família ou generalista e menor probabilidade de identificar um internista ou pediatra do que as famílias de alta renda (Aday *et al.*, 1980, pág. 53). Além disso, mesmo quando famílias de baixa renda identificam um especialista em atenção primária (como um internista ou pediatra), é menos provável que o médico tenha certificado (Starfield *et al.*, 1973).

No *Rand Health Insurance Experiment* (que excluiu pessoas acima de 62 anos de idade e os 7% da população dos grupos com renda mais alta), 88% da população em três áreas do país indicaram um médico de atenção primária como seu médico pessoal. Quase a metade (49%) indicou clínicos gerais ou médicos de família, 16%

indicaram internistas e 22%, pediatras. Cerca de uma em cada 8 pessoas (12%) indicou um especialista: 5% ginecologistas/obstetras, 4% cirurgiões, 2% internistas-subespecialistas e o restante outros tipos de médicos ou médicos com especialidade desconhecida (Spiegel *et al.*, 1983).

Weiner (1981), em um estudo sobre a distribuição e alcance da atenção primária dentro de toda uma área metropolitana (Baltimore), pediu aos pacientes que visitavam uma amostra aleatória de todos os tipos de médicos para indicar o ano em que tinham primeiro consultado o médico. A duração da relação médico-paciente foi calculada a partir desta informação e a partir do ano corrente. Foi feita a suposição de que uma duração mais longa refletiria mais provavelmente uma relação em andamento não associada à atenção para um problema ou tipo de problema em particular. Tanto pacientes de internistas como de médicos de família relataram relações de aproximadamente 7 a 8 anos, em média, cerca do dobro daquelas relatadas por pacientes de outros tipos de médico (cerca de 3 a 4 anos em média); isto sugere que médicos generalistas oferecem mais longitudinalidade do que especialistas.

A Pesquisa Nacional de Atenção Médico Ambulatorial, uma pesquisa periódica de uma amostra representativa de médicos que trabalham em consultório nos Estados Unidos, fornece uma maneira para avaliar a longitudinalidade em sua avaliação sobre se as consultas são primeiras consultas, consultas de acompanhamento (isto é, houve uma consulta anterior pelo mesmo problema), ou primeiras consultas por um problema em particular por um paciente previamente visto devido a outros problemas. Puskin (1977) analisou consultas realizadas por adultos e calculou um grau de longitudinalidade para cada tipo de médico. Esta proporção consistia no número de pacientes examinados antes por outros problemas dividido pelo número de pacientes nunca vistos antes. Médicos generalistas e de família tiveram os índices mais altos (2,36); internistas generalistas vieram a seguir com 1,65. Diversos tipos de outros especialistas tiveram graus ligeiramente menores do que aqueles dos internistas (especialistas

cardiovasculares com 1,54; cirurgias gerais com 1,40 e ginecologistas/obstetras com 1,14), mas o índice de outros especialistas foi muito mais baixo (0,23 a 0,42).

Foi feita uma análise similar para consultas pediátricas, mas apenas pediatras e clínicos generalistas/médicos de família foram comparados (Fishbane e Starfield, 1981). O grau de longitudinalidade para pediatras (4,65) foi muito mais alto do que o de generalistas (2,27), embora a proporção de 2,27 para generalistas fosse similar àquela encontrada para pacientes adultos e muito mais alta do que a proporção para outros tipos de médicos no estudo com adultos.

Estes achados indicam que generalistas, pediatras e internistas têm maior probabilidade de oferecer atenção longitudinal do que outros médicos especialistas.

Estudos que examinam quanta atenção médicos de diferentes tipos oferecem para diversos problemas também indicam que médicos generalistas têm maior probabilidade de oferecer atenção longitudinal do que especialistas. Por exemplo, no estudo com os médicos de Baltimore, no qual os pacientes foram questionados onde tinham feito um check-up habitual por último e onde tinham sido atendidos por gripe ou resfriado, apontou que pediatras, internistas e médicos de família tinham uma probabilidade entre duas e três vezes maior de serem indicados como fonte de atenção para ambos os problemas do que os médicos especialistas (Weiner, 1981).

Investigadores do estudo *Rand* sobre Seguro-Saúde (Spiegel *et al.*, 1983) chegaram o mais próximo possível da avaliação do alcance da longitudinalidade ao determinar a porcentagem de pessoal que consultavam com o mesmo médico todas as vezes, a maioria das vezes e menos do que a maioria das vezes num ano, conforme o tipo de médico que era a “principal” fonte de atenção (definido como o médico consultado na maior parte das consultas, determinado pelas fichas clínicas). Pacientes que contavam com um generalista como a fonte principal tinham mais que o dobro

de probabilidade de consultar com o mesmo médico em todas as consultas em relação aos pacientes atendidos por especialistas na maioria das vezes (36% *versus* 16%). Outras análises indicaram que pacientes cuja principal fonte de atenção era um especialista tinham muito *menor* probabilidade de consultar aquele especialista para infecções do trato respiratório superior (33%) em comparação com pacientes cuja fonte principal de atenção era um generalista; estes últimos consultavam um generalista 99% das vezes. Mesmo pacientes examinados para um problema como hipertensão tinham maior probabilidade de consultar com sua fonte principal de atenção se esta fosse um generalista do que se fosse outro especialista. Todos os pacientes cuja fonte de atenção era um generalista consultavam com este para a hipertensão; apenas 53% dos pacientes de outros especialistas consultavam-nos devido a hipertensão, enquanto 47% consultavam um generalista. Estes achados indicam que a longitudinalidade é um aspecto muito mais freqüente da atenção de generalistas do que de especialistas.

Todos estes estudos foram realizados nos Estados Unidos numa época em que a maioria das pessoas tinha liberdade para consultar com qualquer médico. Como este não é o caso em muitos países e é cada vez menos o caso nos Estados Unidos, os achados específicos podem ter pouca relevância para a prática corrente. Certamente o caso é que a extensão na qual as pessoas se identificam com um local ou indivíduo específicos como sua fonte de atenção varia de um sistema de saúde para outro e de lugar para lugar. Nos Estados Unidos, no início dos anos 90, cerca de 60% identificaram um indivíduo e 40% um local como sua fonte habitual de atenção. Em toda uma cidade no Canadá, onde há seguro-saúde universal, menos de um terço das crianças com idades entre 1 e 5 anos alcançou a longitudinalidade (definida como, pelo menos, 80% da atenção total prestada pelos médicos ou unidades médicas mais freqüentemente consultados ou por encaminhamento dessa unidade) num período de 5 anos (Mustard *et al.*, 1996).

Em países sem cobertura financeira universal para serviços de saúde, os indivíduos e as famílias de baixa renda têm muito menos probabilidade de relatar que possuem um médico de atenção primária ou até mesmo uma unidade de saúde de atenção primária. Por exemplo, em 1993, homens adultos nos Estados Unidos, com idades entre 18 e 24 anos, sem educação secundária completa, pobres, negros, hispânicos ou desempregados apresentavam maior probabilidade de não ter seguro e, concomitantemente, não ter uma fonte habitual de atenção (Centers for Disease Control and Prevention, 1995).

Conforme foi observado acima, o estabelecimento da atenção gerenciada nos Estados Unidos deveria melhorar a extensão na qual sua população relata uma associação com um médico de atenção primária e utiliza essa fonte de forma consistente ao longo do tempo. Na prática, entretanto, mudanças anuais, ou mais frequentes, e involuntárias nos planos de seguro estão interferindo no desenvolvimento de relações de longa duração.

Em sistemas de atenção à saúde nos quais a associação de uma população ou de pacientes com um generalista faz mais parte da tradição da atenção médica, é mais provável que a consistência da busca de atenção com generalista escolhido seja até mesmo maior do que vem sendo nos Estados Unidos.

RESUMO

A Tabela 8.2 resume a natureza da longitudinalidade. A longitudinalidade implica a existência de um médico ou grupo de médicos habitual e o uso desta fonte para a atenção que não está limitada a determinados problemas ou tipos de problemas. Sua avaliação envolve a medição de aspectos estruturais da atenção (a identificação da fonte habitual de atenção pelas pessoas e a identificação da população eletiva por parte do médico ou grupo) e determinados aspectos do desempenho (uso adequado da fonte de atenção e a força das relações interpessoais).

Tabela 8.2
Resumo da longitudinalidade

	Capacidade	Desempenho
Descrição: Atenção orientada para a pessoa, fornecida ao longo do tempo (pelo menos 2 anos)		
Envolve	Vínculo, através da inscrição ou contrato informal ("cadastro de pacientes), entre os profissionais e a população	Representação da medida: força da relação pessoa-profissional Uso não encaminhado ao longo do tempo para vários problemas apresentados
Relacionada ao problema	Não	Não
Precisa de relação pessoal	Sim	Sim
Depende do tempo	Sim, longos períodos de tempo	Sim, longos períodos de tempo
Medidas específicas	Pesquisa população/paciente Inscrição de registros	Pesquisa população/paciente Pesquisa com profissional Fitas de áudio e vídeo Prontuários de consultas UPC COC LICON índice k

Existem vários métodos de avaliação da longitudinalidade da atenção. A maioria pode ser adaptada para uso em pesquisas e estudos com base na população e nas unidades de saúde.

A longitudinalidade da atenção não é tão bem alcançada por determinados segmentos da população, especialmente indivíduos de classe social mais baixa e outros grupos relativamente desprovidos.

A longitudinalidade está associada a diversos benefícios, incluindo menor utilização de serviços, melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, menos doenças preveníveis, melhor reconhecimento dos problemas dos pacientes, menos hospitalizações e custo total mais baixo. A longitudinalidade envolvendo uma relação com um profissional específico confere benefícios que são mais extensivos do que aqueles envolvendo apenas uma relação com um local específico.

O manejo de caso é um conceito relativamente novo em serviços de saúde. Como uma função orientada para o paciente ao longo do tempo, está mais intimamente relacionada ao aspecto longitudinal da atenção primária. Suas funções são tanto clínicas

quanto gerenciais, envolvendo prioridades centradas na necessidade dos pacientes, bem como nos imperativos profissionais. As funções que exigem capacitação clínica (como atenção ao primeiro contato, integralidade e coordenação da atenção) são componentes lógicos do manejo de caso, mas é necessário haver mais pesquisa e avaliação para determinar a plausibilidade e o impacto dos médicos assumirem mais funções gerenciais. Em um ambiente de atenção gerenciada e de manejo de caso de enfermidade, deve haver ampla oportunidade para o estudo da forma na qual a longitudinalidade é alcançada e o sucesso dos esforços para obtê-la.

REFERÊNCIAS

- ADAY, L. et al. *Health Care in the U.S. Equitable for Whom?* Beverly Hills: Sage Publications, 1980.
- ADAY, L, FLEMING, G.; ANDERSEN, R. *Access to Medical Care in the U.S.: Who Has It, Who Doesn't.* Chicago: Pluribus Press, 1984.
- ALPERT, J.; CHARNEY, E. *The Education of Physicians for Primary Care.* Rockville, MD: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Health Resources Administration, 1974. (Pub. No. (HRA) 74 – 3113).
- ALPERT, J. et al. Delivery of health care for children: Report of an experiment. *Pediatrics*, n. 57, p. 917 – 30, 1976.
- ANDERSEN, R.; ADAY, L. A. Access to medical care in the U.S.: Realized and potential. *Med Care*, n. 16, p. 533 – 46, 1978.
- _____; KRAVITS, J.; ANDERSON, O. *Two Decades of Health Services: Social Survey Trends in Use and Expenditure.* Cambridge, MA: Ballinger Publishing Co., 1976.
- ANDERSON, J.; GANCHER, W.; BELL, P. Validation of the patient roster in a primary care practice. *Health Serv Res*, n. 20, p. 301 – 14, 1985.
- ANGELL, M.; KASSIRER, J. Quality and the medical marketplace – Following elephants. *N Engl J Med*, v. 335, n. 12, p. 883 – 5, 1996.

BAKER, R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *Br J Gen Pract*, n. 46, p. 601 – 5, 1996.

_____ ; STREATFIELD, J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract*, n. 45, p. 654 – 9, 1995.

BECKER, M.; DRACHMAN, R.; KIRSCHT, J. Predicting mothers' compliance with pediatric medical regimens. *J Pediatr*, n. 81, p. 843 – 54, 1972.

_____ ; _____ ; KIRSCHT, J. Continuity of pediatrician: New support for an old shibboleth. *J Pediatr*, n. 84, p. 599 – 605, 1974.

BENSON, P. et al.. Preventive care and overall use of services: Are they related? *Am J Dis Child*, n. 138, p. 74 – 8, 1984.

BICE, T.; BOXERMAN, S. A quantitative measure of continuity of care. *Med Care*, n.15, p. 347 – 9, 1977.

BINDMAN, A. et al. Primary care and receipt of services. *J Gen Intern Med*, n. 11, p. 269 – 76, 1996.

BRESLAU, N.; REEB, K. Continuity of care in a university based practice. *J Med Educ*, n. 50, p. 965 – 9, 1975.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. Norwegian GPs move to list based system. *BMJ*, n. 7098, p. 1852, 1997.

BROWN RS. et al. Do health maintenance organizations work for Medicare? *Health Care Financ Rev*, v. 15, n. 1, p. 7 – 23, 1993.

BUTLER J, et al. Medical care use and expenditure among U.S. children and youth: Analysis of a natural probability sample. *Pediatrics*, n. 76, p. 495 – 507, 1985.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Health Insurance Coverage and Receipt of Preventive Health Services – United States, 1993. *MMWR*, n. 44, p. 219 – 25, 1995.

CHAMBERS C, et al. Microcomputer-generated reminders, improving the compliance of primary care physicians with mammography screening guidelines. *J Fam Pract*, n. 29, p. 273 – 80, 1989.

CHARNEY E, et al. How well do patients take oral penicillin? A collaborative study in private practice. *Pediatrics*, n. 40, p. 188 – 95, 1967.

- CHILD HEALTH FINANCING REPORT. *American Academy of Pediatrics*, New York: Hikes Medicaid Fees, n. 7, p. 1, 1990.
- COMMONWEALTH FUND. *Survey of Women's Health*. New York: Louis Harris and Associates, 1993.
- DAVIS, K. et al. Choice: Enrollees' views of their health plan. *Health Aff*, v. 14, n. 2, p. 99 – 112, 1995.
- DIETRICH, A.; MARTON, K. Does continuous care from a physician make a difference? *J Fam Pract*, v. 15, n. 5, p. 929 – 37, 1982.
- DUGGAR, B. et al. *Health Services Utilization and Costs to Medicaid of Afdc recipients in New York and California Served and Not Served by Selected Community Health Centers: Final Report*. Columbia, MD: Center for Health Policy Studies, 1994.
- EJLERTSSON, G.; BERG, S. Continuity-of-care measures. An analytic and empirical comparison. *Med Care*, n. 22, p. 231 – 9, 1984.
- ETTNER, S. L. The timing of preventive services for women and children: the effects of having a usual source of care. *Am J Public Health*, v. 86, n. 12, p. 1748 – 54, 1996.
- EVANG, K. *Health Service, Society, and Medicine*. London: Oxford University Press, 1960. p 87 – 8.
- FISHBANE, M.; STARFIELD, B. Child health care in the United States: A comparison of pediatricians and general practitioners. *N Engl J Méd*, n. 305, p. 552 – 6, 1981.
- FLINT, S. *The Impact of Continuity of Care on the Utilization and Cost of Pediatric Care in a Medicaid Population*. Dissertação. Chicago: University of Chicago, 1987.
- FLOCKE, S.; STANGE, K.; ZYZANSKI, S. The impact of insurance type and forced discontinuity on the delivery of primary care. *J Fam Pract*, n. 45, p. 129 – 35, 1997.
- FREEMAN, G.; HJORTDAHL, P. What future for continuity of care in general practice? *BMJ*, n. 314, p. 1870 – 3, 1997.
- FREEMAN G, RICHARDS S. How much personal care in four group practices? *BMJ* 1990;301: 1028 – 30.
- _____ ; _____. Personal continuity and the care of patients with epilepsy in general practice. *Br J Gen Pract*, n. 44, p. 395 – 9, 1994.

- FREEMAN, H. et al. American report on their access to health care. *Health Aff*, n. 6, p. 6 – 18, 1987.
- GERMAN, P. et al. Preventive and episodic health care of innercity children. *J Community Health*, n. 2, p. 92 – 106, 1976.
- GILL, J.; MAINOUS, A. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med*, v. 7, n. 4, p. 352 – 7, 1998.
- GORDIS, L. Effectiveness of comprehensive care programs in preventing rheumatic fever. *N Engl J Med*, n. 289, p. 331 – 5, 1973.
- GULBRANDSEN, P.; HJORTDAHL, P.; FUGELLI, P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: Multi-practice questionnaire survey. *BMJ*, n. 314, p. 1014 – 8, 1997.
- HJORTDAHL, P. Continuity of care: General practitioner's knowledge about, and sense of responsibility toward, their patients. *Fam Pract*, n. 9, p. 3 – 8, 1992.
- HJORTDAHL, P.; BORCHGREVINK, C. Continuity of care: Influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ*, n. 303, p. 1181 – 4, 1991.
- HJORTDAHL, P.; LAERUM, E. Continuity of care in general practice: Effect on patient satisfaction. *BMJ*, n. 304, p. 1287 – 90, 1992.
- HURLEY, R. Toward a behavioral model of the physician as case manager. *Soc Sci Med*, n. 23, p. 75 – 92, 1986.
- INSTITUTE OF MEDICINE. *Primary Care: America's Health in a New Era*. Washington, DC: National Academy Press, 1997.
- KELLEHER, K. et al. Insurance status and recognition of psychosocial problems. A report from PROS and ASPN. *Arch Pediatr Adolesc Med*, n. 151, p. 1109 – 15, 1997.
- LAMBREW, J. et al. The effects of having a regular doctor or access to primary care. *Med Care*, n. 34, p. 138 – 51, 1996.
- 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, 1976. p. 229 – 45.
- LEOPOLD, N.; COOPER, J.; CLANCY, C. Sustained partnership in primary care. *J Fam Pract*, n. 42, p. 129 – 37, 1996.

- LIPTAK, G.; REVELL, G. Community physician's role in case management of children with chronic illnesses. *Pediatrics*, v. 34, n. 3, p. 465 – 71, 1989.
- LIEU, T. et al. Risk factors for delayed immunization among children in an HMO. *Am J Public Health*, n. 84, p. 1621 – 5, 1994.
- MAGILL, M.; SENF, J. A new method for measuring continuity of care in family practice residencies. *J Fam Pract*, n. 24, p. 165 – 8, 1987.
- MARCUS, A.; STONE, J. Mode of payment and identification with a regular doctor. *Med Care*, n. 22, p. 647 – 60, 1984.
- MCDANIEL, D.; PATTON, E.; MATHER, J. Immunization activities of private practice physicians: A record audit. *Pediatrics*, n. 56, p. 504 – 7, 1975.
- MILLER, M. Who receives optimal medical care? *J Health Soc Behav*, n.14, p. 176 – 82, 1973.
- MUSTARD, C. A. et al. Continuity of pediatric ambulatory care in a universally insured population. *Pediatrics*, n. 98, p. 1028 – 34, 1996.
- NAZARETH, I.; KING, M. Decision making by general practitioners in diagnosis and management of lower urinary tract symptoms in women. *BMJ*, n. 306, p. 1103 – 6, 1993.
- O'MALLEY, A. S.; FORREST, C. B. Continuity of care and delivery of ambulatory services to children in community health clinics. *J Community Health*, v. 21, n. 3, p. 159 – 73, 1996.
- ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. *New Directions in Health Care Policy*. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development. 1995. (Health Policy Studies; 7).
- PERRIN, J. M. et al. Primary care involvement among hospitalized children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, n. 150, p. 479 – 86, 1996.
- PHYSICIANS EXPERIENCING TURBULENT TIMES. *Commonwealth Fund Quarterly*, n. 2, p. 1, 1996.
- PUSKIN, D. *Patterns of Ambulatory Medical Care in the United States: An Analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey*. Baltimore: 1977. Dissertação (Mestrado) - John Hopkins University.

- SALKEVER, D. et al. Episodes of illness and access to care in the inner city: A comparison of HMO and non-HMO populations. *Health Serv Res*, n. 11, p. 252 – 70, 1976.
- SCHMITTDIEL, J. et al. Choice of a personal physician and patient satisfaction in an HMO. *JAMA*, n. 278, p.1596 – 99, 1997.
- SCITOVSKY, A.; BENHAM, L.; MCCALL, N. Use of physician services under two prepaid plans. *Med Care*, n. 17, p. 441 – 60, 1979.
- SMEDBY, O. et al. Measures of continuity of care: A register- based correlation study. *Med Care*, n. 24, p. 511 – 8, 1986.
- SPIEGEL, J. et al. Who is the primary physician? *N Engl J Med*, n. 308, p. 1208 – 12, 1983.
- SPIVAK H, et al. Patient and provider factors associated with selected measures of quality of care. *Pediatrics*, n. 65, p. 307 – 13, 1980.
- STARFIELD B. Continuous confusion. *Am J Public Health*, n. 70, p. 117 – 9, 1980.
- _____. *Effectiveness of Medical Care*. Validating Clinical Wisdom. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1985.
- _____ et al. How “regular” is the “regular source of medical care?” *Pediatrics*, n. 51, p. 822 – 32, 1973.
- STEINWACHS, D. Measuring provider continuity in ambulatory care. An assessment of alternative approaches. *Med Care*, n. 17, p. 551 – 65, 1979.
- _____; YAFFE, R. Assessing the timeliness of ambulatory medical care. *Am J Public Health*, n. 68. p. 547 – 56, 1978.
- STEWART, A, et al. Primary care and patient perceptions of access to care. *J Fam Pract*, n., 44, p. 177 – 85, 1997.
- STURM, R.; MEREDITH, L.S.; WELLS, K. B. Provider choice and continuity of the treatment of depression. *Med Care*, v. 34, n. 7, p. 723 – 34, 1996.
- SWEENEY KG, GRAY DP. Patients who do not receive continuity of care from their general practitioner – are they a vulnerable group? *Br J Gen Pract*, v. 45, n. 392, p. 133 – 5, 1995.
- THOM, D; CAMPBELL, B. Patient: physician trust: An exploratory study. *J Fam Pract*, n. 44, p. 169 – 76, 1997.

WALL, E. M. Continuity of care and family medicine: Definition, determinants, and relationship to outcome. *J Fam Pract*, v. 13, n. 5, p. 655 – 64, 1981.

WASSON, J. et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men. A randomized trial. *JAMA*, n. 252, p. 2413 – 7, 1984.

WEINER, J. *An Analysis of Office-Based Primary Care in Baltimore City*. Baltimore: 1981. Dissertação (Mestrado) - Johns Hopkins University.

WEISMAN, C.; CASSARD, S.; PLICHTA, S. Types of physicians used by women for regular health care: Implications for services received. *J Womens Health*, n. 4, p. 407 – 16, 1995.

WEISS, L. J.; BLUSTEIN, J. Faithful patients: The effects of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health*, v. 86, n. 12, p. 1742 – 7, 1996.

WOOLHANDLER, S.; HIMMELSTEIN, D. Patients on the auction block. *Am J Public Health*, n. 86, p. 1699 – 700, 1996.

9. INTERAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE

O Dr. K pratica medicina na parte leste de Manhattan. Ele diz, “Muitas vezes os pacientes entram e apresentam todos os tipos de histórias estranhas até serem corajosos o suficiente para contar a verdadeira razão pela qual estão aqui. Ontem uma paciente veio e me falou sobre dores e desconfortos, dores de cabeça e problemas em todas as partes do seu corpo, e ela tinha certeza que não era gripe e que havia algo errado com ela que ela não sabia o que era. Eu a examinei mas não encontrei nada de anormal. Então a encorajei a falar sobre o que estava sentindo. Percebi seu olhar ansioso e observei-a. Finalmente, ela se rendeu e disse: “Olha, eu estou usando drogas.” Então tornou-se claro que os problemas que ela estava apresentando eram sintomas de abstinência. Não acho que se eu tivesse feito uma porção de perguntas, ou mesmo perguntado a ela se estava usando drogas, ela teria me contado. Ela teve de criar coragem para fazê-lo e precisou de um pouco de tempo e que eu a encorajasse. A questão é, se você puder quebrar barreiras, você pode descobrir o verdadeiro motivo pelo qual vieram a você e resolver o problema sem uma porção de consultas, exames e medicamentos. Eu poderia ter dito “Você sente muita dor e desconforto, então vou fazer alguns exames e te dar aspirina para tomar em casa e você vai voltar em dois dias e vamos ver o que acontece”. Se você simplesmente ouvir e observar os pacientes, você aprenderá com eles. Quando você percebe um olhar ansioso, você sabe que o paciente quer lhe contar algo, e você tem apenas que deixar que ele coloque para fora quando estiver pronto para isso. Um médico cuida de pacientes, não de toaletes, aparelhos elétricos ou condicionadores de ar. Um ser humano é complexo, não uma máquina, então você realmente

tem que tentar entender as coisas. Qualquer um pode pedir um exame ou fazer uma prescrição. A grande coisa da prática da medicina é descobrir por quê.

As interações entre profissionais e pacientes contribuem para o estabelecimento de relações de longa duração, que facilitam a efetividade na atenção primária. São os meios pelos quais os médicos aprendem a respeito de muitos, se não da maioria, dos problemas dos pacientes e como os pacientes aprendem a respeito da maioria dos aspectos de sua atenção. Embora as interações entre pacientes e profissionais ocorram no decorrer da consulta e do encaminhamento, é a amplitude e a profundidade do contexto que distingue as interações na atenção primária daquelas de outros níveis de atenção.

Geralmente as pessoas têm medo de contar as coisas aos médicos. Eles podem ficar bravos, ou dizer que você está imaginando coisas, ou pensar que é comum. Muitas pessoas têm medo de médicos. Talvez o médico as classifique como “pacientes com distúrbios mentais”. Como elas têm medo, aprendem a esconder coisas dos médicos, presumindo que de qualquer forma eles descobrirão porque são treinados para isso. Acho que os médicos deveriam agir como seres humanos, não como médicos. Médicos deveriam saber que cada paciente é uma pessoa viva, com sentimentos. Mesmo se o médico já tiver tratado do mesmo problema várias e várias vezes, cada paciente é diferente.

Sr. M., empregado de 50 anos

Tanto os profissionais quanto os pacientes contribuem para o processo de atenção médica. Quando os pacientes buscam atendimento, eles se apresentam e expressam seus problemas, preocupações e necessidades utilizando o sistema (utilização); o profissional tem a responsabilidade de reconhecer os problemas, necessidades ou preocupações do paciente (reconhecimento de problemas) e de formular estas necessidades em um diagnóstico para o qual um manejo adequado pode ser sugerido. Os pacientes

participam através de seu entendimento das sugestões e recomendações e de sua aceitação, se for apropriado. Também participam do regime sugerido seja por sua implementação, pelo retorno na época recomendada, ou pela busca de alternativas quando as recomendações não parecem apropriadas ou são inadequadas. Os profissionais reavaliam, então, a situação, determinando se o problema está resolvido, se as preocupações diminuíram ou se as necessidades foram atendidas de forma adequada.

A relação de longa duração que caracteriza a atenção primária será difícil de se manter se uma das partes estiver desconfortável com sua consulta. Como muitos dos problemas que os pacientes trazem aos médicos de atenção primária são de causa ou prognóstico incerto, a relação deve estar forte o suficiente para tolerar a ambigüidade, pelo menos em alguns estágios no desenvolvimento dos problemas. Esta força é construída, em parte, sobre um livre fluxo de informações relevantes entre ambas as partes e sobre a conexão que oferece o contexto para a relação. Muito da comunicação serve para transmitir itens específicos necessários para lidar diretamente com os problemas, preocupações ou necessidades. A conversa verbal é a forma de comunicação mais comum. O profissional faz perguntas para esclarecer o problema e informa o paciente a respeito do diagnóstico, o plano de intervenção dirigido para a resolução ou melhora do problema e o plano para a reavaliação. Os pacientes oferecem informações a respeito de seus problemas, preocupações e necessidades e depois questionam o médico se aspectos do diagnóstico, terapia ou plano de acompanhamento não estiverem claros.

Esta é a situação ideal. Na prática, podem ocorrer atalhos, ou os pacientes podem não conseguir dizer muito a respeito de seu problema quanto gostariam, seja porque o profissional direciona o fluxo de informações fazendo apenas determinadas perguntas, seja porque o paciente não tem tempo suficiente. Algumas vezes o profissional pode fornecer muito pouca informação, de forma que o paciente é incapaz de entender o diagnóstico, o plano de intervenção ou o plano para reavaliação.

Minha mãe descobriu que tinha guaicina nas fezes em um exame de rotina. Ela tem um histórico anterior de úlceras e nós suspeitamos de uma recorrência, mas ela foi enviada a um gastroenterologista para uma colonoscopia. Durante o procedimento, o médico verbalizou suas observações, exclamando, de forma audível, num determinado momento para si e para a enfermeira auxiliar, “Lá está ele; lá está o câncer.” No momento da conclusão do exame, perguntei ao médico se minha mãe e eu poderíamos sentar e conversar com o médico, que respondeu efusivamente, “Claro”. No consultório, o médico me fez um interrogatório intempestivo enquanto, simultaneamente, ditava notas de seu exame.

Dr. C.D., eminente pediatra

A importância das limitações na comunicação médico-paciente é indicada pela sua relação com processos judiciais por imperícia. Médicos de atenção primária com histórico de queixas por imperícia têm uma probabilidade muito maior de ter más habilidades comunicativas (com base em fitas de áudio de suas consultas com os pacientes) do que outros médicos. As características mais importantes da interação são educar o paciente sobre o que esperar e sobre o fluxo de sua consulta; médicos sem queixas de imperícia passam mais tempo com seus pacientes (Levinson *et al.*, 1997).

Nas teorias tradicionais sobre a interação médico-paciente, o papel do profissional recebeu uma parte desproporcionalmente grande da atenção. Teóricos sociais presumiram que o médico tinha um papel de comando por causa das funções atribuídas à interação médico-paciente. Alguns teóricos consideravam o médico como um agente de controle social que legitimava um “desvio social”, como a ausência no trabalho devido a doença. De acordo com essas teorias tradicionais, o papel do paciente é relativamente passivo e o do profissional é dominante. Outros acreditavam que os interesses econômicos do médico demandavam que eles mantivessem os pacientes satisfeitos para que não buscassem atendimento em outras fontes. Isto requer a manutenção de uma conduta “profissional” envolvendo conhecimento especializado e uma linguagem misteriosa.

Conforme estas teorias, o paciente pode não ser passivo, mas qualquer conflito entre o paciente e o médico seria minimizado de forma a engrandecer o médico (Freidson, 1972).

A suposição pelo médico de um papel dominante interfere com a apreciação do papel da miríade de determinantes da saúde, influenciando a ação sobre pacientes e com o fato de que os pacientes não necessariamente vêem sua atenção médica como o determinante ou a influência mais notável. Além disso, médicos e pacientes freqüentemente discordam a respeito da natureza do problema dos pacientes; em geral, médicos e pacientes concordam em cerca de metade do tempo apenas (Starfield *et al.*, 1979, 1981; Connely *et al.*, 1989). Apenas cerca de metade de todos os pacientes relata exercer um papel ativo na interação com seu médico; a outra metade acredita que seu papel é passivo (Brody *et al.*, 1989a).

O Sr. R. é um engenheiro de 42 anos de idade que apresentou uma dor aguda no peito quando levantou uma carga de aproximadamente 9 kg. Como ele possui um histórico familiar de doença cardíaca, ele procurou atendimento com um cardiologista. Seguiu-se este diálogo:

Médico: “Uma das vantagens de ser um cardiologista é que posso aliviar seus medos. Olhei seus exames e não acredito que você tenha apresentado um evento coronário significativo.”

Sr. R.: “Obrigado doutor. Mas o senhor não diminuiu meus medos. Sou um homem estudado e quando ouço o senhor usar as palavras “acredito”, “significativo” e “evento” em uma frase, me preocupo com o que o senhor está me dizendo. Não estou nem um pouco seguro.”

Preço da consulta: \$400.

Preço dos exames laboratoriais: \$375

Algumas conceituações sobre a interação médico-paciente atribuem um papel maior ao paciente. Szasz e Hollander (1956),

por exemplo, descrevem três modelos para a interação médico-paciente. No primeiro, modelo atividade-passividade, o médico toma as decisões. Isto ocorre em situações em que o paciente está anestesiado ou inconsciente. No segundo, modelo orientação-cooperação, o médico fornece as instruções e o paciente as realiza (coopera). No terceiro, modelo de participação mútua, o médico auxilia os pacientes a se ajudarem; os pacientes participam na tomada de decisão. Neste terceiro modelo, o médico não presume saber o que é melhor para o paciente; os pacientes estão conscientes das restrições em suas próprias circunstâncias de vida que tornam determinados métodos de intervenção mais ou menos viáveis. O que é melhor para o paciente surge da interação entre paciente e médico para a qual ambos contribuem com sua própria informação exclusiva e depois negociam a abordagem mais apropriada para o manejo (Szasz e Hollander, 1956).

O crescimento do movimento de consumidores e a crescente sofisticação da população estreitaram, inevitavelmente, a brecha entre a competência profissional e o conhecimento do consumidor (Haug e Levin, 1981), levando a tipos diferentes de exploração da dinâmica da interação.

Dependendo do grau de controle do profissional sobre a interação *versus* o do paciente, atualmente são reconhecidos quatro tipos de interação. Quando tanto o paciente como o profissional possui um alto controle, a interação é caracterizada como “mutualidade”. Quando o paciente tem um alto controle mas o do médico é baixo, a interação é “consumista”. O baixo controle do paciente e o alto controle do médico produzem uma interação “paternalista”, enquanto o baixo controle das duas partes produz uma interação “falha” (Stewart e Roter, 1989).

Esta categorização é similar àquela indicada como uma estrutura para descrever a comunicação médico-paciente. Esta estrutura possui quatro “modelos”: paternalista (o médico articula o problema e o tratamento); informativo (o médico fornece as informações para o paciente escolher entre as alternativas); interpretativo (o médico esclarece os valores do paciente e o auxilia

a selecionar uma intervenção); e deliberativo (o médico ajuda o paciente a determinar e escolher entre seus próprios valores) (Emanuel e Emanuel, 1992).

Green (1988), um advogado de defesa em processos por imperícia, observou que quase todos os litígios por imperícia médica decorreram de mal entendidos a respeito do processo de tomada de decisão e argumentou que a doutrina do “consentimento informado” deveria ser substituída por alguma manifestação tangível da tomada de decisão compartilhada, talvez na forma de “contratos” que reflitam a concordância a respeito das decisões por parte dos pacientes e dos médicos. Sua abordagem sugerida envolve um formulário curto que explica os quatro modelos de tomada de decisão (tradicional, consentimento informado, colaboração e escolha do paciente) e solicita que tanto os pacientes como os médicos indiquem qual preferem.

Apesar de sua importância, o teor verbal da interação não pode sustentar, sozinho, a relação profissional-paciente. Tanto profissionais quanto pacientes respondem ao contexto da interação, como cada um se sente em relação ao outro e como estes sentimentos são transmitidos. Este contexto pode ser avaliado pela análise dos tons de voz ao invés do teor da interação ou pela observação de posturas físicas e maneirismos. O tom e a emoção da voz têm mais influência sobre o que os pacientes levam de suas consultas do que o teor da interação, mesmo quando itens específicos da informação estejam envolvidos.

A literatura sobre a dinâmica da consulta médica enfoca ambas as partes na consulta através do exame da natureza tanto da comunicação verbal como dos comportamentos não-verbais. Embora a comunicação entre profissional e paciente não esteja limitada à atenção primária, a maior parte do conhecimento a respeito do indivíduo deriva de estudos nas unidades de atenção primária. É impossível codificar o teor da interação, bem como o tom da comunicação vocal. Vários métodos para codificar os componentes da interação estão disponíveis (Roter e Hall, 1989), sendo as duas categorias principais de componentes a transferência

verbal de informações entre pacientes e médicos e os comportamentos socioemocionais. A transferência de informações envolve questionamentos, informações relevantes sobre a enfermidade ou problema de saúde e seu manejo, além da concordância a respeito da identificação e tratamento do problema. As técnicas para calcular e avaliar a transferência de informações geralmente envolvem a gravação de fitas de áudio na consulta, embora a observação e a escuta direta por um observador neutro também seja efetiva. O teor da interação verbal é então analisado. Componentes socioemocionais envolvem a comunicação explícita dos sentimentos; sentimentos transmitidos como nervosismo ou ansiedade; amabilidade ou empatia; ou expressão da satisfação e confiança. O teor socioemocional da interação também é avaliado a partir de fitas de áudio, mas neste caso as vozes passam por um filtro eletrônico que elimina as frequências mais altas de voz e torna o teor verbal ininteligível, embora preserve o ritmo, o andamento e outras qualidades não-verbais (Hall *et al.*, 1987).

As características da interação médico-paciente contribuem substancialmente para o que os pacientes pensam e fazem conforme refletido em sua satisfação, sua recordação das informações pertinentes para seu problema, seu entendimento daquela informação e sua observância em relação às orientações.

A satisfação dos pacientes com sua atenção está mais relacionada à quantidade de informações dadas pelo profissional, especialmente de informações gerais, em vez de técnicas (Roter e Hall, 1989). Exemplos de informações gerais incluem explicação a respeito de problemas de saúde e seu tratamento, aconselhamento sobre estresse e discussão da idéia dos pacientes a respeito do problema e seu manejo. As informações técnicas incluem itens como os resultados de exames e testes (Brody *et al.*, 1989b). A satisfação do paciente também é melhorada por uma maior comunicação global, especialmente pela conversação social, conversação para formação de parceria, sentimentos positivos e conversa positiva, mas é reduzida pela transmissão de sentimentos ou informações negativas.

Embora os médicos aprendam a fazer perguntas, a maioria dos pacientes não faz tantas perguntas mesmo quando querem informações. O desafio para o médico é estabelecer um diálogo no qual as preocupações do paciente surjam num contexto diferente do questionamento direto. Os pacientes ficam mais satisfeitos, tanto com os aspectos técnicos como interpessoais da atenção, quando os médicos os envolvem na tomada de decisões perguntando se o paciente concorda com a decisão a respeito do problema, de suas causas e de seu manejo. O interesse demonstrado pelo médico, na visão do paciente, tem um impacto maior sobre a satisfação do que a capacidade percebida do paciente de fazer perguntas ou o relato do paciente sobre comentários iniciados por ele mesmo. Na verdade, a capacidade do paciente de fazer perguntas ou de iniciar os comentários melhora a satisfação apenas com os aspectos técnicos da atenção e não tem nenhum efeito sobre os aspectos interpessoais (Lerman *et al.*, 1990). Assim, quando os médicos solicitam o envolvimento de pacientes, estes ficam muito mais satisfeitos com a atenção, um fenômeno que apóia as teorias mais recentes de “compartilhamento” da interação médico-paciente, em vez dos antigos modelos autoritários.

Fui ao dermatologista e a enfermeira me levou à sala de exame e me disse para tirar toda a roupa e deitar na maca. O médico veio e me examinou. Foi como estar em um laboratório de patologia. Ele estava ditando uma bela descrição da minha erupção cutânea para um microfone no teto. Depois de me examinar por completo, a primeira coisa que disse foi, “Bem, tenho 99 por cento de certeza que isso não é um fungo, mas vou fazer um exame para ter 100 por cento de certeza”. O que ele não me disse naquele momento foi que o exame custaria \$20. Ele poderia ter dito “Você gostaria que eu fizesse o exame agora, ou se isso não desaparecer dentro de alguns dias, faremos o exame mais tarde?” mas sua enfermeira entrou, me raspou com uma pequena faca, e o médico me disse para virar-me. Ali estava eu nu, deitado de barriga para baixo e ele disse “Vou lhe dar uma injeção de cortisona. Acredito que isso vai curá-lo, ou pelo menos espero que sim.” E então a enfermeira me

espetou com uma agulha. Não gosto de tomar muitos remédios mas não tive tempo de pensar em nada e quando você está lá, com seu traseiro sendo espetado, você está meio vulnerável, e assim, antes que eu tivesse chance de decidir qualquer coisa, recebi a injeção. Depois ele me entregou um frasco de comprimidos e, quando perguntei o que eram, ele me disse que era cortisona e me passou uma receita para mais comprimidos. Então eu disse, “eu tenho que tomar estes comprimidos? Será que a injeção não seria suficiente?” “Bem”, ele disse, “você não tem que tomar os comprimidos”, então ele os pegou de mim e jogou no cesto. Então eu disse, “vou levar a receita e, se a erupção não desaparecer, eu tomo o remédio”. “Não”, ele disse, “você sabe o que é melhor”, e rasgou a receita.

Sr. C., contador de 30 anos

Os pacientes têm maior probabilidade de aceitar conselhos e instruções quando o profissional fornece mais informações, faz menos perguntas gerais (mas mais perguntas a respeito da adesão) e fornece mais devoluções positivas e menos negativas. Além disso, os pacientes entendem melhor o aconselhamento, especialmente quando o profissional se esforça para construir uma parceria. Estratégias úteis para melhorar o entendimento do paciente em relação ao aconselhamento (Roter e Hall, 1989) incluem:

- Apresentação das informações no início da consulta
- Cuidado com as instruções para que sejam específicas e não gerais
- Organização das informações por blocos claros
- Repetição das informações mais importantes
- Pedir devolução dos pacientes em relação a seu entendimento
- Resumo das informações no fechamento da consulta

As características da interação entre médicos e pacientes também influenciam os resultados da atenção médica. Quando ambos concordam sobre a natureza do problema, é mais provável que o resultado seja considerado como uma melhora quando avaliado pelo paciente e pelo médico no momento da consulta de

acompanhamento (Starfield *et al.*, 1979, 1981; Bass *et al.*, 1986; Headache Study Group, 1986). Além disso, quando os pacientes acreditam que foram participantes ativos na consulta médica, eles relatam menos desconforto, maior alívio de seus sintomas e mais melhoras em sua condição geral no acompanhamento uma semana depois da consulta. Também relatam menos preocupações com sua doença e um maior senso de controle sobre ela (Brody *et al.*, 1989a; Wasserman *et al.*, 1984). Os sinais objetivos do melhor controle da doença também são evidentes quando os pacientes participam ativamente da interação médico-paciente. Por exemplo, um maior envolvimento do paciente resulta em um melhor controle do diabetes, melhor controle da pressão arterial e qualidade melhorada de vida (Greenfield *et al.*, 1985, 1988; Roter, 1977; Kaplan *et al.*, 1989; Orth *et al.*, 1987; Stewart, 1995).

Um grande estudo realizado em três cidades nos Estados Unidos, envolvendo adultos com doença crônica sob os cuidados de médicos de atenção primária, endocrinologistas ou cardiologistas, mostrou que a tomada de decisão mútua (“estilo participativo”) nas consultas aumentou de forma linear, conforme a duração da relação aumentava de uma primeira consulta até 5 anos ou mais (Kaplan *et al.*, 1995). Uma escala para a participação na tomada de decisão resultou de respostas a três perguntas, questionando se o médico pediria ao paciente para ajudar a tomar uma decisão a respeito da escolha do tratamento, se faria algum esforço para oferecer aos pacientes algum controle sobre o tratamento e se ele pediria ao paciente para que assumisse alguma responsabilidade pelo tratamento. Entretanto, a importância do estilo participativo foi muito mais significativa em relação à duração subsequente da relação. Pacientes de médicos com estilos de maior tomada de decisão participativa tinham menos probabilidade de mudar de médico durante o primeiro ano de acompanhamento subsequente. Médicos de família e endocrinologistas tiveram maior probabilidade de serem classificados como tendo boa capacidade do que os cardiologistas, principalmente se estavam em unidades de saúde pequenas (Kaplan *et al.*, 1996).

Apesar dos muitos estudos e da extensa literatura a respeito da comunicação médico-paciente, muito ainda deve ser aprendido. Embora a maioria dos estudos tenha sido realizada em estabelecimentos de atenção primária, não houve tentativa de determinar a relação entre os estilos de comunicação e a extensão da obtenção das características de atenção primária. Como resultado, não sabemos se os médicos que fornecem melhor atenção primária em geral também têm melhores habilidades de comunicação. Fora o estudo acima mencionado (Kaplan *et al.*, 1996), que examinou a influência do estilo de comunicação sobre a duração da relação médico-paciente, os estudos não têm explorado a extensão de sua associação com a atenção ao primeiro contato, a integralidade ou a coordenação da atenção. Além disso, tem havido uma confusão considerável nos conceitos que têm sido estudados, especialmente em relação aos fenômenos aparentemente superpostos da confiança, comunicação e satisfação (Thom e Campbell, 1997). Todos os três podem ser importantes no contexto da longitudinalidade, a qual envolve uma relação contínua, orientada para a pessoa, ao longo do tempo (Leopold *et al.*, 1996). Ainda assim, a confiança não é algo exclusivo das relações entre médico e paciente na atenção primária, sendo igualmente importante para que os pacientes estejam satisfeitos com a atenção recebida tanto de subespecialistas como de médicos de atenção primária. Entretanto, pouco se sabe a respeito da importância dos vários aspectos da comunicação médico-paciente em diferentes tipos de unidades de saúde. Evidências de que os processos por imperícia na atenção especializada, especialmente em relação aos cirurgões, não estão relacionadas ao estilo de comunicação sugerem que ou os padrões de comunicação são relativamente muito menos importantes ou que a natureza da base para o processo difere. Por exemplo, se os processos por imperícia protocolados contra cirurgões são basicamente realizados por erros cometidos, enquanto aqueles protocolados contra os médicos de atenção primária são erros por omissão, as implicações para a natureza da comunicação médico-paciente serão diferentes.

Embora “acreditar” tenha sido definida como “a crença de uma pessoa de que as palavras e ações do médico são dignas de confiança” (ou seja, confiar), os instrumentos que têm sido usados para medi-la não abordam exatamente a “confiança”. A ferramenta mais usada (Anderson e Dedrick, 1990) contém questões como “duvido que meu médico realmente se importe comigo como pessoa” e “geralmente, meu médico leva minhas necessidades em consideração e as coloca em primeiro lugar”; isto reflete a natureza das interações paciente-médico em vez dos estados de crença. Além disso, cinco das 11 questões na escala usam a palavra “confiança” sem defini-la. Os estudos não têm conseguido esclarecer a natureza das coincidências e interações entre “confiança”, satisfação e comunicação, e não são claros quanto às causas subjacentes dos benefícios decorrentes de suas influências relativas. “Satisfação” com um médico e estilos de comunicação estão relacionados, mas não de forma extrema, ou seja, a grande satisfação nem sempre está associada à boa comunicação e a boa comunicação nem sempre está relacionada à grande satisfação. Pelo menos parte da associação pode se referir ao fato de que as mesmas questões são usadas para medir ambos os aspectos. Ambos têm sido associados a uma melhor concordância, mas os estilos de comunicação participativa (e, portanto, a concordância entre o médico e o paciente a respeito da natureza do problema do paciente) estão mais altamente associados a melhores resultados, sugerindo, dessa forma, uma maior saliência da natureza da comunicação. Ou seja, parece provável que a cadeia de efeito vai do tipo de comunicação para a concordância profissional-paciente a respeito dos problemas e estratégias para intervenção para uma melhor concordância e entendimento do paciente, e daí, para melhores resultados. “Confiança” e “satisfação”, nesta conceituação, são subprodutos destas relações.

Infelizmente, nenhum estudo foi desenhado para testar os caminhos que resultam em melhores resultados da atenção e a aplicabilidade dos resultados aos diferentes tipos de necessidades do paciente em diferentes ambientes. Do ponto de vista da atenção primária, a necessidade de esclarecimentos é particularmente aguda

por causa da maior diversidade de tipos de necessidades que devem ser atendidas. Os subespecialistas lidam basicamente com um tipo de necessidade: manejo de um problema apresentado que já foi definido em algum nível. Os médicos de atenção primária não apenas têm de lidar com os problemas atuais, pelo menos metade dos quais são suficientemente vagos para que não possam ser explicados por diagnósticos médicos convencionais (Weston e Brown, 1989; Pollack *et al.*, 1993), mas eles também têm de lidar com seu impacto sobre os futuros padrões de utilização e busca de auxílio por parte do indivíduo, com o manejo de problemas em andamento, e com a promoção oportunista da saúde (Stott e Davis, 1979). A natureza dos desafios à comunicação profissional-paciente pode não ser a mesma para todos, e nenhum estudo considerou as possíveis diferenças no impacto de diferentes estilos de comunicação em cada uma destas situações.

Embora a consulta médica seja, há tempos, considerada uma arte e não uma ciência, novas vertentes de pesquisa demonstram como as antigas técnicas são receptivas a estudos e mudanças. Existe uma “tecnologia” que pode ser ensinada. Conversar com os pacientes pode ser uma arte antiga, mas também existe uma ciência moderna baseada em evidências empíricas. O treinamento em habilidades de comunicação realmente melhora o desempenho dos médicos, pelo menos no julgamento dos pacientes (Kaplan *et al.*, 1995). Médicos treinados em habilidades que resultem em pacientes que participam mais ativamente da consulta médica conseguem deles melhores informações para o diagnóstico (Maguire *et al.*, 1986). Este treinamento também melhora a qualidade da explicação que o médico dá aos pacientes e melhora a utilidade daquilo que o paciente conta ao médico (Putnam *et al.*, 1988). Estão disponíveis listas de verificação para avaliar as habilidades de entrevista médica no nível de graduação (Kraan *et al.*, 1989). Existem modelos para ensinar habilidades em comunicação médico-paciente durante a residência (Schofield e Arntson, 1989). Ao receber este treinamento, os residentes em atenção primária são mais capazes de detectar doenças psiquiátricas entre seus

pacientes (Goldberg *et al.*, 1980). Se as habilidades em comunicação não fizerem parte do treinamento médico, podem ser aprendidas mais tarde (Kurtz, 1989).

Em uma era em que os pacientes são encorajados a participar mais ativamente nas consultas médicas e os médicos são exortados a dedicar mais atenção às causas socioeconômicas da doença e enfermidade, é dito que em propagandas médicas as formas como os pacientes são representados são, cada vez mais, semelhantes a espécimes desmembrados, seres mecânicos, sexuados, fisicamente ativos. Todas estas são representações biomédicas das pessoas. Elas apóiam a tendência da medicina biomédica para dar importância à tecnologia e ao tratamento medicamentoso para problemas localizados, para estimular o anonimato do paciente, para promover a visão do “ser dividido”, e desvalorizar os aspectos afetivos da relação médico-paciente.

D.L., *International Journal of Health Services* (Lupton, 1993)

A adequação da interação paciente-médico inclui mais do que a simples transferência de informações. O que os pacientes sabem a respeito de seus problemas e de seus tratamentos é determinado por mais do que aquilo que os profissionais contam a eles. A doença possui significados para o paciente que vão muito além de sua manifestação física porque toda doença produz alguma perturbação na vida de uma pessoa. A cura de uma doença remove a anormalidade física, mas requer a restauração das relações perturbadas pela doença. Se um profissional não se ativer a correlatos não físicos da doença por não explorar seu significado para o paciente, o resultado pode ser insatisfatório (McWhinney, 1989). Os pacientes chegam com preconceitos que influenciam a forma como interpretam tanto sua doença como os conselhos médicos. Quando os profissionais exploram com os pacientes o que eles sabem e o que pensam a respeito de sua doença, seus efeitos e seu manejo, estes preconceitos podem ser revelados. Então o médico pode fornecer informações em um contexto significativo para o paciente. Por este motivo, a franqueza no

aconselhamento factual não é, geralmente, a melhor abordagem, embora possa parecer eficiente (Maynard, 1990). A forma como as informações são transmitidas aos pacientes e seu envolvimento como participantes ativos no diálogo têm um impacto poderoso sobre o que pensam, como se sentem e como reagem às orientações médicas.

Como a saúde é fortemente influenciada pelo contexto social em que as pessoas vivem e trabalham, seria esperado que os fatores sociais fossem um componente importante das interações médico-paciente. Muitos estudos demonstraram que este não é o caso. O treinamento de médicos geralmente enfoca os determinantes biológicos da doença, em vez dos determinantes sociais, e não existe um método aceito de categorizar os fatores sociais como no caso dos fatores biológicos. A análise filosófica e empírica de Waitzkin (1991) sobre a natureza da interação entre médicos e pacientes mostra como a ideologia determina o teor do discurso e como ela leva os médicos a evitarem as questões sociais que causam as doenças e influenciam seu curso e a resposta ao tratamento. Por exemplo, uma meta bem aceita de atenção médica é fazer com que os indivíduos voltem ao trabalho. Como os pacientes possuem sistemas de valores diferentes e podem não compartilhar estas metas, a discussão aberta de estratégias para reduzir a doença, a incapacitação e o desconforto podem produzir discordância e conflitos. Muitos dos determinantes da enfermidade e do estado de saúde estão além do controle dos indivíduos. Mesmo aqueles comportamentos individuais comumente tidos como iniciados e mantidos por escolha do indivíduo são fortemente influenciados pelo contexto social e ambiental (ver Fig. 1.2). Assim, solucionar muitos problemas de saúde requer muito mais do que lidar com os indivíduos apenas; as interações profissional-paciente, muitas vezes, têm de levar em consideração o contexto da população. Como resultado, a solução para muitos problemas de saúde está na ação coletiva que leva à alteração ambiental e social das condições que predispõem e mantêm a doença.

Tradicionalmente, o ensino médico não consegue reconhecer que os próprios indivíduos não podem mudar muitas das circunstâncias nas quais se encontram. O resultado desta falha leva a intervenções médicas paliativas, e não curativas, porque são direcionadas ao aumento da capacidade do indivíduo em se acomodar a situações que afetam adversamente à saúde, e não em mudá-las. Por exemplo, o estresse e suas influências sobre a predisposição a doenças são, geralmente, tratados com medicamentos que ajudam a pessoa a se adaptar às condições do ambiente, embora continuem a causar danos ao indivíduo e a outras pessoas expostas às mesmas adversidades.

O reconhecimento adequado da natureza destes determinantes da má saúde vem de interações com pacientes individuais pode se tornar uma ferramenta importante para os profissionais em seu papel como protetores da saúde das populações. Sem este reconhecimento, as tensões subjacentes na interação profissional-paciente permanecem sem solução, conforme os indivíduos passam a reconhecer que seus profissionais têm pouco a oferecer no caminho das soluções definitivas para seus problemas de saúde. A abordagem de curta duração para alterar esta tensão subjacente no discurso médico está fundamentada em uma tentativa consciente, por parte dos médicos, de reconhecer a existência desta tensão subjacente, entender seu fundamento e evitar soluções técnicas, como medicamentos, para reduzir o estresse relacionado ao trabalho e induzido pelo ambiente e seus efeitos fisiológicos. Em vez de “supermedicar” o problema de saúde, os médicos poderiam ajudar os pacientes a entender a gênese de seus problemas e encorajá-los a se envolver em atividades coletivas, e não individuais, para lidar com os determinantes subjacentes dos problemas. Em curto prazo, será necessária a reestruturação mais fundamental dos sistemas de saúde e das interações profissional-paciente para trazê-los para uma relação mais próxima com outros sistemas sociais, no contexto da atenção à saúde de populações, para tornar a atenção médica mais efetiva e equitativa na prevenção, cuidado e cura das doenças, e na promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, L.; DEDRICK, R. Development of the trust in physician scale: A measure to assess interpersonal trust in patient–physician relationships. *Psychol Rep*, n. 67, p. 1091 – 100, 1990.
- BASS, M, et al. The physician’s actions and the outcomes of illness in family practice. *J Fam Pract*, n. 23, p. 43 – 7, 1986.
- BRODY, D. S. et al. Patient perception of involvement in medical care: relationship to illness attitudes and outcomes. *J Gen Intern Med*, n. 4, p. 506 – 11, 1989a.
- _____ et al. The relationship between patients’ satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Med Care*, v. 27, n. 11, p. 1027 – 35, 1989b.
- CONNELLY, J. et al. Health perceptions of primary care patients and the influence on health care utilization. *Med Care*, n. 27, p. S99 – S109, 1989.
- EMANUEL, E.; EMANUEL, L. Four models of the physician–patient relationship. *JAMA*, n. 267, p. 2221 – 6, 1992.
- FREIDSON, E. Client control and medical practice. In: JACO, E. G. (Ed). *Patients, Physicians and Illness: A Source book in Behavioral Science & Health*. 2.ed. London: Collier MacMillan, 1972. p 214 – 221.
- GOLDBERG, D. et al. Training family doctors to recognize psychiatric illness with increased accuracy. *Lancet*, n. 2, p. 521 – 3, 1980.
- GREEN, J. Minimizing malpractice risk by role clarification: The confusing transition from tort to contract. *Ann Intern Med* 1988; 109: 234 – 41.
- GREENFIELD, S.; KAPLAN, S.; WARE, J. E. Expanding patient involvement in care. *Ann Intern Med*, n.102, p. 520 – 8, 1985.
- _____ et al. Patients’ participation in medical care. *J Gen Intern Med*, n. 3, p. 448 – 57, 1988.
- HALL, J.; ROTER, D.; KATZ, N. Task versus socioemotional behaviors in physicians. *Med Care*, n. 25, p. 399 – 412, 1987.
- HAUG, M.; LEVIN, B. Practitioner or patient – Who’s in charge? *J Health Soc Behav*, n. 22, p. 212 – 29, 1981.

HEADACHE STUDY GROUP OF THE UNIVERSITY OF WESTERN ONTARIO. Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians – A one year prospective study. *Health J*, n. 26, p. 285 – 94, 1986.

KAPLAN, S. et al. Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. *Med Care*, n. 33, p. 1176 – 87, 1995.

_____ et al. Characteristics of physicians with participatory decision making styles. *Ann Intern Med*, n. 124, p. 497 – 504, 1996.

_____; GREENFIELD, S.; WARE, Jr., J. E. Impact of the doctor-patient relationship on the outcomes of chronic disease. In: STEWART, M.; ROTER, D. (Ed.) *Communicating With Medical Patients*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1989. p 228 – 245.

KRAAN, H. F. et al. Evaluating undergraduate training: A checklist for medical interviewing skills. In: STEWART, M.; ROTER, D. (Ed.) *Communicating With Medical Patients*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1989. p 167 – 77.

KURTZ, S. M. Curriculum structuring to enhance communication skills development. In: STEWART, M.; ROTER, D. (Ed.) *Communicating With Medical Patients*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1989. p 153 – 66.

LEOPOLD, N.; COOPER, J.; CLANCY, C. Sustained partnership in primary care. *J Fam Pract*, n. 42, p. 129 – 37, 1996.

LERMAN, C. et al. Patients' perceived involvement in care scale: Relationship to attitudes about illness and medical care. *J Gen Intern Med*, n. 5, p. 29 – 33, 1990.

LEVINSON, W. Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, n. 277, p. 553 – 9, 1997.

LUPTON, D. The construction of patienthood in medical advertising. *Int J Health Serv*, v. 23, n. 4, p. 805 – 819, 1993.

MAGUIRE, P.; FAIRBAIRN, S.; FLETCHER, C. Consultation skills of young doctors: I – Benefits of feedback training in interviewing as students persist [published erratum appears in *BMJ* 1986; 293 (6538):26]. *BMJ*, n. 292, p. 1573 – 6, 1986.

MAYNARD, D. Bearing bad news. *Medical Encounter Newsletter on the Medical Interview and Related Skills. Summary*, n. 7, p. 2 – 3, 1990.

MCWHINNEY, I. The Need for a Transformed Clinical Method. In STEWART, M.; ROTER, D. (Ed.). *Communicating With Medical Patients*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1989. p 25 – 40.

ORTH, J. et al. Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol*, n. 6, p. 29 – 42, 1987.

POLLACK, M. Managed mental health, Medicaid, and medical cost offset. *New Directions Ment Health Serv*, p. 27 – 40, 1993.

PUTNAM, S. et al. Teaching the medical interview: An intervention study. *J Gen Intern Med*, n. 3, p. 38 – 47, 1988.

ROTER, D. L. Patient participation in the patient provider interaction: The effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Educ Monogr*, winter, p. 281 – 315, 1977.

_____; HALL, J. A. Studies of doctor-patient interaction. *Annu Rev Public Health*, n. 10, p. 163 – 80, 1989.

SCHOFIELD, T.; ARNSTSON, P. A model for teaching doctor-patient communication during residency. In: STEWART, M.; ROTER, D. (Ed.) *Communicating With Medical Patients*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1989. p 138 – 52.

STARFIELD, B. et al. Patient-provider agreement about problems. Influence on outcome of care. *JAMA*, n. 242, p. 344 – 6, 1979.

_____, et al. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health*, n. 71, p. 127 – 32, 1981.

STEWART, M. Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Can Med Assoc J*, 152: 1423 – 33.

_____; ROTER, D. (Ed.). *Communicating with Medical Patients*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1989. (Interpersonal Communications; 9).

STOTT, N. C.; DAVIS, R. H. The exceptional potential in each primary care consultation. *J R Coll GP*; v. 29, n. 201, p. 201 – 5, 1979.

SZASZ, T.; HOLLANDER, M. A contribution to the philosophy of medicine. *Arch Intern Med*, n. 97, p. 585 – 92, 1956.

THOM, D.; CAMPBELL, C. Patient–physician trust: An exploratory study. *J Fam Pract*, n. 44, p. 169 – 76, 1997.

WAITZKIN, H. *The Politics of Medical Encounters: How Doctors and Patients Deal With Social Problems*. New Haven: Yale University Press, 1991.

WASSERMAN, R. et al Pediatric clinicians’ support for parents makes a difference: An outcome-based analysis of clinician–parent interaction. *Pediatrics*, n. 74, p. 1047 – 53, 1984.

WESTON, W.; BROWN, J. The importance of patients’ beliefs. In: STEWART, M.; ROTER, D. (Ed.) *Communicating With Medical Patients*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1989. p. 77 – 85.

10. INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO: QUEM DEVERIA OFERECER O QUE

Alisa é uma criança de quatro anos de idade cujo crescimento e desenvolvimento têm sido normais. No último ano, entretanto, tem sofrido de otite média aguda que parece nunca curar apesar do tratamento aparentemente adequado. Faltou a diversas consultas médicas e sua mãe não telefona para cancelar ou remarcar. Numa reunião mensal para estudo de caso, a situação foi discutida e foi decidido que a Dr^a S. faria uma visita domiciliar.

A família vive num prédio de apartamentos em um bairro de baixa renda. O prédio tem um elevador, mas os corredores são escuros. O apartamento da família, entretanto, é iluminado e bem arrumado. Quando a Dr^a S. tocou a campainha, foi afetuosamente recebida pela Sr^a M. e seus três filhos, que não tinham ido à escola naquele dia. Ao longo da discussão sobre a família e seus problemas de saúde, a Dr^a S. perguntou onde as crianças dormiam e a Sr^a M. se ofereceu para mostrar-lhe o apartamento. Quando se sentaram na sala para tomar o café preparado pela Sr^a M, a Dr^a S. notou uma porta fechada na entrada da sala e perguntou que quarto era aquele. A Sr^a M. ofereceu-se para mostrar-lhe e abriu a porta. Sentada no canto estava uma velhinha de cabelos brancos balançando-se para frente e para trás e falando sozinha. Poucos minutos de observação convenceram a Dr^a S. de que a mulher, avó materna, estava em franca alucinação.

A intervenção posterior do serviço social resultou numa internação adequada da avó. O problema do ouvido de Alisa, que persistia porque a Sr^a M. estava distraída com a esquizofrenia

da própria mãe e conseqüente incapacidade de centrar-se no tratamento prescrito, foi resolvido.

A integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. As decisões sobre se a atenção primária, e não outro nível de atenção, detém a capacidade de prestar serviços específicos variam de lugar para lugar e de época para época, dependendo da natureza dos problemas de saúde de diferentes populações.

As interações profissional-paciente específicas não fornecem apenas discernimento quanto aos prováveis determinantes da má saúde e suas possíveis interações em pacientes individuais. Elas também fornecem indicações quanto à probabilidade de má saúde entre outras pessoas que possam ser examinadas pelo profissional ou pela unidade ou plano de saúde. Ou seja, as mesmas predisposições à doença que ocorrem no paciente específico também podem existir em outros que vivem na mesma comunidade ou estão expostos às mesmas condições sociais, ambientais ou ocupacionais. O reconhecimento adequado da gênese do problema de um paciente fornece, assim, uma poderosa ferramenta para o profissional a fim de influenciar a natureza dos serviços que deveriam ser prestados à população sob cuidado na unidade, na unidade de saúde, pelo plano de saúde ou pelo sistema de saúde integrado.

A atenção primária é o ponto de entrada para a atenção à saúde individual, o *locus* da responsabilidade continuada pelos pacientes em populações e o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e meio social do paciente. Assim, a forma pela qual é formulada para prestar os serviços e de como fazê-lo de forma adequada são componentes-chave de uma estratégia para melhorar a efetividade e a equidade dos serviços de saúde.

Entretanto, a atenção primária é apenas um componente (embora seja o componente fundamental) dos sistemas de saúde. Seu papel é prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades

comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros lugares.

A experiência continuada é necessária para manter a competência ao lidar com problemas; não deve ser esperado que nenhum tipo de profissional lide sozinho com todas as necessidades na população. Ao invés disso, a integralidade requer que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados quando necessários para os problemas que ocorrem com frequência suficiente para que os profissionais mantenham sua competência. A variedade de serviços disponíveis e prestados na atenção primária pode, assim, variar de comunidade para comunidade conforme incidência ou prevalência de problemas forem diferentes. Já que a atenção primária está orientada para o atendimento das necessidades das pessoas, deve disponibilizar uma variedade de serviços voltados para estas necessidades e alcançar um alto nível de desempenho no reconhecimento de necessidades existentes na população. As “necessidades” podem ser sintomas, disfunções, desconfortos ou enfermidades; também podem ser intervenções preventivas indicadas ou até mesmo intervenções para promoção da saúde. O desafio é reconhecer as situações nas quais uma intervenção é necessária e justificada. A variedade de tipos de problemas de saúde na atenção primária é muito maior do que em qualquer outro tipo de atenção, sendo mais ampla, portanto, a variedade de todos os tipos de intervenções. Reconhecer quando os serviços são necessários é um desafio não apenas para aqueles que estão doentes e buscam atendimento. Como a atenção primária é continuada, as funções de cuidado e cura são provavelmente mais prolongadas, extensivas e mais variadas. Tipos mais extensivos de recursos devem, muitas vezes, ser aplicados. Os serviços normalmente não prestados na atenção subespecializada, como consultas domiciliares e outros esforços além, são frequentemente necessários como parte da atenção integral. Como a atenção primária lida com um conjunto maior de preocupações quanto à saúde e o faz dentro de um contexto social mais amplo, deve possuir um amplo conjunto de tipos de recursos à sua disposição.

Embora possa parecer que quanto maiores a variedade e a aplicação dos serviços disponíveis, melhor o cuidado, isto não é necessariamente verdade. Alguns tipos de serviços podem não ser efetivos, alguns podem ser efetivos mas não valem o custo, e alguns podem ser prejudiciais. Como é observado mais adiante neste capítulo, tomar uma decisão sobre uma variedade adequada de serviços é uma questão política importante e um componente chave do papel dos serviços de atenção primária.

Em pequenas unidades de saúde, como o consultório de um profissional individual, a variedade de serviços disponíveis será, necessariamente, menor do que nas unidades de saúde maiores porque a eficiência exige que equipamentos e instalações estejam disponíveis apenas se o uso for suficientemente alto. Nas pequenas unidades de saúde, em que a variedade de serviços é menor, o prestador deve assegurar que seja feito um encaminhamento adequado e que os serviços necessários sejam recebidos. A reforma da atenção à saúde para o século XXI envolverá cada vez mais organizações e populações-alvo maiores; as decisões políticas referentes a uma variedade adequada de serviços, ao mesmo tempo, tornar-se-ão mais fáceis e mais complexas. Isso resultará em um maior alívio porque haverá uma capacidade maior para o uso de informações para aprender sobre a natureza e a distribuição dos problemas de saúde. Por outro lado, isso resultará em maior complexidade devido ao reconhecimento crescente de que diferentes populações têm diferentes necessidades e, portanto, requerem um complexo de serviços.

A integralidade da atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde. Quando os serviços são muito limitados em alcance ou profundidade, as doenças preveníveis podem não ser prevenidas, enfermidades podem evoluir por mais tempo do que o justificável, a qualidade de vida pode ser colocada em risco e as pessoas podem morrer mais cedo do que deveriam. Os próprios pacientes reconhecem a importância da integralidade e expressam sua insatisfação em sua ausência. Por exemplo, Fletcher e colaboradores (1983) descobriram que a integralidade é a segunda característica

mais importante do cuidado (depois da continuidade) para os pacientes que procuram uma clínica de atenção primária para adultos. Hickson e colaboradores (1988) descobriram que o terceiro motivo mais comum para a insatisfação dos pais, depois da falta de resposta ao tratamento e localização inconveniente do consultório, foi a falta de interesse pelos problemas comportamentais de seus filhos.

A integralidade é, assim, julgada pelo quanto a variedade disponível de serviços atende às necessidades que são comuns em todas as populações e as necessidades que são comuns na população atendida, bem como a extensão na qual há evidências de que os serviços são usados de forma adequada para atender a estas necessidades.

Fui consultar um otorrinolaringologista porque sentia dor de ouvido. Ele enfiou algo no meu ouvido, forçou e forçou e disse que não via nada de errado. Eu falei, “mas doutor, dói tanto que às vezes chega a doer o olho”. Ele examinou de novo meu ouvido com aquela luz e girou e depois disse que era tudo imaginação minha. Quando ele disse que era tudo imaginação minha, comecei a ficar com raiva, e quando ele disse aquilo me levantei e disse “Muito obrigada por não descobrir nada de errado com meu ouvido, Doutor. Quanto é a consulta?” Ele me disse e eu falei “Por que o senhor não imagina que eu acabei de pagá-lo?” E saí.

Eles ficam com raiva da gente e isso faz com que a gente tenha vontade de começar a gritar “Ei, eu sinto dor. Por que não me escuta por cinco minutos? Eu venho até aqui pedir ajuda e você me diz que eu não tenho tais dores e está tudo na minha cabeça”. Eu não acho que eles devam dizer qualquer coisa até que me escutem primeiro e depois cheguem à conclusão sobre o quê está errado. Se não tem nada errado com meu ouvido, então o médico deveria descobrir o quê está causando a dor e não achar, só porque não tenho um problema na parte do corpo que eles cuidam, que não tem nada errado. Eu gosto dos médicos, mas eles têm que escutar e ter um pouco de compaixão pelo paciente e não apenas pensar naquela partezinha do meu corpo.

Sr^a R., secretária de 60 anos de idade.

BENEFÍCIOS DA INTEGRALIDADE: A PREVENÇÃO COMO UM EXEMPLO

Os benefícios da atenção integral podem ser deduzidos a partir dos benefícios conhecidos da atenção preventiva (Russell, 1986) e a partir dos benefícios da prestação de serviços que têm sua efetividade conhecida para as populações com necessidades específicas de saúde. Um estudo cruzado nacional, entretanto, questiona a suposição de que todos os serviços necessários devem ser prestados ou providenciados pela fonte de atenção primária. Depois de comparar os sistemas de saúde nos Estados Unidos com aqueles em várias nações da Europa ocidental, Silver (1978) concluiu que as crianças tinham mais probabilidade de ter recebido a atenção preventiva indicada, como imunizações, naqueles sistemas em que a responsabilidade por estes procedimentos preventivos estava dissociada da prática de atenção primária e tinha sido assumida por um órgão público. Se este é o caso em geral ou se é apenas o caso quando os serviços de atenção primária não são adequados ainda deve ser determinado. O fator crítico pode ser quão suficientemente bem organizado é o órgão público para prestar o serviço de forma sistemática e integrada. Nos Estados Unidos, onde o envolvimento local na saúde pública na prestação de serviços tem diminuído muito nas últimas décadas, pode não haver recursos adequados para manter estes esforços. Por exemplo, quando o acesso aos profissionais de atenção primária é melhorado como resultado de uma melhor cobertura de seguro para atenção preventiva (incluindo imunizações e atenção pré-natal), famílias com cobertura de seguro deficiente ou sem cobertura tem maior probabilidade de receber estes serviços de seu prestador de atenção primária do que de unidades de saúde pública separadas (Rodewald *et al.*, 1997; Simpson *et al.*, 1997).

A prevenção é uma necessidade especial na atenção primária. Historicamente, a prevenção tem uma função de saúde

pública; as atividades mais preventivas foram direcionadas às populações, principalmente para proteger o bem-estar do público, e não a saúde do indivíduo. freqüentemente regidas por leis e regulamentações, elas tratavam a todos igualmente: todo mundo precisava de imunizações. Todo mundo precisava de proteção contra doenças induzidas pelo ambiente. Entretanto, a prevenção se expandiu do simples conceito de proteção das populações contra a doença para intervenção em sua fonte ambiental. A prevenção, atualmente, considera os riscos que apenas alguns indivíduos enfrentam devido a suscetibilidades biológicas ou sociais específicas. Quando todos estão sob risco, ou quando a probabilidade de estar sob risco é desconhecida, freqüentemente há um bom caso para uma estratégia de saúde pública, e não clínica, em relação à prevenção. As estratégias baseadas na população podem nem sempre ser as mais eficientes ou nem as mais seguras quando nem todos estão sob risco, e se tornam menos justificáveis conforme diminui a probabilidade de risco. Além disso, nem todos querem se engajar na prevenção quando isso requer ações pessoais ou quando é imposto através de uma burocracia visível.

A prestação de serviços preventivos para todos os indivíduos tem a vantagem de parecer equitativo; um caso neste ponto foi a recomendação norte-americana de examinar todos os bebês em busca de anemia falciforme, embora esta seja 168 vezes mais comum entre afro-americanos do que entre americanos brancos, baseada na idéia de que “o exame beneficiaria igualmente a todos os bebês” (Sickle Cell Disease Guideline Panel, 1993). Entretanto, cada intervenção (incluindo as intervenções preventivas) tem riscos, e sujeitar os indivíduos de baixo risco para o problema aos riscos da intervenção, provavelmente, causa mais danos do que seria esperado pela ocorrência improvável do próprio problema. Além disso, não há garantia de que mesmo uma estratégia para alcançar a todos na população atingirá aqueles mais difíceis de alcançar e que podem apresentar maior necessidade.

Muitas atividades clínicas de prevenção estão relacionadas a enfermidades específicas; outras são mais orientadas, geralmente, à melhora da capacidade de recuperação contra uma variedade de ameaças à saúde. Exemplos na primeira categoria são mamografias para detectar câncer de mama, exame de hipertensão para detectar a susceptibilidade a enfermidades cardiovasculares e exame de recém-nascidos para detectar doenças metabólicas congênitas em um estágio inicial pré-sintomático. Na última categoria constam as atividades primárias preventivas, como cintos de segurança e capacetes, aleitamento materno e interrupção do tabagismo. Como nem todos estão sob risco de efeitos adversos, seja de doenças específicas, seja da multiplicidade de problemas que podem ser prevenidas pela intervenção, a probabilidade de estar sob risco precisa ser investigado. O desafio para os serviços de saúde é determinar quando a averiguação será melhor realizada através de uma abordagem baseada na população e quando uma função da medicina clínica será mais adequada.

As intervenções para toda a população, que são geralmente mais apropriadamente realizadas pelas atividades de saúde pública, são mais apropriadas quando a avaliação do risco individual é impossível ou difícil, quando há um baixo risco de efeito adverso, e quando o problema a ser prevenido tanto é comum como tem implicações sérias para a população. (As abordagens para toda a população também são mais apropriadas quando é sabido que todos estão sob risco, como é o caso de problemas ou lesões induzidas pelo ambiente.)

Freqüentemente, a escolha entre a abordagem generalizada (toda a população) e a seletiva (populações selecionadas) para investigação dos riscos, e, portanto, dos méritos relativos de uma abordagem de saúde pública ou de medicina clínica, não é fácil. A seleção da abordagem mais apropriada requer um conhecimento preexistente sobre a probabilidade do risco (Rose, 1992). Isso exige uma ferramenta que seja capaz de identificar os riscos, de modo que tenha sensibilidade e especificidade aceitáveis, que tenha limites razoavelmente precisos e pouca ambigüidade na zona limite

entre o anormal e o normal, seja aceitável aos pacientes e prestadores de serviços, não cause efeitos adversos quando as pessoas forem falsamente classificadas, seja viável na prática, e não seja inaceitavelmente cara para ser realizada. A questão de evitar efeitos adversos desnecessários devido a resultados falsos é mais crítica nas abordagens da população em geral do que nas seletivas porque mais efeitos colaterais podem ser tolerados em populações que já se encontram em alto risco. O alto custo é mais facilmente tolerado nas abordagens seletivas pelo mesmo motivo: o alto custo é mais aceitável quando o risco é mais alto. Algumas vezes as abordagens generalizadas são melhores apenas porque as oportunidades para se alcançar as pessoas são melhores; as abordagens seletivas, geralmente, requerem que haja um mecanismo especial para alcançar aqueles em risco. As abordagens generalizadas são melhores para problemas que são comuns na população ou impõem um problema de saúde pública. Esta é a razão pela qual as imunizações, algumas vezes, são realizadas como função da saúde pública e não da medicina clínica. As abordagens consagradas à saúde pública também são, muitas vezes, justificadas como mais efetivas porque a medicina clínica tem sido lenta ao assumir o desafio da prevenção (Starfield e Vivier, 1995).

A Tabela 10.1 indica que as diferentes características da unidade de saúde, observadas a partir da perspectiva dos componentes do sistema de saúde, que influenciam o fato de uma abordagem populacional (todos recebem a intervenção preventiva, quer por um plano ou centro de saúde, quer através de um esforço da saúde pública) ou uma abordagem seletiva (a intervenção é indicada apenas para as populações de alto risco) ser, provavelmente, a melhor estratégia quando há uma escolha a ser feita. Os tipos, o treinamento e a motivação dos funcionários na unidade de saúde, a adequação das informações disponíveis e sua transferência, os incentivos financeiros e a clara definição da população abrangida pela unidade são todas considerações estruturais relevantes.

Tabela 10.1

Requisitos do sistema de saúde para as abordagens bem sucedidas de prevenção populacional versus seletivas

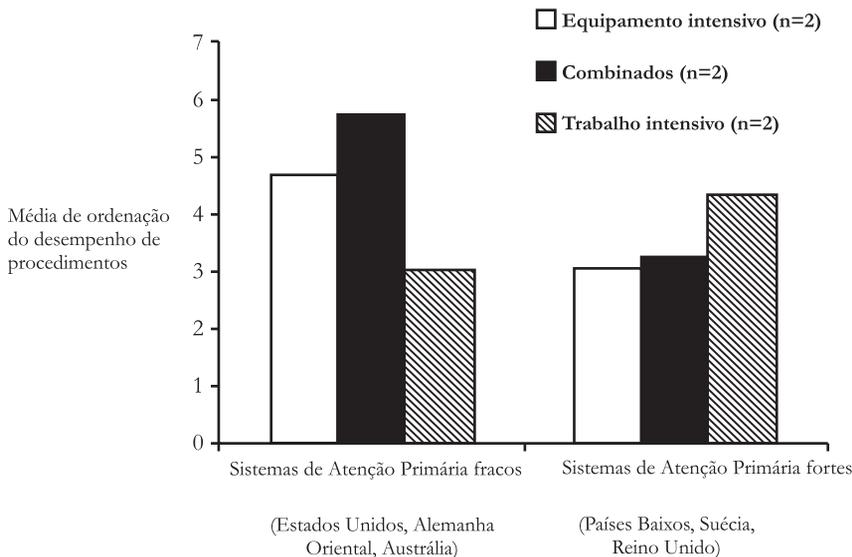
Abordagem para prevenção		
sistema de saúde	Populacional	Seletiva
Características estruturais		
Pessoal	Especialistas dedicados à saúde pública/medicina comunitária ou médicos (em consultórios) treinados em medicina preventiva ou envolvendo pessoal perito em saúde pública/medicina comunitária (em equipes de unidade de saúde)	
Mecanismos de continuidade	Sistemas de informação/registros médicos contendo, no mínimo, características demográficas básicas (idade, gênero, raça) e um sistema de localização para identificar indivíduos de forma oportuna	Sistemas de informação/registros médicos contendo, no mínimo, dados sobre características relevantes de risco e um sistema de localização para identificar os indivíduos quando indicado
Financiamento	Cobertura financeira voltada para os serviços preventivos através de mecanismos públicos	Cobertura de terceiros universal e integral para serviços preventivos
População eletiva	Bem definida	Bem definida
Características do processo		
Identificação do problema (necessidades)	Exige poucas informações	Pessoal treinado em abordagens psicossociais ou identificação automatizada adequada de problemas
Diagnóstico, manejo	Mecanismos para avaliar a adequação da trajetória da atenção (ou seja, manejo da qualidade)	
Utilização, aceitação, entendimento, participação	População incapaz de assumir a responsabilidade para iniciar o atendimento e completá-lo de forma adequada	População capaz de assumir a responsabilidade para iniciar o atendimento e completá-lo de forma adequada ou atividades mais adequadas para a população definida

Vários esforços anteriores, incluindo a educação médica convencional continuada e o uso de diretrizes para melhorar a extensão em que as atividades preventivas são realizadas na prática clínica, tiveram efetividade limitada. A complexidade da prática de atenção primária está associada à extraordinária variabilidade no desempenho (Crabtree, 1997). A totalidade com a qual as unidades de saúde são capazes de reconhecer os problemas e necessidades na população, a adequação de seu diagnóstico e os procedimentos de tratamento, além das características da população, que significam a probabilidade de aceitação das atividades preventivas, influenciarão a escolha entre as abordagens de atenção primária e de saúde pública.

IMPLICAÇÕES POLÍTICAS E DE PESQUISA DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO: SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Em alguns países, a especificação dos serviços que deveriam ser prestados na prática clínica ao invés de serem oferecidos nas atividades de saúde pública é estabelecida por uma política nacional. Frequentemente, as decisões quanto ao que deveria ser coberto são tomadas pela limitação da disponibilidade de recursos para a atenção clínica; onde existe pouco ou nenhum recurso para prestar um serviço definido, não é necessário nenhuma decisão individual sobre sua utilidade para qualquer indivíduo específico porque simplesmente não está disponível para ninguém (Grogan, 1992). Claramente, esta é a abordagem mais equitativa para especificar a variação de serviços a serem prestados. Em outros países, o único limite para os serviços que estão disponíveis é a demanda dos profissionais e dos pacientes; como os mercados podem gerar sua própria demanda, geralmente existe um alto grau de iniquidade na variedade de serviços disponíveis para suas populações. O efeito desta diferença é demonstrado pela consideração da frequência com a qual determinadas tecnologias são usadas em diferentes países (Fig. 10.1). Embora nenhuma destas seja intervenção de atenção primária, os mesmos tipos de diferenças também são encontrados para a tecnologia disponível na atenção primária, assim como é especialmente notável na França e na Alemanha. Mesmo em países em que a demanda direciona a variedade de serviços que são prestados, os crescentes mandatos por responsabilidade resultante dos gastos públicos crescentes de fundos, provavelmente, produza uma maior homogeneidade da variedade de serviços disponíveis para diferentes grupos da população. Entretanto, onde a privatização do financiamento é cada vez mais comum, maior é a probabilidade de resultar em heterogeneidade e iniquidade.

Figura 10.1
Ordenação das taxas de uso de tecnologia



* Quanto maior a barra, maior a taxa de desempenho

Fonte: Baseado em Battista *et al* (1994).

As decisões políticas referentes ao *locus* apropriado de responsabilidade não estão limitadas aos serviços preventivos. A questão política relevante para a integralidade, em geral, está embasada na decisão de quais serviços pertencem, adequadamente, à atenção primária e quais devem ser disponibilizados em outro lugar.

Na melhor das hipóteses, a variedade de serviços prestados seria determinada apenas pela necessidade e prestada em níveis de atenção em que os clínicos encontrem esses serviços de forma suficientemente freqüente para manter a competência em lidar com eles. Na prática, são necessários ajustes porque os recursos são limitados e há necessidades concorrentes para vários tipos de serviços de saúde e para outros serviços sociais além da saúde, como habitação e educação.

Em qualquer sistema de saúde, organização de atenção à saúde, ou consultório, devem ser tomadas decisões em relação aos

serviços que serão diretamente prestados ou disponibilizados. Embora nem todos os serviços sejam prestados no setor da atenção primária, o profissional de atenção primária tem a responsabilidade de reconhecer as necessidades de atenção à saúde e providenciar ou coordenar a prestação de serviços a serem disponibilizados em outros locais. Portanto, a natureza do pacote de benefícios é bastante notável na atenção primária, mesmo que não ofereça todos os serviços necessários.

Em muitos (se não na maioria) dos sistemas de saúde, as hospitalizações e os serviços especializados mais caros são cobertos pelos planos de seguro ou pelos sistemas nacionais de saúde. Em comparação, muitos serviços de atenção primária freqüentemente não estão incluídos, algumas vezes com base no argumento de que são mais “irrestritos” e, portanto, serão utilizados excessivamente se forem reembolsados, que eles são previsíveis e, portanto, não necessitam de “segurança” contra incertezas, ou que eles não precisam ser cobertos pelo seguro porque são relativamente baratos e, sendo assim, podem ser adquiridos.

Várias considerações ditam os serviços que devem estar disponíveis. Estas considerações são de vários tipos: disponibilidade de padrões, especificação das necessidades a serem atendidas, critérios baseados em evidências, e o mercado. A política resultante depende de qual abordagem é tomada. Uma discussão de cada uma destas quatro considerações encontra-se a seguir. Embora nenhuma das quatro seja útil na determinação exata do que deve ser oferecido na atenção primária, cada uma pode servir como um modelo para fazê-lo.

Padrões

A *Health Policy Agenda* [Agenda de Política de Saúde] foi produto de vários anos de deliberações por parte dos representantes das principais associações profissionais nos Estados Unidos. Em geral, seu pacote de benefícios especificados inclui “serviços médicos para pacientes internados ou não, serviços hospitalares, serviços laboratoriais e radiográficos, prescrição de medicamentos, atenção

institucional para idosos e pessoas com incapacidades físicas ou mentais, serviços odontológicos, exames iniciais e periódicos, incluindo serviços de diagnóstico e tratamento, serviços de planejamento familiar, serviços de atenção domiciliar e pessoal e outros serviços médicos necessários” (Tallon, 1989).

A política sobre os benefícios à saúde propostos pela *American Academy of Pediatrics* [Academia Americana de Pediatria], em 1989, é ainda mais detalhada. “Os planos de seguro-saúde deveriam cobrir os serviços para crianças, do nascimento aos 21 anos de idade. Estes serviços deveriam ser solicitados por um médico e prestados em um hospital ou consultório médico... a seguir encontra-se uma lista ideal dos benefícios... pela qual cada serviço coberto pelo plano deve ser comparado.” A lista inclui o seguinte:

- Atenção médica, incluindo supervisão de saúde e tratamento de problemas agudos e diagnóstico de doença grave e de longa duração
- Tratamento de problemas preexistentes
- Atenção cirúrgica, incluindo etapas para correção de defeitos de nascimento
- Serviços de saúde mental, abuso de álcool e outras substâncias
- Serviços de emergência e trauma
- Serviços hospitalares para pacientes internados
- Consultoria com pediatras subespecializados
- Serviços de planejamento familiar
- Serviços para gestantes, incluindo atenção pré-natal, consultoria pré-natal com um pediatra e atenção para a gestação de um único dependente do detentor da apólice
- Atenção a todos os bebês recém-nascidos, incluindo um pediatra especializado para atender gestações de alto risco
- Exames e testes de saúde a partir do momento do nascimento e tratamento de defeitos e outras doenças ou lesões de nascimento
- Serviços laboratoriais e de patologia
- Serviços de diagnóstico radiológico e radioterapia; serviços de anestesia

- Serviços solicitados pelo médico para ajudar a criança a se recuperar de uma doença ou lesão, incluindo fisioterapia
- Fonoterapia e terapia ocupacional
- Atenção domiciliar à saúde ou serviços de uma enfermeira licenciada privada
- Atenção hospitalar para crianças com doenças terminais
- Ajuda aos pais ou responsáveis que necessitam de ajuda pela necessidade constante de cuidar de crianças com doenças de longa duração
- Serviços de atenção de longa duração prestados em um centro de atenção intermediária ou de enfermagem habilitado ao invés de hospitais
- Manejo e supervisão de caso dos serviços sociais e médicos especiais necessários por crianças cronicamente doentes ou incapacitadas
- Serviços sociais e médicos para avaliar e tratar crianças com suspeita de abuso ou negligência
- Transporte para o hospital ou centro de saúde
- Atenção odontológica preventiva e restauradora
- Aconselhamento nutricional e exames completos periódicos
- Prescrição de medicamentos e suprimentos cirúrgicos e médicos
- Óculos ou lentes corretivas
- Aparelhos auditivos e suplementos nutricionais especiais
- Aluguel ou compra de equipamentos médicos duráveis, como camas especiais ou muletas

A lista de serviços, extensa como é, ainda exclui determinados serviços como consultas domiciliares por médicos e é vaga a respeito da extensão de outros serviços. A atenção cirúrgica inclui cirurgias cosméticas outras que não para correção de defeitos de nascimento? O que está incluído nos serviços laboratoriais? Apesar disso, é óbvio que a proposta da Academia Americana de Pediatria é muito mais integral do que a maioria dos pacotes de benefícios dos seguros e programas públicos existentes.

Os padrões para a atenção preventiva podem ser derivados de diretrizes publicadas para uma ampla variedade de tipos de procedimentos, incluindo exames, aconselhamento e imunizações ou quimioprofilaxia. Estas diretrizes (U.S. Preventive Services Task Force, 1996) oferecem uma revisão da efetividade de mais de 100 intervenções clínicas para a prevenção de 60 doenças e problemas e fazem recomendações em relação a suas indicações e a época, e freqüência dos serviços que foram considerados efetivos por um grande grupo de peritos que revisaram as evidências.

Necessidades de saúde comunitária

Outra abordagem para especificar o conteúdo dos pacotes de benefícios está baseada na variedade de necessidades de uma comunidade. Em um método para defini-la, uma organização prestadora de atenção à saúde documenta as necessidades de saúde de sua população e usa os dados para estabelecer as prioridades. Em comparação ao estabelecimento de prioridades de acordo com metas e objetivos, conforme acima descrito, este método poderia levar a diferentes prioridades de uma comunidade para outra e isso depende de que dados cada comunidade decide coletar e dos critérios usados para interpretá-los. Esta abordagem é discutida em maiores detalhes no Capítulo 14.

Evidências sobre a efetividade dos serviços

O terceiro elemento do pacote de benefícios estabelece as prioridades de acordo com o grau de benefícios oferecidos. Ao invés de utilizar os dados para determinar as necessidades de saúde da comunidade, esta abordagem estabelece prioridades de acordo com a percepção do público do valor de uma intervenção, de seu impacto sobre os resultados da atenção, e de seus custos. Isso foi tentado em Oregon, onde uma comissão governamental era responsável por obter as informações necessárias e por desenvolver a variedade de serviços que seriam disponibilizados. A comissão buscou contribuições do público através de reuniões na cidade e pesquisas aleatórias. As pessoas responderam o quanto valorizam

problemas como mobilidade, capacidade mental, alívio da dor e capacidade de continuar trabalhando. Os dados tornaram-se, então, parte de um cálculo de custo-benefício envolvendo considerações sobre quantos dos resultados desejados uma intervenção específica alcança, incluindo critérios como melhoria da expectativa de vida, qualidade de vida e o número de pessoas que seriam beneficiadas. Foi desenvolvida uma lista de prioridades, de forma que o tratamento de problemas abaixo de determinada classificação não seria reembolsado. Embora tenha sido projetada e implementada apenas para o programa Medicaid (isto é, para pessoas sem seguro com renda muito baixa), ela foi bem-sucedida no aumento da quantidade de dinheiro disponível para aumentar o nível de renda para a elegibilidade o Medicaid e, assim, reduzir o número de indivíduos sem seguro- saúde (Bodenheimer, 1997).

Os critérios de cobertura propostos para inclusão de intervenções nos planos de saúde em geral (não a atenção primária em específico) são (1) a intervenção é usada para um problema médico, (2) existem evidências de sua efetividade na saúde, (3) é esperado que sua aplicação produza o efeito desejado imediatamente, (4) seus efetividade superam seus efeitos prejudiciais, e (5) tem a melhor relação custo-benefício para o objetivo planejado (Eddy, 1996). Esta abordagem está baseada em evidências da efetividade do manejo para problemas que acredita-se serem mais importantes na população, e não os mais comuns. Assim, é uma abordagem que presta serviços onde os recursos são insuficientes para atender aos padrões de integralidade que poderiam ser estabelecidos com base nas necessidades da população.

O mercado

Em um sistema de saúde baseado no mercado, diferentes unidades de saúde freqüentemente utilizam a integralidade dos serviços para ganhar distância dos concorrentes. Freqüentemente, uma integralidade mínima necessária é determinada pelas regulamentações governamentais que exigem serviços como atenção médica em consultório; hospitalização; transplantes de coração, rins ou córnea;

e controle da infertilidade. A maioria das adesões a estes pacotes básicos, os quais algumas vezes aumentam consideravelmente o custo, derivam de negociações com empregadores ou companhias de seguro que, freqüentemente, expõem suas exigências às propostas de diferentes provedores de saúde. O pacote final de benefícios negociado é, freqüentemente, revisado baseada na experiência e nas negociações anuais subseqüentes.

Nos Estados Unidos, a integralidade dos benefícios está geralmente baseada nos problemas do mercado. Como resultado, os benefícios disponíveis para os indivíduos, famílias, grupos registrados ou empregados em várias indústrias ou empresas, são amplamente discrepantes. Uma comparação entre 15 planos de seguro (Alpha Center, 1990), cada um desenvolvido para fornecer financiamento para pessoas anteriormente sem seguro, demonstrou que alguns serviços foram sempre cobertos, alguns foram geralmente cobertos (em 10 a 12 planos), alguns cobertos apenas algumas vezes (de seis a oito planos) e alguns foram cobertos apenas raramente (um a três dos planos). Os itens a seguir foram *sempre* cobertos:

- Consultas em consultório
- Exames laboratoriais e radiografias para diagnóstico de pacientes não internados
- Cirurgia de pacientes ambulatoriais, incluindo os encargos médicos e da unidade de saúde
- Atenção a bebês saudáveis
- Serviços de ambulância
- Serviços em sala de emergência
- Serviços para pacientes hospitalizados, incluindo quarto semiparticular e refeições, taxas do cirurgião, taxas do anestesista, consultas médicas no hospital e prescrições

Entretanto, nem todos os planos cobriam estes serviços na mesma medida. Os serviços que eram *quase sempre* cobertos incluíam exames físicos de rotina para pacientes ambulatoriais; imunizações para pacientes ambulatoriais; fisioterapia para pacientes ambulatoriais; e enfermeira particular no hospital. Mais uma vez, contudo, a medida dos benefícios variava.

Os serviços que eram *geralmente* cobertos incluíam prescrições para pacientes ambulatoriais; consultas domiciliares; e exames auditivos e oculares de rotina.

Os serviços que eram apenas *algumas vezes* cobertos incluíam atenção ao convalescente ou atenção num estabelecimento de enfermagem habilitado; serviços de saúde mental para pacientes ambulatoriais; e atenção em asilos. Tipicamente, estes benefícios tinham limitações quanto ao número destes serviços ou quanto ao valor fornecido.

Os serviços que eram fornecidos apenas *raramente* incluíam equipamentos médicos duráveis; aparelhos protéticos e ortópticos; pediatria; e exames e aconselhamento genéticos.

Em geral, as decisões a respeito do conteúdo do pacote de benefícios têm sido amplamente determinadas pelo parecer do profissional e por considerações sobre custos. Onde os serviços necessários não estão incluídos, ou não são recebidos, ou são adquiridos por aqueles que necessitam ou são fornecidos diretamente pelo setor de saúde pública. A prestação de serviços através do setor de saúde pública corre o risco de fragmentar os serviços e reduzir a probabilidade de alcance da longitudinalidade, da atenção ao primeiro contato e da coordenação do cuidado. Em nações em desenvolvimento, pode ser justificado o foco sobre a atenção seletiva, em vez da integrada, dado o estágio de subdesenvolvimento do setor de serviços de saúde e o tipo de necessidades da população (Walsh e Warren, 1979). Mas, mesmo nesta situação, pode ser que a atenção integrada seja uma estratégia mais apropriada de longa duração (Rifkin e Walt, 1986).

Uma abordagem para definir o que é apropriado para ser coberto pela atenção primária é fornecida pelas deliberações dentro da *British Medical Association* [Associação Médica Britânica] (General Medical Services Committee, 1996). Estas deliberações resultaram de mudanças na forma que os médicos generalistas (médicos de atenção primária no Reino Unido) são pagos por seus serviços. Novos mecanismos de contrato estão questionando muitos dos serviços prestados até o momento por muitos, se não pela maioria, dos médicos generalistas. A Tabela 10.2 relaciona os

serviços que são considerados “centrais” e aqueles considerados como exigindo um pagamento adicional se realizados (não centrais).

Tabela 10.2
Serviços centrais e não-centrais: propostas da British Medical Association – 1996

Serviços centrais
Resposta aos problemas dos pacientes
Serviços proativos: Promoção da saúde e atividades preventivas
Cirurgias menores e atenção intraparto
Atenção após horário comercial, acompanhamento da saúde da criança, manejo de doença crônica
Organização da equipe de atenção primária à saúde
Serviços não-centrais
Participação no ensino profissional, atividades de auditoria, comissões e aquisição
Atenção de pacientes em asilos, unidades de saúde residenciais e pacientes domiciliares altamente dependentes
Atenção associada ou derivada da hospitalização de pacientes, remoção de suturas ou atenção para curativos feitos pela atenção secundária, tratamento de ferimentos menores
Prescrição de regimes médicos complexos (por exemplo, citotoxinas, ritalina, implantes hormonais, nutrição intravenosa)
Atenção complexa à saúde mental (por exemplo, atenção a pacientes ainda não dispensados do cuidado psiquiátrico)
Atividades relacionadas a estudos de medicamentos
Procedimentos incomuns (por exemplo, desbloqueio de shunts)
Procedimentos que exigem treinamento especial (por exemplo, acupuntura, endoscopia, colonoscopia, sigmoidoscopia, ligação de veia varicosa, vasectomia, colposcopia)
Disponibilização de atenção compartilhada com outros profissionais (por exemplo, terapia anticoagulante, diálise, exame de retinopatia diabética)
Organização de serviços fornecidos por outros prestadores (por exemplo, fisioterapeutas, nutricionistas, quiropráticos)
Serviços profissionais fora da unidade (por exemplo, turno parcial em prisões)
Relatórios médico-legais, trabalho de saúde ocupacional, exames para esportes, exames para motoristas

De acordo com os princípios, o que é considerado estar dentro da esfera de ação da atenção primária, e não através de encaminhamento para outro lugar, deveriam depender da frequência do problema ou necessidade; os profissionais de atenção primária devem ser treinados (inicialmente ou através da educação continuada) para atender estas necessidades comuns. Se procedimentos mais demorados ou mais arriscados são indicados na unidade, os grupos de pacientes deveriam ser menores ou deveria ser fornecida uma compensação pelo tempo extra para permitir que o profissional inclua o serviço na unidade de atenção primária. Um recente relatório sobre a incorporação bem-sucedida da colonoscopia (geralmente realizada

por não especialistas em atenção primária) na unidade geral é um exemplo da resposta de um grupo de médicos de família norte-americanos para uma necessidade crescentemente maior de serviços preventivos (Pierzchajlo *et al.*, 1997). Nesta unidade, 100 colonoscopias foram feitas por ano por um médico de família em uma área rural, o qual tinha sido treinado para realizar o procedimento. Em um período de 7 anos, houve apenas uma complicação maior relacionada ao procedimento manejado de forma bem-sucedida pelo profissional.

O apoio empírico para a proposição de que a necessidade de encaminhamento está relacionada à frequência com a qual os problemas são encontrados na população vem de um grande estudo nacional de pediatras de atenção primária que atendem em consultório. A probabilidade de encaminhamento para uma ampla variedade de problemas infantis estava direta e altamente relacionada à infrequência com a qual o problema era encontrado pelos profissionais em sua prática diária (CB Forrest *et al.*, em preparação).

No futuro, as decisões referentes à variedade adequada de serviços a serem prestados na atenção primária, bem como na atenção secundária e terciária, estarão cada vez mais baseadas na responsabilidade pública, levando em consideração as necessidades da comunidade, a equidade do acesso e a efetividade dos serviços. Embora os métodos para estabelecer as prioridades ainda sejam primitivos e não haja consenso quanto à abordagem a ser usada, o reconhecimento dos limites dos recursos direcionará a atenção ao desafio e impelirá considerações cuidadosas das várias alternativas.

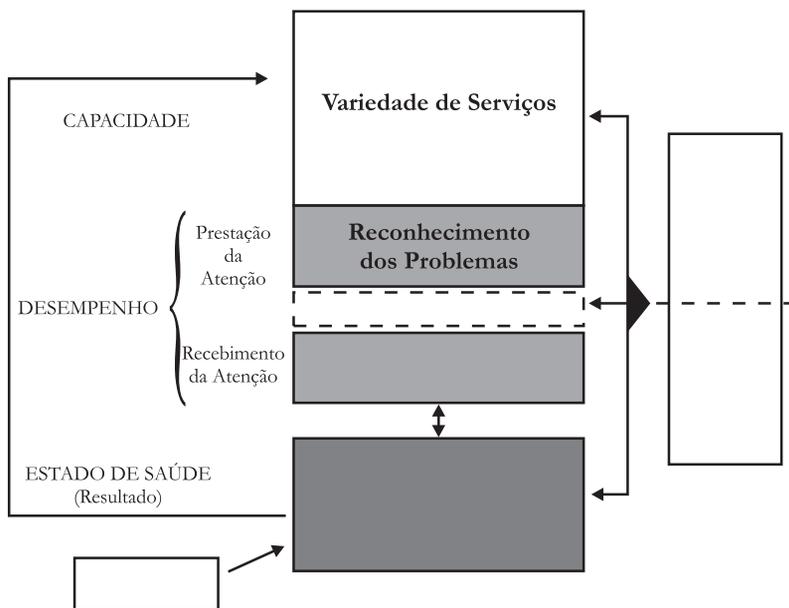
O Dr. M é um pesquisador bolsista de pós-graduação que estuda experiências de atenção primária de pacientes que estão sendo examinados em três clínicas pediátricas especializadas, em um hospital muito bem conceituado. Como ele estava entrevistando os médicos a respeito de seus pacientes, também perguntou a respeito da probabilidade de duração de sua relação com cada paciente. Nenhum dos médicos pôde responder à pergunta, uma vez que eles nem tinham pensado sobre o papel que estavam exercendo no cuidado dessas crianças ao longo do tempo.

MEDIÇÃO DA INTEGRALIDADE

Assim como ocorre com os outros atributos da atenção primária, a avaliação da integralidade pode ser orientada tanto para o nível do sistema/população como para o nível de unidades de saúde/paciente. No nível populacional, as necessidades da comunidade definem a variedade de serviços que deveriam ser oferecidos, enquanto a integralidade é medida pela penetração destes serviços na comunidade. No nível institucional, a variedade de serviços é estabelecida, geralmente, de acordo com diretrizes profissionais como programas de imunização ou recomendações para procedimentos, como mamografias. A avaliação neste nível geralmente usa tabelas de auditoria ou outros registros, como formulários de queixas.

A Figura 10.2 retrata os componentes da integralidade no contexto do sistema de serviços de saúde para populações e pacientes.

Figura 10.2
Sistema de serviços de saúde: Integralidade. Resumido da Figura 2.1



Variedade de serviços

A variedade de serviços que estão disponíveis deveria consistir de um núcleo que seja relevante para toda a população, bem como serviços adicionais para populações com necessidades de saúde especiais que sejam comuns.

No *nível populacional*, os padrões para a gama de serviços necessários pelas comunidades são declarados em termos tão gerais que a medição de uma variedade, geralmente, não é viável. Por exemplo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que

para que a atenção primária seja integral, todas as atividades orientadas para o desenvolvimento deveriam estar inter-relacionadas e equilibradas de forma a focar os problemas de maior prioridade conforme são mutuamente percebidos pela comunidade e pelos sistemas de saúde, e que as intervenções culturalmente aceitáveis, tecnicamente adequadas, manejáveis e adequadamente selecionadas devem ser implementadas em combinações que atendam às necessidades locais. Isto implica que os programas com um único objetivo deveriam estar integrados dentro das atividades de atenção primária à saúde da forma mais rápida e fácil possível. OMS, 1978

Esta declaração esclarece que a integralidade não consiste de programas com objetivos únicos, mas oferece pouca orientação para determinar quais os problemas têm a mais alta prioridade e como as decisões devem ser tomadas em relação à medição da aceitabilidade cultural, adequação técnica e manejo.

A variedade de serviços adequados para a assistência primária consiste de três componentes: os problemas e necessidades das populações e dos pacientes, as tarefas que são necessárias para abordar estes problemas e o local em que são realizados. Ou seja, são levados em consideração com *quais* problemas lidam, *como* eles são tratados de forma adequada, e *onde*. Rivo e colaboradores (1994) usaram os achados de uma pesquisa nacional de unidades de saúde nos Estados Unidos para identificar a frequência de problemas encontrados nas unidades de atenção primária e compilaram uma lista de competências a elas associadas.

A Tabela 10.3 lista um subgrupo de tipos de problemas que são adequadamente considerados como problemas de atenção primária. (Problemas que estão indiscutivelmente dentro do âmbito da atenção primária devido a sua frequência muito alta, como o resfriado comum, não estão incluídos nesta lista.)

Tabela 10.3
Tipos e exemplos de problemas no âmbito da Atenção Primária

Musculoesquelético: fibromialgia, tendinite, artrite reumatóide, osteoartrite
Ginecológico: vaginite
Urológico: infecção do trato urinário, incontinência urinária
Ouvido, nariz e garganta: otite média, sinusite
Oftalmológico: abrasão da córnea, conjuntivite
Dermatológico: acne, escabiose, pediculose
Infeccioso: celulite, pneumonia
Cardiovascular: angina, hipertensão, acidente vascular-cerebral
Endócrino: diabetes, doença da tireóide
Pulmonar: asma, bronquite, enfisema
Gastrointestinal: úlcera, intestino irritável
Psicossocial: depressão, distúrbios de ansiedade, estresse e reações por luto, abuso de substâncias

Adaptado de Rivo *et al.* (1994)

A Tabela 10.4 lista as tarefas e habilidades que estão relacionadas ao reconhecimento e manejo de problemas encontrados na atenção primária

Os profissionais de atenção primária também devem estar familiarizados e utilizar outros serviços de atenção ambulatorial, serviços baseados no hospital, atenção domiciliar e asilos e clínicas, quando apropriado.

Rivo *et al.* (1994) usaram esta lista para estabelecer a integralidade dos programas de treinamento para diferentes especialidades que são comumente pensadas como oferecendo atenção primária. A contagem do número de competências indicadas nos diferentes programas indica, claramente, uma maior variedade de serviços na unidade de família, de pediatria e de medicina interna em comparação com a medicina de emergência e a ginecologia/obstetrícia.

Tabela 10.4
Tarefas e habilidades necessárias na Atenção Primária

Prevenção (incluindo imunizações) e promoção/aconselhamento em saúde (incluindo prevenção de lesões)
Atenção pré-natal
Prevenção e promoção de saúde para bebês, crianças, adolescentes e adultos; princípios de desenvolvimento
Aconselhamento nutricional
Planejamento familiar
Aconselhamento genético
Procedimentos de exames: exames de Papanicolaou, exame para câncer de pele
Orientações em relação à morte e ao morrer
Conhecimento dos princípios da comunidade e da saúde pública
Conhecimento dos recursos da comunidade
Continuidade da atenção
Coordenação da atenção
Integralidade das avaliações
Habilidades para educação do paciente
Conhecimento de manejo de problemas indiferenciados
Conhecimento de problemas ocupacionais/escolares
Conhecimento dos benefícios do trabalho em equipe
Conhecimento dos princípios da atenção em relação ao custo-benefício
Conhecimento das bases da ética médica
Competência no uso e manejo de informações computadorizadas
Levantamento clínico das habilidades em avaliação crítica da literatura
Habilidades de administração da unidade
Habilidades de manejo dos riscos

Adaptado de Rivo *et al.* (1994)

As comparações entre os vários sistemas de atenção podem oferecer informações para estabelecer a adequação relativa (e não absoluta) da integralidade dos serviços disponíveis. Por exemplo, uma abordagem baseada na população para avaliar a “variedade de serviços” poderia vincular programas de comparação entre países para determinar o quanto os vários tipos de serviços de atenção primária estão incluídos na atenção primária (por exemplo, serviços de saúde mental, exames e serviços de saúde preventiva, ou serviços de saúde bucal). Existem poucos estudos deste tipo: um estudo notável é o *International Collaboration Study of Medical Care Utilization* [Estudo de Colaboração Internacional sobre a Utilização da Atenção Médica] (Kohn e White, 1976). Uma parte deste estudo descreveu aspectos selecionados da prestação do cuidado à saúde no final dos anos 60 em sete países que participaram do estudo: Canadá, Estados Unidos, Argentina, Reino Unido, Finlândia, Polônia e Iugoslávia (Kohn e White, 1976, págs. 420-37).

A abordagem *institucional* para avaliar a variedade de serviços compara os serviços disponíveis em vários tipos de planos de saúde ou organizações de atenção à saúde e os equipamentos de consultório para lidar com a variedade de serviços. Além disso, a avaliação deveria considerar a competência da equipe para lidar com uma ampla variedade de problemas ou a existência de uma abordagem sistemática para obter os serviços em outro lugar se não forem oferecidos na unidade.

O “X” da questão da avaliação da integralidade requer a determinação da frequência das necessidades de saúde necessárias na população a ser atendida, estabelecendo a variedade de serviços para atender àquelas necessidades que ocorrem de forma suficientemente freqüente para os médicos de atenção primária manterem a competência em lidar com eles, e então oferecer estes serviços quando houver necessidade. Como será observado abaixo na seção sobre a obtenção da integralidade, há poucas evidências na literatura relacionadas a estas questões.

Medição do reconhecimento das necessidades

No *nível populacional*, a obtenção da integralidade é refletida pela extensão em que os serviços de saúde abordam as necessidades evidentes da população. O não reconhecimento destas necessidades é manifestado por um subdiagnóstico sistemático de problemas que são comuns na população ou por evidências da falta de recebimento ou prestação dos serviços indicados na população de pacientes examinados nos estabelecimentos de atenção primária.

Uma abordagem adaptada à avaliação da integralidade da atenção no nível populacional foi desenvolvida por investigadores do programa *Indian Health Services* [Serviços Indígenas de Saúde] no Arizona (Schorr e Nutting, 1977). A abordagem estava relacionada à extensão em que o sistema de saúde abordava, adequadamente, certas necessidades reconhecidas da população e traçava a atenção para os problemas através de seus estágios sucessivos. Os investigadores identificaram sete problemas de

saúde (hipertensão, diabetes no adulto, tuberculose, infecção do trato urinário, lacerações da cabeça, gastroenterite infantil e otite média aguda) e determinaram a extensão na qual houve um achado de caso adequado (reconhecimento do problema) para os problemas, juntamente com procedimentos adequados de diagnóstico, terapia e acompanhamento.

Este tipo de abordagem para avaliar a integralidade é particularmente bem adaptada a situações em que as necessidades da comunidade são conhecidas por estudos anteriores de mortalidade e morbidade.

Uma abordagem alternativa para julgar a adequação da variedade de serviços necessários em uma comunidade presume que diferentes comunidades deveriam ter a saúde aproximadamente equivalente, particularmente para problemas que respondem à atenção médica. Se os serviços forem adequadamente integrais, deveria haver paridade nas comunidades quanto à frequência e gravidade destas doenças em que a atenção médica é efetiva em sua prevenção e tratamento.

O potencial deste método na identificação das áreas em que a melhora na integralidade era necessária é demonstrado em dois estudos, um nos Estados Unidos e um no Canadá.

Em um estudo nos Estados Unidos, Woolhandler *et al.* (1985) compararam as taxas de morte em diferentes idades entre brancos e negros para problemas em que a morte pode ser prevenida por atenção médica, com as taxas de todas as causas de morte. Em todas as idades abaixo de 60 anos, a relação da taxa de mortes preveníveis entre brancos e negros foi maior do que a relação de mortes de negros para brancos por todas as causas, indicando que, pelo menos, algumas das mortes em excesso ocorreram devido à falha do sistema de saúde em prevenir as mortes por estes problemas. A disparidade nas taxas de mortes associada a causas preveníveis foi particularmente marcante para jovens e adultos jovens. Se o problema fosse simplesmente uma maior suscetibilidade a doenças que ameaçam a vida entre negros, a relação para os problemas preveníveis seria igual à relação para

todas as causas. As relações desiguais sugerem um problema com a adequação dos serviços de saúde que podem ser disparidades no acesso a serviços de saúde ou na amplitude dos serviços disponíveis para os dois tipos de populações.

No Canadá, Wilkins e Adams (1983) usaram dados de estatísticas de vida e pesquisas de saúde em cinco regiões diferentes tanto no tamanho da população quanto nos níveis de renda para calcular a expectativa de vida e expectativa de vida ajustada à qualidade de homens *versus* mulheres. Houve diferenças sistemáticas em ambas as medições do estado de saúde em áreas com diferentes rendas familiares. Como o sistema de saúde canadense é projetado para reduzir as barreiras financeiras ao acesso aos serviços, provavelmente as diferenças não ocorrem devido a diferenças nesse acesso; ao invés disso, provavelmente ocorrem devido, pelo menos em parte, ao fato de os serviços serem insuficientemente amplos para atender às necessidades de saúde da população menos favorecida.

No *nível institucional*, uma abordagem empírica para medição depende da disponibilidade de informações a respeito dos tipos de problemas e diagnósticos que são vistos e manejados em diferentes unidades de saúde e por diferentes profissionais. Na ausência de diferenças nas necessidades populacionais, deveria haver uma paridade geral na frequência de problemas observados por diferentes profissionais ou observados por diferentes grupos de profissionais que parecem prestar uma atenção integral. Por exemplo, é provável que as unidades de saúde que têm diferença em suas taxas de diagnóstico de depressão em adultos e problemas comportamentais em crianças sejam diferentes em sua integralidade da atenção, a menos que possa ser mostrado que suas populações diferem na frequência real destes problemas.

Dados da *National Ambulatory Medical Care Survey* [Pesquisa Nacional de Atenção Médica Ambulatorial] (ver Capítulo 4) oferecem informações a respeito de problemas e diagnósticos em uma amostra representativa de consultórios de diferentes especialistas (e, mais recentemente, também em ambulatórios

hospitalares) nos Estados Unidos. Os dados podem ser usados para comparar a distribuição de problemas e/ou diagnósticos em sua integralidade. Se os dados são obtidos de todos os tipos de unidades de saúde em uma comunidade ou país, os resultados são equivalentes a um método baseado na população para comparar a integralidade entre tipos de médicos.

Em uma abordagem normativa para avaliar a integralidade, um padrão é estabelecido e as unidades de saúde são medidas de acordo com sua obtenção do padrão. A lista de verificação do *Institute of Medicine* [Instituto de Medicina] (1978) para atenção primária inclui sete questões em sua seção sobre integralidade. Quatro das sete tratam da disponibilidade de uma variedade de serviços, mas elas podem ser reestruturadas para captar a prestação real de serviços, determinando se as unidades de saúde realizam a atividade:

- A unidade está disposta a lidar, sem encaminhamento, com a maioria (mais de 90%) dos problemas que ocorrem na população atendida (por exemplo, queixas gerais como febre ou fadiga, traumas menores, garganta inflamada, tosse e dor no peito)?
- Os profissionais na unidade estão dispostos, quando apropriado, a internar e atender pacientes em hospitais?
- Os profissionais na unidade estão dispostos a internar e atender pacientes em asilos ou clínicas para convalescentes?
- Os profissionais de saúde na unidade estão dispostos, quando apropriado, a visitar o paciente em casa?

Seguem as três questões que tratam diretamente do aspecto processual da integralidade:

- As medidas preventivas primárias e secundárias adequadas são usadas para aquelas pessoas em risco, como imunização para tétano ou pólio, detecção precoce de hipertensão e controle de fatores de risco para doença coronariana?
- Os pacientes são estimulados e auxiliados na prestação do atendimento e a participar do planejamento de sua

própria saúde, como instruções nutricionais, dieta, exercícios, prevenção de acidentes, planejamento familiar e problemas de adolescentes?

- Os profissionais da unidade oferecem apoio às instituições que promovem a saúde comunitária, como programas públicos de educação da saúde, programas de detecção de doenças, programas de medicina do esporte e de saúde escolar e treinamento para atendimento de emergências?

Embora esta abordagem tenha sido pensada para uso no nível institucional, ela também pode ser adaptada aos serviços organizados no nível populacional. Por exemplo, todas as unidades na área lidam com a grande maioria dos problemas na população? Os serviços preventivos primários e secundários adequados são usados pelas pessoas sob risco?

Uma terceira abordagem para medir a integralidade está baseada na extensão do reconhecimento das necessidades dos pacientes. Estudos repetidos demonstraram que os profissionais freqüentemente não conseguem reconhecer problemas que os pacientes expressam quando buscam atendimento. As deficiências são particularmente pronunciadas quando os problemas são de natureza psicológica ou psicossocial. Para avaliar a extensão do reconhecimento das necessidades dos pacientes, deve existir um mecanismo para averiguar, de forma independente, a natureza dos problemas apresentados pelos pacientes. Uma técnica é pedir que os pacientes escrevam suas queixas e preocupações enquanto esperam para ver o profissional ou pedir que a recepcionista ou pessoa equivalente pergunte ao paciente sua opinião a respeito da aparência da unidade de saúde. Estas queixas são, então, comparadas com aquelas identificadas pelos profissionais em um formulário especial de coleta de dados ou escritos no prontuário médico.

Uma quarta abordagem, que pode ser usada, tanto no nível populacional quanto no nível institucional, avalia a proporção de indivíduos na população da unidade que são atendidos por

especialistas em um ano. Se não há motivo para acreditar que uma população tenha uma necessidade maior de serviços especializados do que a população de referência, uma proporção maior de pacientes que são atendidos pelos especialistas indica que a integralidade da unidade de atenção primária na cobertura dos problemas é insuficiente. Embora as normas para esta proporção devessem ser facilmente obtidas a partir de uma variedade de planos centros de saúde, existem poucos dados de referência. Estimativas sintéticas sugerem que não mais do que um quarto dos indivíduos em uma população deveria necessitar de serviços clínicos, além daqueles oferecidos pela atenção primária em um ano. Estas estimativas são baseadas em suposições quanto à proporção de pacientes (ou pessoas na população) que tenham distúrbios incomuns ou complicações incomuns de distúrbios (e que, portanto, seria esperado que necessitassem de atenção de especialistas) e a proporção de pacientes que necessitam de encaminhamento de curta duração para fins de prestação de orientações por médicos de atenção primária ou intervenções de curta duração que exigem habilidades de especialistas (como uma cirurgia maior ou investigações e procedimentos laboratoriais complexos). Países, áreas geográficas dentro de países ou populações em diferentes unidades de saúde ou centros de saúde que variam grandemente na proporção de indivíduos examinados por especialistas deveriam realizar sem demora investigações para determinar se este é um resultado de maiores necessidades de saúde ou de integralidade inadequada da atenção primária. Os motivos para esta inadequação podem estar em um treinamento insuficiente dos profissionais, cargas excessivas de pacientes que levam a um tempo inadequado para lidar com determinados tipos de problemas, recursos inadequados para lidar com eles ou incentivos errados para encaminhar individualmente ou em combinação.

Outros métodos para avaliação da integralidade dos serviços oferecidos estão apresentados no Capítulo 13, no contexto das avaliações da atenção primária em geral.

O QUE SABEMOS A RESPEITO DA OBTENÇÃO DA INTEGRALIDADE

Um neurologista que conheço é freqüentemente questionado pelos pacientes se ele pode assegurar que está tudo bem com seus exames cardíacos, “enquanto ele está preocupado com outras coisas”. Ele responde, “Claro, se você me lembrar onde fica seu coração.”

Dr. K., pediatra residente

A integralidade foi avaliada de duas formas. Em alguns estudos, foi averiguada a disponibilidade de uma *variedade* de serviços, enquanto em outros foi determinada a *extensão* em que os serviços necessários foram prestados.

Existem poucas informações que fornecem uma base para decidir o que pode ser adequadamente diagnosticado e manejado pelo médico de atenção primária e o que requer encaminhamentos para outros níveis de atenção. Alguns tipos de encaminhamento são de curta duração e objetivam principalmente receber aconselhamento, orientação ou um segundo parecer. Lawrence e Dorsey (1976) categorizaram estes motivos para encaminhamento como segue:

1. Uma necessidade de um diagnóstico especializado ou procedimento de tratamento que o médico de atenção primária não oferece. Estes tipos de encaminhamento são caracterizados por uma percepção relativamente clara, por parte do paciente, do médico de atenção primária e do médico especialista em relação ao que deve ser feito; a duração do encaminhamento é breve e o paciente nunca deixa a área do médico de atenção primária.
2. Confirmação para o paciente ou médico em relação a um segundo parecer em casos em que o paciente ou uma terceira parte pagante tem dúvidas a respeito de um curso de ação sugerido, em que há motivo para suspeitar que os critérios outros que não medicamente justificáveis, possam estar operando como incentivos financeiros ou ameaças

de imperícia ou em que há uma legítima incerteza a respeito de um curso de ação proposto para um problema médico.

3. Para uma avaliação mais extensa ou mais geral, como em situações em que o problema do paciente é complexo e não está claro. Nestas situações, o consultor tem maior probabilidade de tomar mais iniciativa, e o período de consultoria pode ser mais longo do que os dois tipos de motivos para encaminhamento mencionados anteriormente.

Em cada uma destas situações o encaminhamento objetiva a consultoria, o período de encaminhamento é relativamente breve, e há uma clara expectativa de que o paciente retorne ao médico de atenção primária dentro de um período de tempo que pode, geralmente, ser pré-especificado.

Em comparação, alguns tipos de encaminhamento são de prazo relativamente longo e podem envolver uma interrupção significativa ou até mesmo abandono dos papéis por parte dos médicos de atenção primária. Os motivos para este tipo de encaminhamento são dois:

- Para problemas incomuns ou crônicos sérios em que o manejo requer conhecimento técnico presente apenas em centros médicos maiores, em que o envolvimento em pesquisa oferece as informações mais atualizadas a respeito de novas terapias e intervenções.
- Por motivos logísticos, conveniência ou viabilidade, como a disponibilidade de recursos financeiros que paguem por serviços apenas se prestados em tipos específicos de unidades de saúde. Esta categoria de encaminhamentos deveria ser minimizada se for desejável haver uma previsibilidade relativa em um sistema.

Conforme será observado no próximo capítulo, há uma crescente tendência de muitos encaminhamentos manterem um papel para o profissional de atenção primária, mesmo para o manejo de problemas que levaram ao encaminhamento. Assim, existem quatro tipos de encaminhamentos:

1. Consultoria: atenção compartilhada de curta duração
2. Manejo em conjunto: atenção compartilhada de longa duração
3. Transferência temporária: manejo de curta duração
4. Transferência prolongada: transferência de longa duração para manejo.

As indicações para encaminhamento por problemas específicos fazem parte da estrutura básica dos capítulos em alguns livros apenas (por exemplo, Dershewitz, 1988; Stein, 1998). Nestes livros, as indicações especificadas são quase todas relacionadas à presença de determinados sintomas ou sinais, e não à presença de diagnósticos, sugerindo que são feitos mais encaminhamentos para diagnóstico ou aconselhamento terapêutico do que para atenção continuada. Outros vários tipos de indicações também sugerem uma necessidade de consultoria de curta duração ao invés de encaminhamento de longa duração. Estão incluídos confirmação ou diagnóstico; esclarecimento da etiologia; avaliação de rotina que exige habilidades especializadas como monitoramento, serviços sociais ou terapia de apoio; e aconselhamento sobre dosagens de medicamentos. Outro tipo de indicação, problemas refratários ou recorrentes, poderia exigir tanto um encaminhamento de longa duração como uma consultoria de curta duração, dependendo do problema e da estratégia de manejo.

Muito pouco é sabido a respeito das freqüências relativas de encaminhamentos por diferentes tipos de motivos. Um estudo de 1.041 consultas relatadas por 40 médicos de família forneceu algumas informações a respeito desta questão; 90% das consultas foram manejadas no estabelecimento de atenção primária, 7% foram categorizadas como atenção “compartilhada” na qual apenas uma consultoria foi solicitada e 3% foram encaminhamentos para atendimento de “apoio” (encaminhamento) (Taylor, 1981). Mas este foi um estudo relativamente pequeno de um grupo não representativo de médicos de atenção primária. Vários estudos nacionais grandes nos Estados Unidos, em andamento durante a produção deste livro, devem lançar uma nova luz sobre estes aspectos importantes da atenção primária.

Alguns exemplos da avaliação da integralidade estão relacionados abaixo. Alguns utilizam a disponibilidade da variedade de serviços, enquanto outros usam a extensão na qual os serviços são prestados. Todos os estudos usam a abordagem empírica em vez da normativa.

1. Em um estudo baseado em unidades de saúde de uma amostra representativa de profissionais em uma grande cidade norte-americana, foi determinada a proporção de unidades que foram capazes de prestar amplos serviços a seus pacientes habituais. Os serviços foram sigmoidoscopia, eletrocardiograma, audiometria, exame pélvico, biópsia superficial, suturas menores, tonometria, testes de função pulmonar, determinação sanguínea de hematócrito/hemoglobina, consultas de aconselhamento com mais de 45 minutos, imunizações e exame físico completo. A partir de seis das medidas acima, foi criado um índice de integralidade. Internistas, pediatras e médicos de família foram melhor classificados, ou ofereceram maior integralidade, conforme o índice; psiquiatras e cirurgiões subspecializados tiveram a classificação mais baixa; e outros tipos de especialistas foram intermediários. A variabilidade relativamente alta para subspecialistas médicos indicou a grande variabilidade na obtenção de integralidade por estes tipos de médicos (Weiner, 1981; Weiner e Starfield, 1983).
2. Dados nacionais derivados de diários de consultas mantidos pelos médicos (como na Pesquisa Nacional de Atenção Médica Ambulatorial) foram usados para avaliar a variedade de serviços prestados por vários tipos de médicos. Um destes estudos (Starfield *et al.*, 1984) averiguou a distribuição de todas as consultas feitas por crianças, incluindo adolescentes, de acordo com o tipo de médico. Revelou o seguinte:
 - Enquanto cerca de um terço de todas as consultas de pacientes ambulatoriais feitas por crianças foram com pediatras, apenas cerca de uma em oito consultas para cirurgia menor foram feitas com eles.

- Médicos de família e generalistas, por outro lado, tiveram aproximadamente a mesma proporção de consultas pediátricas para cirurgias menores que a proporção de crianças que examinaram para problemas em geral, sugerindo que são mais integrais em sua atenção, pelo menos no que se refere à realização de cirurgias menores.
- Pediatras também foram sub-representados em relação ao tratamento de problemas psicológicos; prestaram menos de um quinto dos atendimentos para estes problemas, embora fossem a fonte habitual de atenção para mais de um terço das crianças.
- Médicos de família e generalistas, por outro lado, prestaram aproximadamente a mesma proporção de atendimentos para problemas psicológicos pediátricos que a proporção de profissionais que eram a fonte habitual.

Estes achados sugerem que os generalistas podem fornecer atenção com maior integralidade diretamente às crianças do que os pediatras, que enfocam, de forma relativamente forte, a atenção preventiva e a atenção para doenças médicas. A confirmação adicional da crença de que existe uma maior integralidade na unidade de família deriva do achado que tanto os médicos de família quanto os generalistas examinaram, relativamente, mais pessoas jovens por problemas obstétricos, bem como por problemas ambientais e econômicos.

Um estudo mais recente utilizando dados da Pesquisa Nacional de Atenção Médica Ambulatorial de 1985 a 1992 examinou os relatos dos encaminhamentos feitos para internistas, médicos de família e generalistas durante as consultas com adultos. Análises de regressão revelaram que ser um paciente do sexo masculino (exceto em unidades de HMO); ter menos medicamentos prescritos, um novo problema (nunca ter sido examinado antes pelo problema), consultas mais longas ou menos concentração do médico

em tipos específicos de diagnósticos; e ser uma médica, enfim *todos* estes itens aumentaram, de forma independente, a probabilidade de encaminhamento. Além disso, as unidades de saúde com uma proporção maior de pacientes de HMO tiveram taxas mais altas de encaminhamento, mesmo quando os pacientes de HMO foram removidos da análise. Assim, mesmo os pacientes que eram capazes de procurar um encaminhamento por si próprios devido à não exigência de uma “porta de entrada” tinham maior probabilidade de ser encaminhados se estivessem em unidades com uma grande proporção de pacientes de HMO. Entretanto, deveria ser observado que as HMOs durante o tempo do estudo eram diferentes das organizações de gerenciada mais comuns durante a década corrente, que, sem dúvida, impôs mais desincentivos e barreiras ao encaminhamento do que era o caso no período anterior (Franks e Clancy, 1997).

3. Um estudo, baseado nas unidades de saúde de uma amostra nacional de graduados recentes de residências de medicina interna e medicina de família atualmente trabalhando em consultório, usou questionários e diários de todas as consultas com pacientes por 3 dias. Os médicos de família tiveram, relativamente, mais pacientes com distensões e luxações e relativamente mais pacientes com problemas psicossociais. Eles examinaram mais de três vezes o número de pacientes adultos com trauma e muito mais pacientes para consultas de pré e pós-natal do que os internistas. Estes últimos examinaram mais pacientes por doenças crônicas, principalmente pacientes jovens e de meia-idade (Cherkin *et al.*, 1986). Estes achados sugerem que os médicos de família prestam uma variedade maior de tipos de atendimento do que os internistas generalistas, cujo enfoque é relativamente maior sobre o manejo de doenças médicas crônicas.
4. Um estudo baseado em unidades de saúde, realizado em cinco tipos de unidades de saúde em diferentes áreas

geográficas, descobriu taxas muito discrepantes de diagnóstico de determinados tipos de problemas entre crianças (Starfield *et al.*, 1980). As taxas de diagnóstico de problemas psicossociais variaram de 5% a 15% sem nenhuma consistência pelo tipo de unidade. A variabilidade entre as unidades de dois grupos multiespecializados foi tão grande quanto aquela entre os grupos multiespecializados, o grupo pediátrico e a medicina de família. Entretanto, as taxas de diagnóstico de problemas psicossomáticos, todos dos quais tiveram uma manifestação somática, foi altamente consistente (cerca de 9%). Estes achados sugeriram que a integralidade, pelo menos como as unidades de saúde lidavam com problemas psicossociais em crianças, variou nas unidades de saúde, provavelmente como resultado de fatores outros que não o tipo de organização ou especialidade de atenção primária. Um estudo de adultos em vários tipos de unidades de saúde de atenção à saúde em três cidades norte-americanas alcançou conclusões similares. Um exame diagnóstico padrão para distúrbio depressivo foi realizado com os pais, e os resultados foram comparados com os formulários de relato de consulta preenchidos pelos médicos que viram os pacientes para o problema sob atendimento. Apenas cerca de metade de todos os pacientes deprimidos examinados por seu internista tiveram sua depressão diagnosticada; a proporção variou de 46% a 51%, dependendo do tipo de unidade de saúde (Wells *et al.*, 1989).

5. Em um estudo comparando unidades de grupo pré-pago com unidades com pagamento por serviço, 1.580 adultos e crianças foram aleatoriamente indicados para receber atenção sem cobrança de encargos tanto por um médico de escolha do paciente que cobre por serviço ou uma unidade de grupo pré-pago. Os pacientes que receberam seu atendimento pela unidade de grupo pré-pago tiveram taxas mais altas de atenção preventiva do que os pacientes que receberam atenção do

médico pago por taxa por serviço. Este estudo indicou que a integralidade, pelo menos como está refletida na atenção preventiva, pode diferir de acordo com o tipo de organização na qual a atenção é recebida (Manning *et al.*, 1984).

6. Em um estudo, baseado nas unidades de saúde, sobre quanto das diretrizes profissionais para procedimentos de prevenção foi atendido mostrou que não havia diferença consistente entre generalistas (médicos de família e internistas gerais) e internistas subespecializados. Entretanto, os pacientes que passaram por um exame físico completo apresentaram maior probabilidade de ter recebido os procedimentos indicados. O determinante mais marcante foi o grau de importância que o médico atribuía ao procedimento. Pacientes cujos médicos acreditavam que o procedimento era importante tinham maior probabilidade de tê-los realizado. Este estudo indica a importância dos padrões de prática profissional individual na obtenção da integralidade da atenção em situações em que não existem mecanismos específicos dentro da unidade de saúde para garantir a realização dos procedimentos indicados (Dietrich e Goldberg, 1984).

Tanto adultos quanto crianças que consultam mais têm mais probabilidade de receber os procedimentos preventivos indicados (Benson *et al.*, 1984; Fontana *et al.*, 1997). Entretanto, aqueles com uma doença sintomática crônica comum, especialmente aqueles que relatam más condições, têm menos probabilidade do que os indivíduos em comparação de receber uma ampla variedade de procedimentos preventivos indicados, pelo menos de acordo com um estudo de mais de 4.000 adultos com idades entre 52 e 64 anos atendidos por 42 unidades de grupo de atenção primária (Fontana *et al.*, 1997). Ou seja, a integralidade parece ser prejudicada quando um profissional de atenção primária enfatiza o manejo de uma doença, e não as necessidades do paciente como um todo.

A adesão às diretrizes para a integralidade não pode ser presumida. Por este motivo algumas unidades médicas de saúde

adotaram sistemas computadorizados para lembrar os médicos que determinados procedimentos são indicados para pacientes individuais. Para melhorar ainda mais a realização destes procedimentos, podem ser entregues cartões-postais carimbados endereçados aos pacientes ao médico com os lembretes. Uma melhor adesão às diretrizes ocorre quando estes mecanismos são colocados em ação (Schoenbaum, 1990).

Um estudo da atenção prestada a 10.608 adultos de grupos de 60 médicos de família, 245 internistas gerais e 55 internistas subspecializados indicou que havia muito poucas diferenças, embora estatisticamente significativas, na integralidade medida pelo recebimento de serviços preventivos ou promotores de saúde, com os internistas gerais apresentando um desempenho discretamente melhor. Os escores para os primeiros foram 84,1 e 86,6, respectivamente, sendo 47,1 e 49,0 para os últimos (em uma escala de 0-100) (Grumbach *et al.*, 1998).

Um estudo de todos os pediatras no estado do Texas (Feigin *et al.*, 1996) averiguou a freqüência com a qual os procedimentos selecionados foram realizados em um ano. A Tabela 10.5 relaciona estes procedimentos de acordo com o fato de serem comuns nas unidades de pediatria (estabelecidos em duas vezes por mês como suposição arbitrária de que esta freqüência seria necessária para manter uma competência razoável) e de que houve diferenças significativas nas taxas de realização em áreas rurais (onde a disponibilidade de especialistas para realizar os serviços necessários pode ser limitada) *versus* áreas urbanas.

Os achados mostraram que a disponibilidade de outros especialistas determina a integralidade das unidades de atenção primária. Em nenhum caso os pediatras apresentaram maior probabilidade de realizar um procedimento em uma área urbana. Os achados também levantam a questão se alguns pediatras (particularmente aqueles nas áreas rurais) estariam realizando os procedimentos que agora estão realizando, considerando a baixa freqüência com a qual são necessários. Ou seja, pode ser que a má distribuição de especialistas não esteja apenas comprometendo a integralidade da atenção primária, mas também está resultando em um potencial para uma qualidade ruim da atenção em algumas unidades de atenção primária.

Tabela 10.5
Procedimentos comuns e incomuns na unidade pediátrica

Procedimentos comuns com uma probabilidade significativamente maior de realização em áreas rurais Cateterização da bexiga Debridamento de queimaduras de segundo grau Entubação endotraqueal
Procedimentos incomuns com uma probabilidade significativamente maior de realização em áreas rurais a. mais de 75% dos pediatras realizam o procedimento Cultura sanguínea Debridamento/tratamento de queimaduras de terceiro grau Drenagem de gases arteriais Tratamento de fraturas claviculares b. menos de 75% dos pediatras realizam o procedimento Aspiração de medula óssea Inserção de tubo torácico Tratamento de fraturas digitais Toracentese
Procedimentos incomuns com igual probabilidade de realização em áreas rurais e urbanas Artrocentese (poucos pediatras a realizam) Drenagem de hematoma subungual (poucos pediatras a realizam) Debridamento de ferimentos (a maioria dos pediatras o realizam)
Procedimentos comuns com igual probabilidade de realização em áreas rurais e urbanas Punção lombar
Procedimentos comuns com maior probabilidade de realização em áreas rurais Cateterização arterial umbilical Cateterização venosa umbilical Redução venosa

Fonte: Feigin *et al.* (1996)

Um estudo de 161 unidades gerais selecionadas aleatoriamente das 5.825 unidades nos Países Baixos examinou a taxa de encaminhamento para 27 tipos diferentes de procedimentos. A taxa de encaminhamento estava bem abaixo de 50% para 18 dos 27 procedimentos e acima de 80% apenas para 9 deles. Estes profissionais próprios da atenção primária realizavam de mais de 75% das suturas para feridas abertas, lidavam com unhas encravadas e infiltrações de ombro e cotovelo, enfaixe de torção de cotovelo, inserção ou ajuste de dispositivos intra-uterinos, ajuste de pessários, exame de corrimento vaginal, realização de exames diagnósticos para infecções fúngicas de pele e tratamento de úlceras varicosas e por pressão. Realizaram entre metade e três quartos das excisões de cistos sebáceos, excisões de nevos e lipomas cutâneos, incisões de abscessos, drenagem de bursa do joelho e do cotovelo, tratamento

de lesões na córnea, exames de audiometria, remoção de corpos estranhos do ouvido, nariz ou garganta e biópsias de pele. Os procedimentos que ocuparam menos da metade do tempo incluíram punções de hidrocele (6%), tratamento conservador de fraturas (26%), tratamento conservador de dedos do pé, cotovelos e ombros deslocados (39%), drenagem de cisto mamário (2%), proctoscopia (9%), tonometria e fundoscopia (17%), paracentese (1%), exame para infertilidade (6%) e exames para alergia (4%) (Delnoij, 1994).

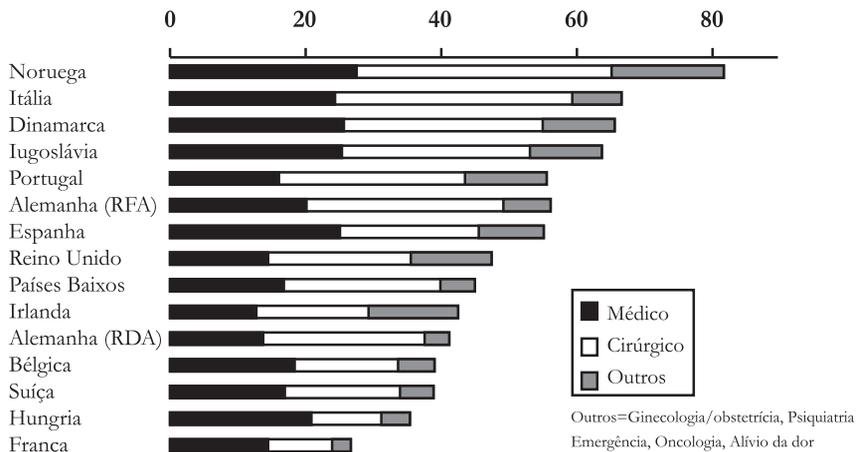
Existem pelo menos algumas evidências de que estimular os médicos de atenção primária a expandir a variedade de serviços que oferecem pode ter o efeito de encorajar os pacientes a buscarem a intervenção quando, de outra forma, não o fariam e quando não é, necessariamente, desejável que o façam. É sabido que a disponibilidade aumentada de equipamentos para exames diagnósticos e intervenções terapêuticas aumenta a taxa de realização de muitos procedimentos acima e além do que seria considerado necessário (Coulter, 1995; Rink *et al.*, 1993).

Assim, a integralidade requer o conhecimento da frequência dos problemas e necessidades na área específica em que as unidades estão localizadas (ver Capítulo 14). Como a educação médica não necessariamente treina os profissionais para a prática em áreas específicas, a educação continuada deve ter a responsabilidade de garantir que a competência seja mantida para os serviços que deveriam ser oferecidos na atenção primária.

Uma comparação internacional de taxas de encaminhamento realizada em unidades de atenção primária (unidade geral de saúde) em 15 países oferece uma evidência indireta das diferenças na integralidade nos diferentes países. A Figura 10.3 indica as diferenças em porcentagens de consultas que resultam em um encaminhamento para um especialista de atenção não primária. No geral, as porcentagens variam de 1,5 em Portugal a 45,7 na Bélgica, com a preponderância de porcentagens entre 5 e 20. Em geral, porcentagens mais altas refletem porcentagens mais altas para especialistas médicos, cirúrgicos e outros tipos, mas há exceções notáveis: a baixa taxa de encaminhamento em Portugal ocorre devido

às baixas taxas de encaminhamento apenas para especialistas médicos; no Reino Unido, os encaminhamentos para outros tipos de especialistas são relativamente altos; na Alemanha, os encaminhamentos para cirurgiões são especialmente altos. Neste estudo, os países com altas taxas de consultas com médicos generalistas também foram países com porcentagens mais altas de consultorias resultado de encaminhamentos, mas esta relação não se manteve para os médicos individuais dentro dos países (Fleming, 1991). Uma limitação na interpretação dos dados, entretanto, é o cálculo das porcentagens baseado nas consultas e não nas pessoas consultadas. Os países com altas taxas de encaminhamento podem ser aqueles países em que os indivíduos realizam menos consultas para atenção primária, enquanto os países com baixas porcentagens de consultas resultando em um encaminhamento também podem ter altas taxas de consultas por pacientes individuais. Quer o caso seja de um ou de ambos, as taxas de encaminhamento para pacientes individuais serão menos variáveis do que parecem nesta comparação.

Figura 10.3
Encaminhamentos por 1000 consultas



Fonte: Fleming (1991).

No norte da Noruega, um terço das pessoas consulta pelo menos com um especialista no período de um ano, em um sistema de atenção à saúde que requer o encaminhamento de um generalista para uma consulta com um especialista em atenção não primária e que não apresenta barreiras financeiras para estas consultas. As áreas com relação médico generalista/população mais alta e aquelas com um hospital tiveram proporções mais altas de pessoas que consultaram com um especialista em atenção não primária; o nível educacional e o problema de saúde mais debilitada estavam, cada um independentemente, associados às taxas mais altas de encaminhamento (Fylkesnes, 1993). Em comparação, um estudo em 183 unidades em Nottinghamshire, Inglaterra, descobriu que 22% dos indivíduos foram encaminhados em um ano: 14% por motivos médicos e 8% por necessidades cirúrgicas (padronizado para proporção de idosos *versus* não idosos na unidade). As taxas de encaminhamento foram mais altas entre as unidades isoladas e em áreas de baixa renda (Hippisley-Cox *et al.*, 1997), demonstrando a necessidade de se considerar a extensão das necessidades de saúde e características sócio-demográficas relacionadas ao interpretar as diferenças nas taxas de encaminhamento.

Nos Países Baixos, as taxas de encaminhamento foram calculadas baseadas na proporção de episódios de atenção primária que resultaram em um encaminhamento a um especialista de atenção não primária. As taxas de encaminhamento caíram de 16% em 1971 para 11% (padronizadas para as mudanças na idade e sexo) em 1994, apesar de um aumento no número de especialistas em atenção não primária; a queda foi mais notável de 1980 a 1985, especialmente no caso de encaminhamentos a especialistas cirúrgicos, que em 1994 abrangiam cerca de metade de todos os encaminhamentos. Estes achados sugerem que a atenção primária pode ter se tornado mais integral neste período de 20 anos naquele país (Van de Lisdonk e Van Weel, 1996).

Um estudo de taxas de encaminhamento entre 121.958 consultas de 242 médicos generalistas na Espanha revelou uma ampla variabilidade que foi associada a várias características de pacientes, de médicos e da unidade. As taxas de encaminhamento mais altas foram encontradas para pacientes do sexo masculino,

médicos acima de 65 anos, médicas, grandes arquivos de pacientes, menor número de consultas por semana, unidade localizada em área urbana, pressão percebida dos pacientes e o *não* trabalhar em uma equipe de atenção primária. A significância estatística do modelo de regressão na predição da taxa de encaminhamento nas práticas foi muito alta (García Olmos *et al.*, 1995).

RESUMO

A Tabela 10.6 resume a natureza da integralidade. A integralidade dos serviços requer que o conteúdo dos serviços seja explícito e que haja o reconhecimento de situações onde sua aplicação seja adequada. Assim, ela deveria ser avaliada através do exame da variedade de serviços disponíveis (um aspecto estrutural) e o reconhecimento das necessidades (um aspecto processual). A variedade de serviços que estão disponíveis deveria consistir de um núcleo que se aplicaria a cada população e serviços adicionais que estariam disponíveis para atender necessidades especiais que são comuns na população atendida. A falha em reconhecer as necessidades e problemas é manifestada através de um subdiagnóstico sistemático dos problemas sabidamente comuns na população de pacientes ou pela evidência de falta de recebimento de serviços indicados naquela população.

A decisão sobre o *locus* apropriado dos serviços não é direta. Para serviços preventivos, a consideração da probabilidade de risco, bem como a natureza dos aspectos organizacionais dos serviços clínicos, influenciam as decisões quanto as vantagens relativas das abordagens de saúde pública *versus* as de medicina clínica.

Estudos baseados em consultórios ou nas unidades de saúde podem oferecer informações referentes ao grau de disponibilidade e de prestação de uma completa variedade de serviços aos pacientes que ali recebem sua atenção, mas não consegue oferecer as informações necessárias para determinar se a unidade de saúde atende às necessidades da população pela qual ela é responsável.

Tabela 10.6
Resumo da integralidade

	Capacidade	Desempenho
Descrição: disponibilidade e prestação de serviços para atender a todas as necessidades da população, exceto as incomuns		
Envolve	Especificação da variedade de serviços disponíveis	Variedade de serviços prestados considerando as necessidades da população
Relacionado ao problema	Sim, baseada na frequência e na distribuição das necessidades	Sim, com base no reconhecimento da frequência e na distribuição das necessidades
Relação pessoal necessária	Não, mas a relação pessoal provavelmente facilita o reconhecimento das necessidades	
Dependente do tempo	Sim, o reconhecimento das necessidades deve ser oportuno, dado aos padrões atuais de atenção	
Medidas específicas	Especificação do pacote de benefícios Amplitude da cobertura da unidade	Pesquisa população/paciente Variedade de diagnósticos realizados* Variedade de serviços cobertos* Porcentagem de pacientes encaminhados*

* Considerando as necessidades da população

A avaliação da adequação da integralidade fica comprometida na ausência de uma terminologia aceita para a especificação das necessidades. Quando não existem padrões bem validados para especificação da variedade de serviços, as diferenças populacionais na frequência de problemas acessíveis à atenção médica servem para identificar a integralidade inadequada.

Embora os médicos de atenção primária, geralmente, prestem atendimento mais integral do que outros especialistas, existem disparidades persistentes na integralidade entre as especialidades de atenção primária, e mesmo dentro delas.

As taxas de encaminhamento variam amplamente, tanto entre países como dentro deles. Isto sugere haver diferenças seja nas necessidades da população, seja na integralidade dos serviços de atenção primária.

A política imperativa relacionada à integralidade envolve as diferenças na extensão do “pacote de benefícios” fornecido por várias seguradoras, governos e organizações de serviços de saúde. No momento, estes benefícios variam amplamente. No futuro, as abordagens que empregam as considerações das necessidades

populacionais, a freqüência destas necessidades na população, a efetividade de vários tipos de intervenções sobre o estado de saúde e nos resultados em saúde, e os custos das intervenções fornecerão uma abordagem mais consistente e racional para definição da variedade de serviços a serem disponibilizados.

REFERÊNCIAS

- ALPHA CENTER. *Program Update*, 10. Washington, DC: Alpha Center, Jun. 1990, p. 9.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Guidelines for Your Family's Health Insurance*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1989.
- BATTISTA, R. et al. Lessons from the eight countries. *Health Policy*, n. 30, p. 397 – 421, 1994.
- BENSON, P. et al. Preventive care and overall use of services: Are they related? *Am J Dis Child*; n. 134, p. 74 – 8, 1984
- BODENHEIMER, T. The Oregon health plan – Lessons for the nation (first of two parts). *N Engl J Med*, n. 337, p. 651 – 5, 1997.
- CHERKIN, D. et al. A comparison of the patients and practices of recent graduates of family practice and general internal medicine residency programs. *Med Care*; n. 24, p. 1136 – 50, 1986.
- COULTER, A. Shifting the balance from secondary to primary care: Needs investment and cultural change. *BMJ*, n. 311, p. 1447 – 8, 1995.
- CRABTREE, B. F. Individual attitudes are no match for complex systems. *J Fam Pract*, v. 44, n. 5, p. 447 – 8, 1997.
- DELNOIJ, D. *Physician Payment and Cost Control*. Utrecht: NIVEL, 1994.
- DERSHEWITZ, R. (Ed.). *Ambulatory Pediatric Care*. 3.ed. Philadelphia: Lippencott-Raven, 1988.
- DIETRICH, A.; GOLDBERG, H. Preventive content of adult primary care: Do generalists and subspecialists differ? *Am J Public Health*, n. 74, p. 223 – 7, 1984.

- EDDY, D. M. Benefit language. Criteria that will improve quality while reducing costs. *JAMA*, n. 275, p. 650 – 7, 1996.
- FEIGIN, R. et al. Practice variations by population: Training significance. *Pediatrics*, n. 98, p. 186 – 90, 1996.
- FLEMING, D. *The European Study of Referrals From Primary to Secondary Care: Report of Project*. Birmingham, England: The Concerted Action Committee of the Committee of Health Services Research for the EEC, 1991.
- FLETCHER, R. et al. Patients' priorities for medical care. *Med Care*, n. 21, p. 234 – 41, 1983.
- FONTANA, S. et al. The delivery of preventive services in primary care practices according to chronic disease status. *Am J Public Health*, n. 87, p. 1190 – 6, 1997.
- FORREST, C. B. *et al.*, no prelo.
- FRANKS, P.; CLANCY, C. Referrals of adult patients from primary care: Demographic disparities and their relationship to HMO insurance. *J Fam Pract*, n. 45, p. 47 – 53, 1997.
- FYLKESNES, K. Determinants to health care utilization – Visits and referrals. *Scand J Soc Med*, n. 21, n. 1, p. 40 – 50, 1993.
- GARCÍA OLMOS, L. et al. Variability in GP's referral rates in Spain. *Fam Pract*, n. 12, p. 159 – 62, 1995.
- GENERAL MEDICAL SERVICES COMMITTEE. Defining core services in general practice – Reclaiming professional control [a discussion paper]. *BMJ*, 1996.
- GROGAN, C. M. Deciding on access and levels of care: A comparison of Canada, Britain, Germany, and the United States. *J Health Polit Policy Law*, v. 17, n. 2, p. 213 – 32, 1992.
- GRUMBACH, K. et al. *Quality of primary care practice in a large HMO according to physician specialty*, 1998. (mimeografado).
- HICKSON, G. et al. First steps in obtaining child health care: Selecting a physician. *Pediatrics*, n. 81, p. 333 – 8, 1988.
- HIPPISLEY-COX, J. et al. The effect of deprivation on variations in general practitioners' referral rates: A cross sectional study of computerized data on new medical and surgical outpatient referrals in Nottinghamshire. *BMJ*, n. 314, p. 1458 – 61, n. 315, p. 884, 1997.

- INSTITUTE OF MEDICINE. *A Manpower Policy for Primary Health Care: A Report of a Study*. Washington, DC: National Academy of Sciences, 1978. (IOM Pub. ; 78 – 02).
- KOHN, R.; WHITE, K. L. *Health Care: An International Study*. London: Oxford University Press, 1976.
- 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.
- MANNING, W. et al. A controlled trial of the prepaid group practice on use of services. *N Engl J Med*, n. 310, p. 1505 – 10, 1984.
- PIERZCHAJLO, R. P. J.; ACKERMANN, R. J.; VOGEL, R. L. Colonoscopy performed by a family physician. A case series of 751 procedures. *J Fam Pract*, n. 44, p. 473 – 80, 1997.
- RIFKIN, S.; WALT, G. Why health improves: Defining the issues concerning “comprehensive primary health care” and “selective primary health care.” *Soc Sci Med*, n. 23, p. 559 – 66, 1986.
- RINK, E. et al. Impact of introducing near patient testing for standard investigations in general practice. *BMJ*, v. 307, n.6907, p. 778 – 8, 1993.
- RIVO, M. L. et al. Defining the generalists physician’s training. *JAMA*, n. 271, p. 1499 – 504, 1994.
- RODEWALD, L. E. et al. Health insurance for low-income working families: Effect on the provision of immunizations to preschoolage children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, n. 151, p. 798 – 803, 1997.
- ROSE, G. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- RUSSELL, L. *Is Prevention Better Than Cure?* Washington, DC: The Brookings Institution, 1986.
- SCHOENBAUM, S. Implementation of preventive services in an HMO practice. *J Gen Intern Med*, n. 5, supl.. p. S123 – 7, 1990.
- SCHORR, G.; NOTTING, P. A population-based assessment of the continuity of ambulatory care. *Med Care*, n. 15, p. 455 – 64, 1977.

SICKLE CELL DISEASE GUIDELINE PANEL. *Sickle Cell Disease: Screening, Diagnosis, Management, and Counseling in Newborns and Infants*. Clinical Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Service, Apr. 1993. (Practice Guidelines No. 6. AHCPR Pub. No. 93-0562).

SILVER, G. *Child Health: America's Future*. Germantown, MD: Aspen Systems Corp., 1978.

SIMPSON, L.; KORENBROT, C.; GREENE, J. Outcomes of enhanced prenatal services for Medicaid-eligible women in public and private settings. *Public Health Rep*, v. 112, n. 2, p. 122 – 32, 1997.

STARFIELD, B. et al. Psychosocial and psychosomatic diagnosis in primary care of children. *Pediatrics*, n. 66, p. 159 – 67, 1980.

_____ et al. Who provides health care to children in the United States? *Pediatrics*, n. 74, p. 991 – 7, 1984.

_____; VIVIER, P. Population and selective (high risk) approaches to prevention in well child care. In: SOLLOWAY, M. R.; BUDETTI, P. P. (Ed.). *Child Health Supervision: Analytical Studies in the Financing, Delivery, and Cost-Effectiveness of Preventive and Health Promotion Services for Infants, Children, and Adolescents*. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health, 1995. p. 274 – 306.

STEIN, J. (Ed.). *International Medicine*. 5.ed. St. Louis: Mosby, 1998.

TALLON JR, Jr. A health policy agenda including the poor. *JAMA*, n. 261, p. 1044, 1989.

TAYLOR RB. Categories of care in family medicine. *Fam Med*, n. 13, p. 7 – 9, 1981.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. *Guide to Clinical Preventive Services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force*. 2.ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins Co., 1996.

VAN DE LISDONK EH, VAN WEEL C. New referrals, a decreasing phenomenon in 1971 – 94: Analysis of registry data in the Netherlands. *BMJ*, n. 313, p. 602, 1996.

WALSH J, WARREN K. Selective primary health care: An interim strategy for developing countries. *N Engl J Med*, n. 301, p. 967 – 74, 1979.

WEINER J. *An Analysis of Office-Based Primary Care in Baltimore City*. Baltimore: 1981. Dissertação (Mestrado) - Johns Hopkins University.

WEINER J, STARFIELD B. Measurement of the primary care roles of office-based physicians. *Am J Public Health*, n. 73, p. 666 – 71, 1983.

WELLS K, et al. Detection of depressive disorders for patients receiving prepaid or fee-for-service care: Results from the medical outcomes study. *JAMA*, n. 262, p. 3298 – 302, 1989.

WILKINS R, ADAMS O. Health expectancy in Canada, late 1970s: Demographic, regional, and social dimensions. *Am J Public Health*, n. 73, p. 1073 – 80, 1983.

WOOLHANDLER S, et al. Medical care and mortality: Racial differences in preventable deaths. *Int J Health Serv*, n. 15, p. 1 – 22, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization, 1978, p. 25.

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

de saúde. Algumas vezes, elas o fazem com o reconhecimento explícito do clínico de atenção primária, por meio dos processos de consultoria e encaminhamento. Em outras ocasiões ou em outras circunstâncias, podem buscar estes serviços por si mesmos (acesso direto ou “auto-encaminhamento”). Além disso, há uma necessidade, dentro da própria atenção primária, de integrar ou coordenar os serviços prestados por diferentes membros da equipe de profissionais.

Apesar do fato de eu o tê-lo avisado, um cirurgião deu a um paciente meu de aproximadamente 250kg sua insulina regular e uma dieta de 2.500 calorias quando ele foi internado para um procedimento cirúrgico eletivo. O paciente entrou em coma a partir de uma hipoglicemia. Eu sabia que o paciente ingeria grandes quantidades de alimento em sua casa (muito mais que 2.500 calorias) e que a quantidade habitual de insulina poderia ser um problema. Seu desjejum normal era um litro de Coca-Cola, 900g de bacon, duas dúzias de ovos e um pacote de pão. Acho que o cirurgião teve problemas em acreditar em mim.

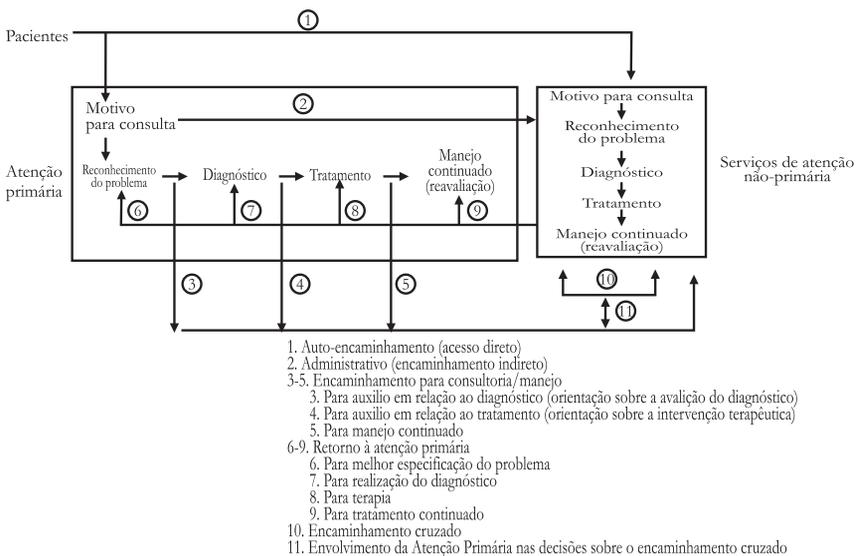
A Figura 11.1 fornece uma representação esquemática dos desafios da coordenação. Retrata a atenção primária em relação à atenção oferecida por especialistas em atenção não-primária. A rota 1 reflete as situações em que os pacientes buscam atendimento diretamente dos outros profissionais. As outras rotas refletem o primeiro contato com a atenção primária e a atenção subsequente por outros tipos de profissionais. A rota 2 indica os encaminhamentos feitos dentro da atenção primária por motivos administrativos, como exigência de certificação; o paciente pode até mesmo não ter sido atendido por um profissional de atenção primária antes do encaminhamento.

A rota 3 mostra os encaminhamentos como resultado da incerteza ou incapacidade do profissional de atenção primária para levar um problema ao diagnóstico, sendo que o encaminhamento é feito com o propósito de obter orientação ou confirmação de outro especialista. A rota 4 ocorre mais à frente no processo da atenção, quando um diagnóstico foi feito mas o aconselhamento, ou segunda

opinião, a respeito da terapia adequada é necessária. A rota 5 ocorre quando os pacientes necessitam de reavaliação e manejo continuados que os profissionais de atenção primária são incapazes de oferecer, seja por falta de recursos, seja por falta de conhecimento para lidar com um problema incomumente complexo ou raro.

As rotas 6 a 9 representam o retorno dos pacientes de outros especialistas para a atenção primária. A rota 6 ocorre quando os especialistas são incapazes de averiguar a natureza do problema do paciente e acreditam que o médico de atenção primária está em uma melhor posição para fazê-lo. Nas rotas 7 e 8, os pacientes são reenviados à atenção primária com orientações sobre como fazer um diagnóstico ou qual tratamento instituir, respectivamente. Na rota 9, o tratamento foi instituído e os pacientes são reenviados à atenção primária para continuação do manejo. Nas rotas 10 e 11, os pacientes são encaminhados de um especialista para outro, sem (rota 10) ou com (rota 11) conhecimento do médico de atenção primária.

Figura 11.1
Desafios da coordenação



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.

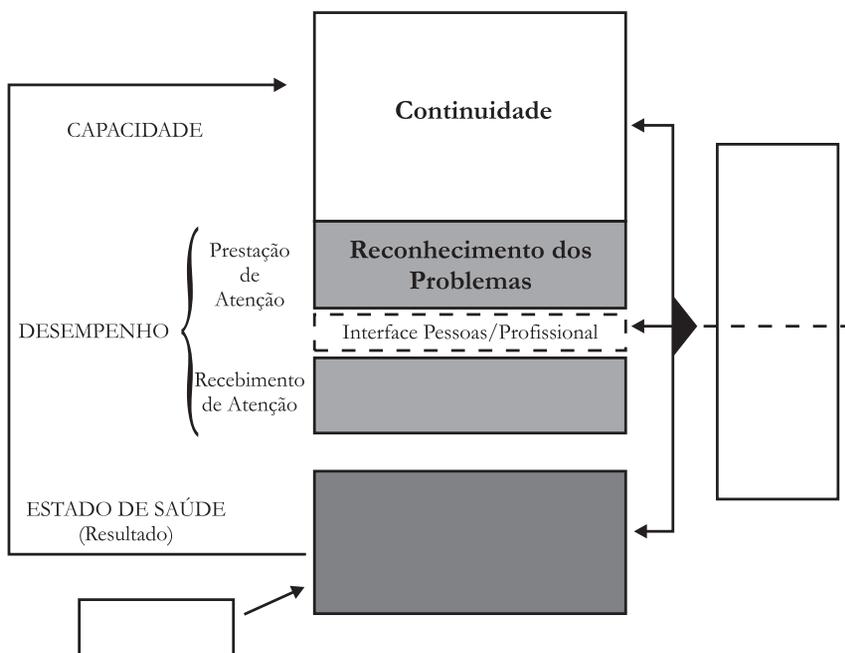
Um de meus pacientes, um senhor idoso, casado, descobriu que tinha câncer no cólon depois de um exame. Ele passou por uma cirurgia, mas desenvolveu metástase nos pulmões cerca de quatro anos mais tarde. O cirurgião disse a ele que não havia muito que pudesse ser feito, e o paciente não queria que muito 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, Coutler *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.



A atenção compartilhada é um meio de melhorar o fluxo de informações do médico de atenção primária para outros especialistas e de volta para aquele. Como é observado a seguir, na seção sobre Implicações Políticas, a atenção compartilhada é um mecanismo cada vez mais usado de intercâmbio de informações a respeito dos pacientes com problemas em andamento. Entretanto, a atenção compartilhada também pode ser usada para melhorar os benefícios dos encaminhamentos de curta duração.

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.

Vários estudos indicam que o reconhecimento de informações a respeito dos pacientes pode ser melhorado por meio do aprimoramento dos mecanismos de continuidade. Por exemplo,

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 eminente 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 orçamentos 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 subespecialistas 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 freqüência). 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, lembrar 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 freqüentemente 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 vêem 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 alcoolistas 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 contatado 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 subsequentemente 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 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.

MEDIÇÃO 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 seqüência 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 seqüência. 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**

	Longitudinalidade	Continuidade	Primeiro contato
Tipo de aspecto	Estrutura/processo	Estrutura	Estrutura/processo
Medido por	Utilização da fonte habitual de atenção ao longo do tempo	Medida de continuidade	Acessibilidade à fonte habitual de atenção e uso desta fonte para cada consulta iniciada pelo paciente
Orientado para o problema?	Não. A essência 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. Específica 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 (Breslau e Reeb, 1975) COC (Bice e Boxerman, 1977) LICON (Steinwachs, 1979) índice “k” (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 seqüência de atenção.
- Continuidade Seqüencial (SECON – *Sequential Continuity*): esta medida é a fração de pares seqüenciais 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 Seqüencial (LISECON – *Likelihood of Sequential Continuity*): esta medida é a probabilidade de que a SECON (continuidade seqüencial) seja maior do que ocorreria se a distribuição de profissionais nas consultas seqüenciais 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 subseqüentes 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 avalie, 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 planejasse 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 encaminhou era uma política do centro médico e foi alcançado 100% das vezes. Entretanto, as comunicações subseqüentes 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 encaminhou 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 frequência, 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 hospitalares
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 subseqüentes 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 (Raddish *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 manejada foram encaminhados mais freqüentemente a um especialista desconhecido, que os pacientes falaram pessoalmente menos vezes com o especialista e que enviaram um resumo escrito a especialistas com menor freqüência (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. Freqüentemente 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).
- BELAND, 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, HL. 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, EV. et al. An evaluation of four telemedicine systems for primary care. *Health Serv Res*, n. 1, p. 19 – 25, 1977.
- EJLERTSSON, 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 specialty*, 1998. (mimeografado).
- HAIKIO, J-P.; LINDEN, K.; KVIST, 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 Speciality 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.; GILMOUR, 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, v. 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.

IV

Pacientes e Populações



12. QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA VISÃO CLÍNICA

Os sistemas sociais devem ser responsáveis por seu desempenho. No sistema de saúde, esta responsabilidade leva a forma da garantia de qualidade. Este capítulo descreve os métodos para avaliar e garantir a qualidade da atenção em estabelecimentos de atenção primária.

O QUE SIGNIFICA “QUALIDADE DA ATENÇÃO”?

No contexto da otimização da efetividade e equidade, a qualidade da atenção significa quanto às necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde. Assim, os serviços de alta qualidade levam em consideração a consciência dos problemas de saúde na população, bem como as características populacionais e subpopulacionais que geram ameaças, bem como o potencial para a saúde no futuro. Os serviços de saúde de alta qualidade estão preocupados não somente com a adequação dos serviços para o diagnóstico e manejo de doenças, mas também com a adequação dos serviços que previnem doenças futuras e promovem melhoras na saúde. Obviamente, a qualidade da atenção é uma questão para todos os níveis dos serviços de saúde, incluindo os serviços de emergência e a atenção especializada.

Este capítulo trata das questões especialmente relevantes para a atenção primária.*

O termo *qualidade* também tem sido usado em um sentido amplo para refletir não apenas a qualidade da atenção conforme definida acima, mas também a satisfação com os serviços, os custos da atenção, a qualificação do pessoal dos serviços de saúde, a segurança e aparência agradável das unidades de saúde em que os serviços são fornecidos, e a adequação dos equipamentos (como nos laboratórios) que contribuem para a prestação dos serviços.

F.S., o avô de minha esposa, recebia atendimento de alta qualidade. Seu médico tirou três dias para viajar com ele a uma clínica conhecida para o diagnóstico e tratamento. Embora ele tenha falecido logo após a viagem, suas expectativas foram atendidas. Ele tinha confiado que a atenção médica faria o melhor possível, teve evidências de que tentaram e aceitou os resultados. O que era adequado foi decidido por seu médico sem questionamento de qualquer pessoa. Quanto mais, melhor.

R.H. 1996

A satisfação com os serviços não é, em si, uma medida da qualidade da atenção conforme foi definida acima. Entretanto, ela pode estar indiretamente relacionada com a qualidade, porque pode influenciar a busca de determinados tipos de serviços que influenciam o estado de saúde. Similarmente, os custos da atenção estão indiretamente relacionados à qualidade porque influenciam quais serviços podem ser custeados. Como os recursos financeiros disponíveis para os serviços de saúde não são ilimitados, mesmo em países ricos, o dinheiro gasto em serviços menos efetivos ou em serviços para as populações menos necessitadas deixa menos dinheiro disponível para serviços mais efetivos, especialmente populações que

* Na verdade, pouco se sabe a respeito da qualidade da atenção por consultoria e por encaminhamento a partir do ponto de vista de sua organização, suas atividades ou sua resposta às necessidades dos pacientes.

mais precisam deles. Assim, os custos da atenção estão fortemente relacionados às iniquidades na distribuição da efetividade dos serviços de saúde de acordo com a “lei de atenção inversa”, pela qual aqueles que menos necessitam recebem mais serviços (Hart, 1971).

A qualidade da atenção pode ser vista tanto de uma perspectiva populacional como de uma perspectiva clínica (ou seja, individual). A partir de uma perspectiva clínica, a preocupação está centrada no impacto dos profissionais individuais, ou grupos de profissionais, sobre a saúde de seus pacientes. Vista a partir de uma perspectiva populacional, a preocupação está centrada no impacto dos sistemas de saúde da população e sobre a redução das disparidades na saúde entre os subgrupos populacionais. Como a organização e a prestação de serviços de saúde mudaram com o tempo de um enfoque sobre os pacientes para um ponto de vista sobre populações definidas e, em alguns países, para focar a população como um todo, os limites entre a qualidade vista clinicamente e a qualidade observada do ponto de vista da população tornaram-se menos distintos. Apesar disso, o âmbito da preocupação da medição da qualidade difere de acordo com a perspectiva. Este capítulo trata do assunto da qualidade da atenção primária vista clinicamente; o capítulo 13 trata do assunto a partir da perspectiva populacional. A Figura 2.1 informa a escolha dos assuntos tratados nas duas abordagens; na perspectiva clínica, os pacientes é que são enfocados, enquanto na populacional, o interesse recai sobre todas as pessoas.

O Dr. S. estava dando uma aula para uma classe de alunos calouros de medicina a respeito do assunto da qualidade da atenção. Na metade da aula, um aluno no fundo da sala levantou a mão e disse: “Dr. S., não sei por que precisamos de uma aula a respeito da qualidade da atenção. Em primeiro lugar, tivemos que ser muito inteligentes para entrar na faculdade de medicina e todos nós devemos estar entre os melhores para termos sido aceitos por *esta* faculdade de medicina, que é a melhor do país. Não acredito que haja qualquer dúvida de que a atenção que prestaremos será de alta qualidade, então por que precisamos de uma aula a respeito da qualidade da atenção?”

ABORDAGENS INICIAIS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO NO SETOR AMBULATORIAL

Historicamente, os esforços para garantir a qualidade da atenção começaram no hospital. Conforme a base científica da prática médica se desenvolvia, a adequação do treinamento do médico tornou-se uma questão. No início do século XX, reformas instigadas por Flexner, nos Estados Unidos, transformaram a educação no foco das atividades que tinham o objetivo de melhorar a qualidade da prática médica. Na primeira metade do século, as únicas tentativas sistemáticas de melhorar a qualidade da atenção consistiram no credenciamento das faculdades de medicina e na instituição de exigências estaduais de que os graduados fossem aprovados por um exame padrão antes de serem licenciados. Codman, um cirurgião em Massachusetts, defendeu a avaliação dos “resultados finais” da atenção hospitalar por meio do exame do que ocorreu aos pacientes depois que tiveram alta. Rejeitada por seus colaboradores, esta abordagem permaneceu adormecida por mais de 50 anos até que reviveu, assim como o movimento dos “resultados”, nas últimas décadas do século XX.

Na metade do século, o interesse na qualidade da atenção reviveu, mas enfocava, basicamente, a atenção aos pacientes internados. Lembcke (1956), por exemplo, usou a literatura médica para definir a “boa atenção” para os diagnósticos selecionados e desenvolveu uma lista de critérios para avaliação da atenção a pacientes com informações no prontuário médico. Ele propôs que todos os hospitais mantivessem uma auditoria interna com base nos critérios da literatura. Mais tarde a *Joint Commission on the Accreditation of Hospitals* exigiu que, como uma condição para a acreditação, os hospitais tivessem comitês para realizar auditorias internas, mas não especificou o que deveria ser auditado nem exigiu que as deficiências fossem corrigidas.

O uso que Cochrane fez da nova técnica do estudo clínico controlado aleatório (1972) desencadeou o potencial para a avaliação da eficácia das intervenções baseadas em evidências científicas.

Nos anos 60, o interesse se voltou para a avaliação da qualidade na atenção ambulatorial porque, nos Estados Unidos pelo menos, os órgãos públicos responsáveis (governamentais) começaram a pagar por esta atenção para determinados subgrupos populacionais. A garantia da qualidade da atenção é um desafio mais no ambiente ambulatorial do que no ambiente de pacientes hospitalizados (Palmer, 1988). Uma hospitalização é um “episódio” claro para o qual existe um motivo definível e que tem um ponto de entrada e um ponto final claro quando os resultados da hospitalização podem ser descritos. O resultado é mais claramente definido; os pacientes morrem ou recebem alta, e sua condição no momento da alta é relativamente fácil de descrever. No ambiente ambulatorial, o “produto” é difícil de definir e até mesmo mais difícil de medir.

Na atenção primária, muitos problemas dos pacientes são tão pouco entendidos que a natureza de seu curso ou progressão é desconhecida. Portanto, é difícil determinar que mudanças nas condições dos pacientes resultam da terapia e quais teriam ocorrido ao longo do tempo sem tratamento. Em comparação com a atenção aos pacientes internados, o contato com os pacientes é limitado a poucos minutos em intervalos infreqüentes. Portanto, a equipe de saúde é menos capaz de observar as mudanças na doença e tem menos controle sobre o manejo do tratamento do que no ambiente de pacientes internados. A unidade de atenção, freqüentemente, não é definível. Muitos problemas de saúde têm um aparecimento indeterminado, e os médicos de atenção primária encontram as doenças em diferentes estágios, em diferentes pacientes. Além disso, a resolução dos problemas de saúde, na maioria das vezes, é gradual, sem um ponto final claro, e alguns problemas nem são resolvidos, mas ao invés disso passam por períodos de progressão e remissão. O tempo, e não a consulta, é uma unidade de análise mais útil para a garantia da qualidade na atenção ambulatorial do que na atenção a pacientes internados, embora o período adequado de tempo possa ser difícil de especificar. As medidas de resultado que enfocam os níveis de incapacitação e mobilidade, bem como o funcionamento físico e mental, são, pelo menos, tão importantes

quanto a resolução da enfermidade e a melhora na manifestação biológica da doença. As medidas que não dependem de diagnósticos específicos fazem parte do arsenal porque a atenção primária considera a pessoa em primeiro lugar e a doença na medida de sua influência sobre a pessoa apenas.

Os ambientes de atenção ambulatorial são muito mais isolados da influência de colegas do que aqueles dentro do hospital, de forma que os problemas de qualidade podem ser mais crônicos e mais arraigados do que seria esperado para os médicos que trabalham em hospitais. Além disso, os sistemas de dados ambulatoriais não estão tão bem desenvolvidos quanto aqueles da atenção hospitalar, apesar dos importantes avanços que ocorreram recentemente. Os prontuários médicos ambulatoriais são, geralmente, muito menos acessíveis e menos completos do que os prontuários hospitalares.

Estas diferenças na atenção ambulatorial complicam os desafios da garantia de qualidade; são necessárias abordagens diferentes daquelas utilizadas em hospitais. Na atenção primária os desafios são ainda maiores. A função da atenção primária é, algumas vezes, curar, mas, mais freqüentemente é cuidar dos pacientes até que seus problemas sejam resolvidos, estabilizados ou pelo menos parem de progredir. Em qualquer caso, ou mesmo quando nenhum deles é possível, fazer com que os pacientes se sintam confortáveis e capazes de funcionar até os limites de sua capacidade desafia o profissional de atenção primária.

MÉTODOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO AMBULATORIAL: UMA CRONOLOGIA

As primeiras abordagens para avaliação da qualidade da atenção dependiam grandemente dos prontuários médicos; elas também enfocavam, basicamente, a atenção aos pacientes internados, provavelmente por estes prontuários serem mais acessíveis e de formato mais padronizado do que os da atenção

ambulatorial. As técnicas usadas pelos primeiros investigadores, entretanto, são igualmente aplicáveis na atenção primária. Uma técnica usa os “perfis da atenção” nos quais as informações a respeito de várias características, como diagnóstico, operações, exames laboratoriais e consultas são abstraídas dos prontuários médicos e usadas para comparar os hospitais em determinada área (Eisele *et al.*, 1956). Outra técnica, a auditoria médica, conta com o desenvolvimento *a priori* de critérios para a boa atenção.

Quando foi instituído o financiamento governamental para determinados segmentos da população nos Estados Unidos nos anos 60, foram decretadas auditorias de prontuários médicos para os programas de serviço de atenção ambulatorial financiados pelo governo, e os programas de demonstração receberam apoio para desenvolverem os procedimentos (Morehead e Donaldson, 1974). No todo, os procedimentos de auditoria médica foram empregados, embora a escolha dos diagnósticos diferisse daqueles usados para a atenção a pacientes internados; as metas comuns para as auditorias médicas incluíam a atenção a bebês e crianças saudáveis, reconhecimento e o manejo de anemia ferropriva e asma em crianças, hipertensão, diabetes e úlcera péptica em adultos; gestações de alto risco na obstetrícia; e doença inflamatória pélvica ou sintomas de menopausa na ginecologia. Aspectos que foram cuidadosamente verificados incluíam diagnósticos justificáveis, os componentes do exame físico, estudos laboratoriais ou radiografias indicados, aceitabilidade da terapia e procedimentos e consultas de acompanhamento.

Payne *et al.* (1984) utilizaram uma técnica similar nos estudos da qualidade da atenção em cinco tipos diferentes de unidades de saúde, que incluíam ginecologia, medicina de família, medicina interna e pediatria. As cinco unidades eram de consultórios individuais, duas clínicas de ensino universitário, uma unidade de grupo multiespecializado de taxa por serviço e uma unidade de grupo multiespecializado (capacitado) pré-pago. Foram escolhidas dez condições para revisão: exames médicos periódicos em adultos, exame ginecológico periódico, exame médico pediátrico periódico, uso terapêutico de medicamentos com efeitos colaterais importantes,

anemia, hipertensão, doença cardíaca crônica, vulvovaginite, infecções aguda e crônica do trato urinário. Os critérios para o bom desempenho foram estabelecidos por médicos representantes dos cinco locais. Estes estudos mostraram que (1) os especialistas tiveram melhor desempenho, mas apenas em sua área especializada de treinamento, (2) médicos mais jovens tiveram melhor desempenho, e (3) a titulação não estava consistentemente relacionada ao bom desempenho. Um estudo mais recente das unidades de atendimento no Canadá confirmou a importância do treinamento de residência em medicina de família no alcance da boa qualidade de atenção avaliada por auditoria de prontuários médicos (tabulação adequada, atividades preventivas, procedimentos de avaliação e prescrição de medicamentos) (Borgiel *et al.*, 1989).

A técnica de estagiamento (Gonella *et al.*, 1984) fornece um método para caracterizar as enfermidades de acordo com seu grau de progressão; quanto mais avançado o estágio, presume-se que menos adequada foi a atenção anterior. As avaliações a respeito da adequação da atenção são relativas, dependendo da comparação dos estágios da enfermidade observados em uma unidade com aqueles observados em outra (Gonella *et al.*, 1977).

A abordagem do algoritmo (Greenfield *et al.*, 1981) é outra técnica adaptada para a avaliação do exame e manejo dos problemas, bem como de outros aspectos da atenção. Em comparação com outros métodos, a abordagem do algoritmo começa com o problema do paciente, e não com o diagnóstico. Os fluxogramas iniciam-se com um problema do paciente (como dor de cabeça) e consistem de uma série de ramificações dependendo de como as questões subseqüentes do histórico e exame médico do paciente são respondidas.

Na cidade de Nova York, várias unidades hospitalares para pacientes não internados incorporam esta abordagem na atenção continuada. O uso destas orientações especificadas para o diagnóstico e manejo de crianças com problemas respiratórios, otite média aguda, asma e gastroenterite resulta em uma melhor documentação no prontuário médico, menos procedimentos laboratoriais não indicados, mais prescrições adequadas de

antibióticos e gastos reduzidos para os serviços em geral. A melhora no manejo, medida pela resolução mais rápida e mais completa dos sintomas na unidade, também foi demonstrada, pelo menos para asma (Cook e Heidt, 1988).

Em outra abordagem, o método do *marcador* (Kessner *et al.*, 1973), os pacientes são escolhidos a partir de pesquisas comunitárias para detectar indivíduos com determinados tipos de problemas. Seu médico ou médicos são identificados e seu processo de atendimento é seguido para determinar o reconhecimento, diagnóstico e terapia do problema, bem como o acompanhamento. Embora este método seja muito caro e pouco prático para uso rotineiro, poderia ser utilizado baseado numa amostra em combinação com outras pesquisas, como a Pesquisa Nacional de Entrevista de Saúde (*National Health Interview Survey*) em andamento. Dessa forma, os custos dos pacientes inicialmente identificados com problemas poderiam ser previstos, deixando apenas os custos do acompanhamento.

Uma abordagem similar foi usada em uma grande reserva indígena nativa no Arizona (Nutting *et al.*, 1981, 1982). O processo da atenção para cada uma das nove condições foi traçado a partir de sua prevalência na comunidade em relação a seleção de procedimentos, avaliação do diagnóstico, tratamento e monitoramento, além da instituição do manejo continuado, quando necessário. Nem todas as condições foram adequadas para a vigilância em cada estágio; por exemplo, apenas o manejo contínuo foi útil para os distúrbios convulsivos. Para a maioria das condições (hipertensão, atenção pré-natal, atenção a bebês, incluindo imunizações, lacerações, faringite estreptocócica e gonorréia) pelo menos três fases de atenção puderam ser avaliadas. Foram observadas as diferenças sistemáticas no desempenho entre diferentes unidades de serviço de saúde na reserva.

A vantagem dos métodos marcadores é sua aplicabilidade às populações, em vez de apenas os pacientes em uma unidade de saúde; a avaliação começa com a prevalência de um problema na comunidade e segue-o por meio dos processos de atenção médica para determinar quando, e se existe atenção de má qualidade.

Uma outra abordagem sobre a melhora da qualidade da atenção começa com a suposição de que é impossível para os médicos se lembrarem de todas as informações necessárias para fornecer uma atenção de ótima qualidade. Para superar este problema, um computador fornece lembretes para determinadas coisas em determinadas circunstâncias, como por exemplo, um lembrete para pedir um exame laboratorial se um paciente estiver tomando um medicamento que causa desequilíbrio de eletrólitos (McDonald, 1976).

ABORDAGENS PARA AVALIAR A QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A maior parte da literatura a respeito da qualidade da atenção, como foi definida e descrita acima, tem focalizado o desempenho clínico orientado para a doença e, muitas vezes, até mais estreitamente a respeito dos aspectos da atenção que refletem o manejo de distúrbios diagnosticados ou a respeito da prevenção de algumas doenças específicas, predominante, mas não necessariamente, na atenção primária. Conforme indicado pela definição fornecida acima, o conceito de “qualidade” é visto, mais adequadamente, como uma estratégia que envolve mais do que a prevenção e o manejo enfocados na enfermidade, particularmente na atenção primária (que é inerentemente orientada para a pessoa). Quatro aspectos são importantes na consideração e avaliação dos *serviços de atenção primária* a partir desta perspectiva mais ampla: capacidade do recurso, prestação de serviços, desempenho clínico e avaliação do estado de saúde (Tabela 12.1).

1. Capacidade para organizar a atenção primária

A adequação dos recursos para a oferta de atenção clínica envolve a consideração de todos os aspectos da estrutura conforme descritos na Figura 12.1, como por exemplo, o número de pessoal adequadamente treinado para prestação da atenção primária aos

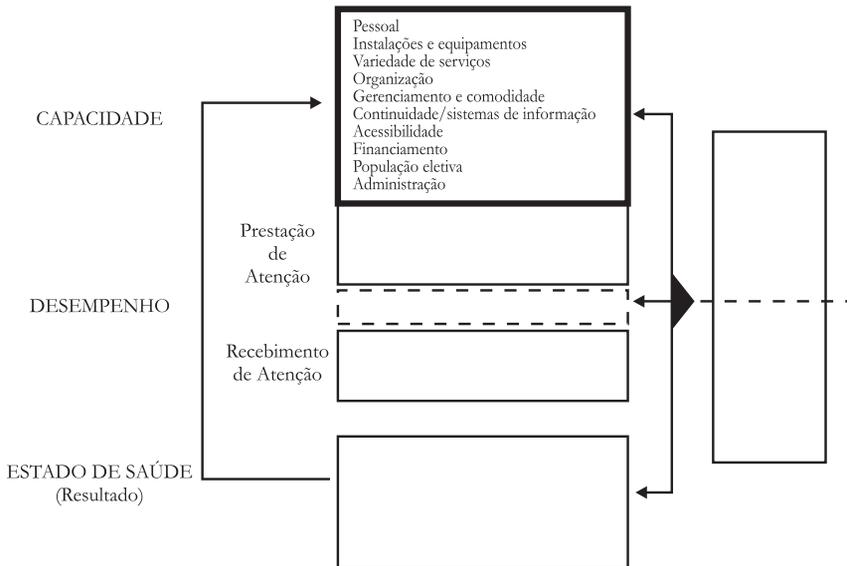
Tabela 12.1

Quatro aspectos importantes para a qualidade da Atenção Primária

Capacidade dos recursos
Prestação de serviços
Capacidade
Desempenho
Desempenho clínico
Específico por problema
Apropriado
Oportuno
Adequado
Genérico
Resultados (avaliação do estado de saúde)
Genéricos
Específicos da condição
Resolução do problema

Figura 12.1

Qualidade da atenção. Capacidade do sistema/unidade/plano.
Resumido da Figura 2.1



pacientes atendidos, o número e o tipo de unidades de saúde nas quais os serviços são prestados, a adequação do financiamento para os serviços de atenção primária e a variedade de serviços que eles cobrem, providências para garantir a acessibilidade, a adequação dos sistemas de informação para prestar serviços e avaliá-los, além dos mecanismos administrativos para garantir que as unidades de saúde sejam projetadas e operadas para atender às necessidades da população. Como a maior parte destes assuntos é discutida em outros capítulos deste livro, eles não estão descritos aqui.

Nos Estados Unidos, não há padrões governamentais para a organização ou prestação da atenção primária. A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* [Junta da Comissão sobre Acreditação de Organizações de Saúde] (1997), uma organização profissional privada, historicamente autorizou hospitais e agora realiza entrevistas e visita unidades de saúde para atenção ambulatorial para fins de acreditação. Várias outras abordagens para a garantia de qualidade foram desenvolvidas e empregadas pelas unidades de saúde para seus próprios objetivos, e não para a acreditação. Por exemplo, a *AmbuQual* (Anderson *et al.*, 1989) é projetada para classificar 10 “parâmetros” da atenção ambulatorial. Estes parâmetros abordam a qualificação da equipe de profissionais e da equipe de apoio, mecanismos para alcançar a continuidade da atenção, características dos sistemas de informação, manejo do risco do paciente (mecanismos de controle de qualidade), satisfação do paciente, observância do tratamento pelo paciente, acessibilidade, adequação (serviço disponível) e custo dos serviços (como monitoramento do produto), cada um pesado de acordo com os julgamentos profissionais de seu relativo destaque ao influenciar o estado de saúde. O sistema é projetado, basicamente, para avaliações internas, e não para a comparação entre unidades de saúde, pois tanto os métodos de coleta de dados como as formas de medi-los podem variar de lugar para lugar. Além disso, as unidades de saúde podem substituir os indicadores específicos por outros que eles acreditem ser mais relevantes para sua situação.

Embora existam muitas pesquisas sobre a satisfação dos pacientes com vários aspectos organizacionais de sua unidade de atenção à saúde, como fácil acesso e competência observada de seus profissionais, houve poucas tentativas para avaliar a satisfação de forma objetiva. Uma exceção é a comparação da atenção prestada em três planos de atenção gerenciada em uma grande cidade no oeste dos Estados Unidos (Borowsky *et al.*, 1997). Neste estudo, foi solicitado aos médicos que classificassem vários aspectos da capacidade de seu plano. A seguir há exemplos do tipo de características do plano que os médicos foram solicitados a classificar.

Em relação ao pessoal

Oferece educação médica continuada para os médicos
Facilita a enfermagem domiciliar
Treina os médicos para obter autorização para a atenção
Seleciona profissionais que não utilizam exames e procedimentos em excesso

Em relação à organização

Oferece acesso à atenção especializada para pacientes que precisam dela

Em relação à variedade de serviços

Geralmente inclui a atenção necessária nos benefícios do plano
Inclui atenção à saúde mental

Manejo

Possui sistemas de lembrete efetivos para atenção preventiva
Oferece tempo suficiente para examinar os pacientes
Oferece autorização eficiente quando necessário
Políticas de autorização não interrompem as relações profissional-paciente
Evita o fornecimento de informações conflitantes para pacientes e profissionais
Implementa as diretrizes clínicas

Financiamento

Evita co-pagamentos que interfiram na busca da atenção necessária

Sistemas de informação

Aconselha o profissional se o paciente

Estiver recebendo narcóticos duplicados de diferentes fontes

Necessitar de serviços preventivos

Fornecer perfis da atenção de forma que os profissionais possam comparar sua prática com outras.

Comunica claramente os critérios usados para avaliar o desempenho do profissional;

Usa critérios justos e realistas para julgar o desempenho do profissional

Fornecer material educacional de alta qualidade para pacientes a respeito de exames e procedimentos e a respeito dos benefícios do plano

2. Componente da prestação de serviços

Este componente enfoca as características da prestação de serviços que são importantes no alcance de uma boa atenção primária, segundo descrito nos Capítulos 7-11 e conforme é observado na Figura 12.2. Como o alcance da efetividade e da equidade dos serviços de saúde depende de um forte sistema de atenção primária, a obtenção da atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação é importante na avaliação da qualidade da prestação dos serviços na atenção primária. A avaliação da adequação dos serviços de atenção primária envolve aspectos da capacidade como desempenho das unidades de saúde ou dos consultórios.

Bob é um estudante de medicina do quarto ano. Durante as três primeiras semanas de seu estágio em medicina de família, ele enfatizou somente os problemas médicos. Um paciente idoso que sofria de doença pulmonar obstrutiva crônica em estágio final

tentou, repetidamente, obter alguma segurança e perguntava a Bob se ele faria um milagre consigo naquele dia. Na terceira semana deu-se o seguinte diálogo:

Bob: Ligue-me se precisar.

Paciente: Estou falando com o senhor agora.

Bob: Não há muito que eu possa fazer.

Depois da visita ele comentou: Vou passar para a radiologia, a medicina é muito deprimente.

Na quarta semana, deu-se o seguinte diálogo:

Bob: Se acontecer alguma coisa me ligue.

Paciente: E o que você poderia fazer de bom?

Bob: Podemos conversar.

Paciente: Isto seria apoio moral.

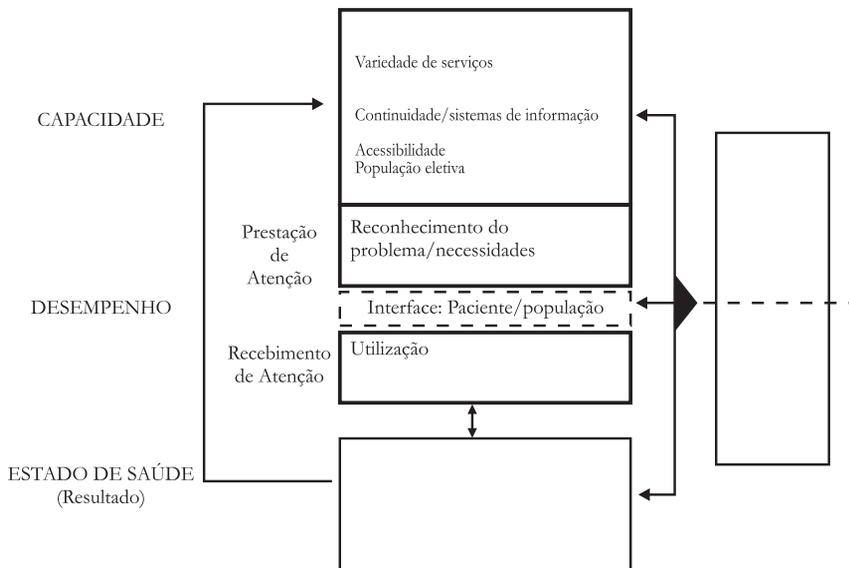
Bob: Às vezes o apoio moral ajuda muito.

Em um exemplo anterior de um estudo envolvendo crianças examinadas em um centro médico terciário, a unidade pediátrica de atenção primária foi comparada aos consultórios na comunidade para oferecer uma base para o julgamento da adequação relativa do desempenho no que se refere ao alcance da característica da “longitudinalidade” da atenção primária. Na unidade em estudo, os médicos mantinham registros das consultas e os pacientes respondiam a quatro perguntas: Esta é a primeira visita da criança à clínica? Algum médico de fora deste hospital a enviou a esta clínica? A última vez que esta criança passou por um exame regular completo, ela foi a algum outro lugar ou veio a esta clínica? A última vez que esta criança recebeu cuidados médicos para um resfriado ou gripe, ela foi a algum outro lugar ou veio aqui?

As respostas a estas perguntas serviram como base para a categorização das consultas como atenção primária, atenção à primeira consulta, atenção especializada ou atenção por consultoria. Foi obtido um escore que foi comparado com os escores obtidos de consultórios pediátricos na mesma comunidade. Os resultados desta avaliação indicaram que a clínica hospitalar era tão efetiva quanto os médicos em consultório na extensão da oferta de

longitudinalidade da atenção (Wilson *et al.*, 1989). Neste estudo, o paciente foi a unidade de análise e os resultados foram agregados para caracterizar a unidade clínica.

Figura 12.2
Qualidade da atenção. Avaliação da prestação de serviços.
Resumido do da Figura 2.1



Os estudos da adequação da prestação dos serviços nos estabelecimentos de atenção primária podem também envolver pesquisas de pacientes tanto na unidade como através da coleta de uma amostra aleatória dos usuários e contatando-os por telefone ou correio. Também podem ser realizadas pesquisas paralelas sobre seus profissionais ou representantes da administração da unidade ou do plano. Quando os profissionais e os pacientes concordam que existem inadequações na prestação dos serviços, existe um claro caso para modificação da organização dos recursos. Quando eles divergem, é necessário explorar os motivos para as discrepâncias e desenvolver um mecanismo que as resolvam para modificar a prestação dos serviços. Os instrumentos para avaliação

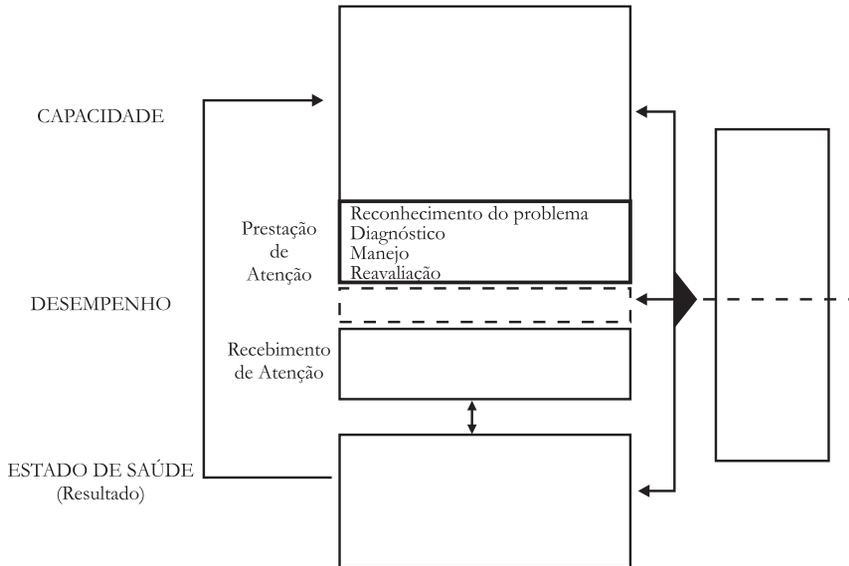
da adequação da atenção primária são os mesmos, não importando se eles enfocam os pacientes ou as populações e são, portanto, descritos no Capítulo 13.

3. Desempenho clínico

O terceiro componente da qualidade aborda a adequação do componente clínico da prestação de serviço, ou seja, a forma na qual a saúde e os problemas relacionados a ela são tratados. As medidas do desempenho clínico são aquelas nas quais a contribuição dos clínicos é identificável (Conquest 1.0, 1996, pág. 3). Podem focalizar as enfermidades ou problemas específicos ou os aspectos mais gerais da saúde da pessoa, e não seu distúrbio específico. O primeiro enfoque é chamado *específico por problema* e o segundo, *genérico*.

Medidas específicas desempenho clínico por problema. Estas medidas podem refletir os serviços preventivos, curativos ou reabilitadores para diagnósticos específicos. Sua adequação envolve, em primeiro lugar, saber se os serviços são apropriados dado o estado atual do conhecimento a respeito das indicações para a atenção, se são prestados de forma adequada ou inadequada quando são indicados (qualidade técnica) e se são oportunos; os serviços podem ser indicados e tecnicamente adequados, mas não ser prestados no melhor momento. A Figura 12.3 indica que os aspectos do processo que exigem consideração são o reconhecimento dos problemas e necessidades, a avaliação do diagnóstico, as intervenções terapêuticas e as reavaliações. A maior parte da vasta literatura a respeito da qualidade dos processos de atenção aborda a adequação do processo diagnóstico até chegar ao diagnóstico selecionado ou, ainda mais comum, a adequação da terapia administrada devido à presença de um diagnóstico. Mas há muito mais que isso nos processos de atenção. Como a maioria das avaliações do processo de atenção começa com a presença de um diagnóstico, todo o processo da avaliação do diagnóstico e, particularmente, aquele aspecto que aborda a adequação do reconhecimento dos problemas das pessoas, geralmente não é considerado.

Figura 12.3
Qualidade da Atenção. Avaliação do desempenho clínico.
Resumido da Figura 2.1



Um estudo interessante num estabelecimento de atenção primária apresenta evidências gráficas da variabilidade na avaliação do diagnóstico para 150 adultos e crianças, em três unidades gerais, apresentando a mesma queixa: dor abdominal. Houve 15 modelos diferentes de exames, nove modelos diferentes de manejo e 30 diagnósticos diferentes, englobados em cinco tipos diferentes de diagnóstico; um adicional de 36 diagnósticos só pode ser especificado como “desconhecido”(21), “viral não específico”(9) ou “outros”(6) (Edwards *et al.*, 1985). Este estudo indica quão inadequadas podem ser as avaliações de diagnóstico quando começam com o diagnóstico como base para a avaliação da qualidade: ignoram completamente a consideração da qualidade da atenção para aqueles pacientes que apresentam um problema, mas não necessariamente recebem um diagnóstico pelo qual a qualidade da atenção é avaliada.

O outro aspecto do desempenho clínico específico por problema, a reavaliação para garantir que os resultados esperados foram alcançados, também é ignorado. Entretanto, sua importância é cada vez mais reconhecida, principalmente por meio do desenvolvimento de abordagens para determinar se os profissionais monitoraram adequadamente os pacientes com doenças crônicas que necessitam de acompanhamento periódico.

A adequação do desempenho clínico na unidade ou no nível de consultório é, geralmente, avaliada durante as abordagens convencionais desenvolvidas nos últimos 50 anos (conforme descrito anteriormente neste capítulo).

Medidas genéricas do desempenho clínico. Os métodos convencionais específicos por problema estão sendo, cada vez mais, complementados com abordagens menos focalizadas nas enfermidades e mais focalizadas nos problemas dos pacientes e na saúde vista de forma mais ampla. Como esta orientação para a pessoa, e não para a enfermidade, é mais condizente com o enfoque da atenção primária, estas abordagens genéricas são especialmente relevantes no contexto da atenção primária. São indicadas como genéricas porque não estão relacionadas a enfermidades, problemas ou condições específicas, podendo ser aplicadas a todos os pacientes não importando sua condição.

Louise era uma estudante de 26 anos de idade que estava planejando se especializar em medicina de família. Com um sucesso considerável, ela procurou estabelecer e manter uma forma de interação dominada pelo médico em suas visitas domiciliares. Durante sua entrevista com os pacientes ela se mantinha estritamente atenta aos problemas médicos. Quando o paciente pedia ajuda, a resposta era médica.

No diálogo a seguir, Louise ignorou o item fundamental da informação referente ao repentino ganho de peso do paciente:

Paciente: Quanto mais eu tento diminuir o consumo de sal, mas eu aumento. Minha esposa me dá manteiga de amendoim com sal. Temo que terei que ir ao hospital para obter comida sem sal.

Louise: Você tem problemas para urinar?

Paciente: Não, mas é desconfortável. Mas o que me preocupa é o sal. Conforme foi mostrado, mas não de forma evidente para Louise, a animosidade permanente entre o paciente e sua esposa estava exacerbada por sua condição de repouso devido à doença e ela buscava a retribuição dando a ele uma dieta alta em sal, enquanto ele permanecia incapaz de fazer qualquer coisa a respeito.

A Tabela 12.2 mostra as características de uma avaliação de uma clínica de atenção primária para adultos (Barker *et al.*, 1989). Os profissionais na clínica estabeleceram *a priori* um nível hipotético de desempenho que eles consideraram adequado. O desempenho da clínica de atenção primária foi então avaliado em comparação àquele de padrões *absolutos*.

Os pacientes que estavam mantendo as consultas agendadas para acompanhamento foram escolhidos para o estudo se a consulta de acompanhamento ocorresse dentro de seis meses após a consulta anterior. Antes da consulta de revisão, os prontuários foram revisados para se obter todos os itens de informações da consulta anterior. Depois da consulta, os prontuários foram revisados novamente para se garantir o reconhecimento das informações.

Tabela 12.2

Avaliação do programa numa clínica de atenção primária para adultos: metas e mecanismos de avaliação

Metas	Mecanismo
Longitudinalidade	Identificação do paciente com um médico específico
Integralidade	Conhecimento do perfil social do paciente
	Reconhecimento de problemas psicossociais
	Atitudes relacionadas/conhecimento de necessidades preventivas e psicossociais
Coordenação	Reconhecimento de informações sobre consultas em outros estabelecimentos
Manutenção de registros	Documentação das medicações e compromisso do paciente com a mesma
	Listas de problema/Prontuário médico orientado para o problema
	Atenção preventiva
Habilidades comunicativas	Revisão de fitas de vídeo
Qualidade da atenção	Controle da hipertensão

Adaptado de Barker *et al.* (1989).

A investigação mostrou que:

- o reconhecimento dos problemas identificados na consulta “zero” ficou próximo do nível de critério de 75%, mas o reconhecimento foi consistentemente melhor quando o problema estava em uma lista de problemas;
- o reconhecimento das terapias que foram prescritas atendeu aos padrões preestabelecidos, mas foi melhor para medicamentos importantes (91%) e medicamentos menos importantes (70%) do que para terapias não medicamentosas (38%);
- o reconhecimento de todos os exames agendados na consulta anterior (59%) não alcançou os padrões tanto para exames com resultados anormais como para aqueles com resultados normais;
- o reconhecimento também foi inadequado para as consultas de intervenção, agendadas ou não.

Como um resultado da avaliação, os diretores clínicos alteraram a ficha de consulta para exigir o registro separado de todas as terapias não-medicamentosas, bem como as consultas de intervenção.

Outra avaliação na mesma clínica examinou o reconhecimento das necessidades dos pacientes conforme estavam refletidas pelas informações nos prontuários médicos (Kern *et al.*, 1990). Foram usados dezesseis itens para avaliar o reconhecimento das necessidades: legibilidade, histórico médico passado, presença de uma lista de problemas na primeira página do prontuário médico do paciente, preenchimento da lista de problemas, histórico de alergia na primeira página, histórico de tabagismo e alcoolismo na primeira página, preenchimento do histórico social na primeira página, clareza no registro do estado funcional e clareza do regime de medicação. Também avaliaram o registro de observância, a orientação para o problema das anotações da consulta, anotações da consulta no formato SOAP (ver Capítulo 16), uso de uma folha de fluxo para os problemas ativos, adequação da atenção para problemas ativos, documentação da escolaridade do paciente e uso de uma folha de fluxo para atenção preventiva.

A atenção preventiva foi avaliada pela oferta de vacina de difteria/tétano no período de 10 anos, vacina pneumocócica em pacientes de alto risco, vacina anual contra gripe em pacientes de alto risco, exame retal/prostático a cada dois anos em pacientes com 45 anos ou mais, exame anual de sangue oculto nas fezes em pacientes acima de 45 anos, exame para câncer cervical pelo menos a cada três anos, exame anual da mama pelo médico para pacientes com 40 anos ou mais, um teste sorológico para sífilis e um teste para tuberculose. A auditoria ocorreu por seis anos consecutivos e a adequação do desempenho foi definida como o registro dos procedimentos indicados em pelo menos 75% dos prontuários; o desempenho de menos de 50% foi considerado uma inadequação importante. Apenas três dos 26 itens alcançaram o padrão de 75%; 15 tiveram deficiências importantes.

As melhoras no desempenho ocorreram no período de seis anos. Os itens que mostraram a menor melhora foram a documentação da condição funcional, compromisso do paciente com o tratamento, escolaridade do paciente (ambos acima de 50% inicialmente) e a documentação de alguns itens da atenção preventiva.

As medidas genéricas do processo de atenção foram usadas com sucesso, em combinação com as medidas específicas por problema, em uma comparação da qualidade da atenção prestada em diferentes tipos de unidades de atenção primária para a população do Medicaid, no estado de Maryland (Starfield *et al.*, 1994). Os indicadores específicos por problema foram divididos em três categorias: acesso à atenção primária, qualidade técnica e adequação da atenção para vários problemas ou tipos de atenção – diabetes, asma e hipertensão em adultos (bem como a atenção de rotina para adultos com estes tipos de problemas) e asma, otite média e atenção a crianças saudáveis, no caso de crianças. Indicadores do acesso (para todos, exceto atenção de rotina em adultos) incluíram consultas para serviços emergenciais ou hospitalização presumindo-se que a oferta de atenção primária acessível minimizaria estes tipos de atendimento. Os indicadores

da qualidade técnica refletiram os padrões atuais para os procedimentos direcionados ao diagnóstico, tratamento e monitoramento médico dos pacientes com problemas específicos. Os indicadores de adequação foram aqueles *não* indicados para pacientes com estes problemas, como por exemplo, radiografias torácicas para pessoas com ataque agudo de asma. (Uma categoria adicional de indicador, o resultado, foi representado pelo controle da glicose sanguínea entre os indivíduos com diabetes).

Os indicadores genéricos foram aplicados a todos os indivíduos, não apenas àqueles com as condições específicas. Eles incluíram a presença ou ausência de uma lista de problemas no prontuário médico, a presença de uma lista de medicações no prontuário médico, ausência do conhecimento de consultas a outros profissionais (refletido pela ausência de menção no prontuário médico da consulta ou de qualquer coisa que tenha ocorrido na consulta ou decorrente dela), documentação dos problemas psicossociais (presumindo-se que uma proporção finita de pacientes teria um diagnóstico de um problema psicossocial no período de um ano se os problemas dos pacientes fossem adequadamente reconhecidos), e taxas de hospitalização para condições sensíveis à atenção ambulatorial (Capítulo 14). No total, havia 21 indicadores da qualidade da atenção. Embora nem sempre estatisticamente significativas, havia diferenças nos escores por tipos de unidade para 19 dos 21 indicadores. Em 11 dos 19 indicadores, os pacientes que receberam atenção nos centros de saúde comunitários tiveram escores melhores e em outros oito tiveram o segundo melhor escore. Os pacientes que receberam sua atenção primária nas clínicas hospitalares tiveram os piores escores para 10 indicadores, e os médicos de consultório tiveram os piores escores para nove deles.

Um tipo de abordagem genérica para avaliação do desempenho da prestação de serviços recebeu pouca atenção na avaliação da qualidade dos processos de atenção: testes, procedimentos ou formas diferentes de terapia, inapropriados ou contra-indicados.

O potencial para esta abordagem foi demonstrado em um estudo em 133 grupos de médicos que faziam parte de uma grande organização de manutenção da saúde (HMO) na Califórnia. O diretor de garantia médica ou de qualidade de cada grupo foi questionado a respeito das formas com as quais a qualidade era monitorada no grupo. Os indicadores que abordavam um possível uso excessivo e a porcentagem de grupos que os monitoravam foram partos por cesariana (92%), medicamentos prescritos a pacientes não internados (70%) e angioplastias (57%). (Em comparação, entre 50% e 66% monitoravam os serviços preventivos possivelmente subutilizados, como imunizações infantis, mamografias, acompanhamento de exames de Papanicolaou anormais, vacina da gripe em idosos e pacientes entre 42 e 64 anos de idade, com uma consulta médica há no máximo dois anos.) O monitoramento menos freqüente da subutilização potencial incluiu tratamento de acompanhamento após infarto do miocárdio, exame anual de retina para pacientes diabéticos e exame de acompanhamento anual para pacientes asmáticos; foi demonstrado que, pelo menos, o primeiro destes teve seus resultados melhorados (Kerr *et al.*, 1996).

Um homem por volta de seus 50 anos foi ao seu médico se queixando de dor no peito. Como parte de um cuidadoso exame, o médico examinou sua próstata. Ele achou que estava anormal e pediu um exame para verificar a presença de câncer da próstata. Os resultados foram normais, e então o paciente foi encaminhado a um cardiologista, que, sem consultar o médico de família, solicitou o mesmo exame. Quando os resultados foram relatados como “limite”, o cardiologista solicitou outro; desta vez os resultados foram anormais.

O cardiologista encaminhou o paciente a um urologista, que solicitou um quarto exame; os resultados foram normais. O urologista agendou o paciente para um ultra-som e biópsia da próstata. O paciente se recusou a passar por estes procedimentos, já que não tinha clareza sobre sua necessidade.

Por exemplo, muitos estudos convencionais da qualidade da atenção examinam a extensão na qual medicações indicadas (efetivas) são fornecidas, mas poucos examinam a extensão na qual são prescritas medicações não indicadas. Um resumo de 33 artigos que avaliam a adequação da prescrição mostrou uma taxa global de 43% de inadequação, bem acima da metade do que no caso de uma indicação inadequada para a medicação ou escolha inadequada do medicamento (Einarson *et al.*, 1989). Mais informações estão disponíveis a respeito de prescrição inadequada para idosos; em geral, cerca de 5% de todos os idosos numa população receberam prescrição inadequada em um ano (Lexchin, 1998). No Reino Unido, Espanha e Itália, a qualidade cada vez maior da prescrição na prática geral é um objetivo explícito. No Reino Unido, por exemplo, um sistema conhecido como PACT (*Prescribing Analysis and Costs* [Análise e custos da Prescrição]) é uma revisão computadorizada de todas as medicações prescritas na medicina geral. Ele é usado para ajudar a estabelecer orçamentos para prescrição, examinar os motivos para a variabilidade na prescrição e desenvolver indicações para a prescrição de medicações específicas. O sistema contém marcadores tanto de prescrições boas quanto más (Majeed *et al.*, 1997).

Infelizmente, não há compêndio disponível de indicações inadequadas para medicações específicas. A melhor fonte atual destas informações está contida no livro *Worst Pills, Best Pills* (Wolfe *et al.*, 1993), que se refere particularmente aos idosos. Como é provável que a prescrição inadequada seja a evidência mais comum da qualidade comprometida da atenção, ela deveria ser uma parte importante da avaliação da qualidade e dos esforços da garantia. Buetow *et al.* (1996) reuniram 10 peritos para sugerir critérios de avaliação da adequação da prescrição. Estes peritos sugeriram 19 indicadores que foram reunidos em cinco categorias: indicação inválida; escolha inadequada, contra-indicação ou duplicação de medicamento; superdosagem ou duração excessiva; histórico medicamentoso inadequado ou prescrição inadequada; e monitoramento inadequado. Depois, foram revisados

62 estudos em relação à adequação da prescrição. Embora não haja garantia de que os estudos que foram revisados sejam representativos das unidades em geral, eles cobriram a variedade de medicamentos prescritos para problemas comuns de longa duração, como asma, hipertensão, insônia e ansiedade. Os indicadores que foram desenvolvidos são aplicáveis para a revisão dos prontuários médicos ou outros sistemas de informação de consultórios e poderiam servir como uma base inicial para o monitoramento da adequação do desempenho em termos genéricos. Outra estratégia útil examina a prescrição real em comparação com as diretrizes-padrão para prescrição, conforme representadas pelas indicações aprovadas. Embora a ausência desta indicação pudesse refletir a inadequação do padrão (resultante de evidências científicas não disponíveis) e não a má qualidade da atenção, a falha consistente na adesão aos padrões poderia identificar como inadequado o desempenho clínico em pacientes de alto risco. Esta abordagem foi utilizada tendo como critérios os padrões da *Food and Drug Administration* [Agência de Administração de Alimentos e Medicamentos] (McKinzie *et al.*, 1997).

A importância da prescrição inadequada é destacada por um estudo realizado pelos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Este estudo concluiu que mais de um terço das prescrições de antibióticos feitas anualmente não são necessárias. Isto inclui todas as prescrições de antibióticos para resfriado; um terço dos antibióticos para crianças com resfriado e fluido no ouvido médio sem dor de ouvido, inflamação do tímpano ou febre; metade dos antibióticos para garganta inflamada (aquelas não causadas por infecções estreptocócicas); 80% das prescrições de antibióticos para bronquite (aquelas que não ocorrem devido a algumas infecções específicas ou em pacientes sem doença pulmonar grave); e metade das prescrições de antibióticos para sinusite (aquelas sem dor facial ou edema nos primeiros 10 dias de sintomas) (CDC, dados não publicados, 1997).

Outro enfoque importante, mas ignorado do desempenho da clínica genérica refere-se à oferta oportuna de informações aos pacientes. Embora haja muitas evidências de demora em dar

informações aos pacientes, particularmente em relação a resultados de exames, não tem havido atenção, nem para atividades de pesquisa nem de avaliação da qualidade para este aspecto da atenção. Os desafios para a avaliação envolvem a consideração da transferência de informações ao profissional, o reconhecimento da informação por parte do profissional e o tempo para que isto ocorra, além da transmissão oportuna das informações aos pacientes e seus mecanismos. Assim, este aspecto da qualidade do desempenho está intimamente ligado à função de coordenação da atenção primária e merece muito mais atenção do que a que recebeu no passado.

4. Resultados do componente da atenção

Embora o estado de saúde e os “resultados” sejam conceitualmente equivalentes, o primeiro geralmente é usado quando o foco de interesse está nas populações ou subpopulações, enquanto o último, geralmente, se aplica a situações em que o atendimento clínico de um grupo de pacientes está sendo avaliado. Historicamente, os resultados da atenção foram inicialmente medidos pelas taxas de mortalidade, porque elas estavam disponíveis na maioria das vezes, enquanto outros aspectos do estado de saúde não. A Classificação Internacional de Doenças (CID) trouxe padrões internacionais ao esforço de desenvolver métodos de codificação das causas de morte de forma que elas podem ser comparadas de área para área e de país para país, com relação à ocorrência de mortalidade evitável. Décadas mais tarde, um enfoque na morbidade foi adicionado ao arsenal da avaliação da qualidade clínica. As revisões do CID adicionaram seções que possibilitaram a codificação das condições raramente letais, se é que o eram; nos anos 80, foi desenvolvida uma adaptação mais simpática à atenção primária conhecida como *International Classification of Health Problems in Primary Care* [Classificação Internacional de Problemas de Saúde na Atenção Primária] (World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations, 1979). As avaliações clínicas dos

resultados da atenção, frequentemente, enfocam as mudanças na morbidade conforme manifestadas pelas tendências nos valores laboratoriais que acredita-se reflitam a severidade ou estágio da enfermidade. O reconhecimento crescente da importância adicional da função física para a saúde e o bem-estar das populações levou ao desenvolvimento, pela Organização Mundial da Saúde (1980), da *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* [Classificação Internacional de Lesões, Incapacitações e Deficiências].

Seguiram-se novas formas de pensar a respeito dos resultados a partir da consideração relativamente recente de que a doença definida pelas características biofisiológicas é uma representação inadequada tanto do impacto da doença sobre as pessoas como do impacto dos serviços de saúde. O novo enfoque está no quanto elas são capazes de desempenhar as atividades de suas vidas e na qualidade de vida relacionada à saúde (HRQOL). O estado funcional é a representação da morbidade na vida diária da pessoa. Assim, considera como a doença afeta a forma como as pessoas se percebem e como ela influencia suas atividades profissionais e pessoais. O HRQOL é um conceito mais amplo, que leva em consideração como as pessoas se sentem a respeito de suas vidas e o que elas são capazes de fazer. Na prática, a maioria das avaliações do HRQOL são formulários das avaliações do estado funcional no qual existe um escore global, e não um escore representando o perfil em um “campo” diferente da saúde. Uma vantagem de um escore global é que a saúde de diferentes populações (representada pelo escore global) pode ser comparada de forma simples e direta.

A Figura 12.4, que foi adaptada de um trabalho feito por Wilson e Cleary (1995), representando os tipos de preocupações que estão envolvidas nestas abordagens para a avaliação dos resultados, enquanto a Figura 12.5 especifica os componentes de uma abordagem multidimensional para a avaliação do estado de saúde que tem sido usada para caracterizar a saúde dos jovens entre 11 e 17 anos, descrita posteriormente neste capítulo.

Figura 12.4
 Relações entre diferentes medidas de resultados de pacientes.
 Adaptado de Wilson e Cleary (1995)

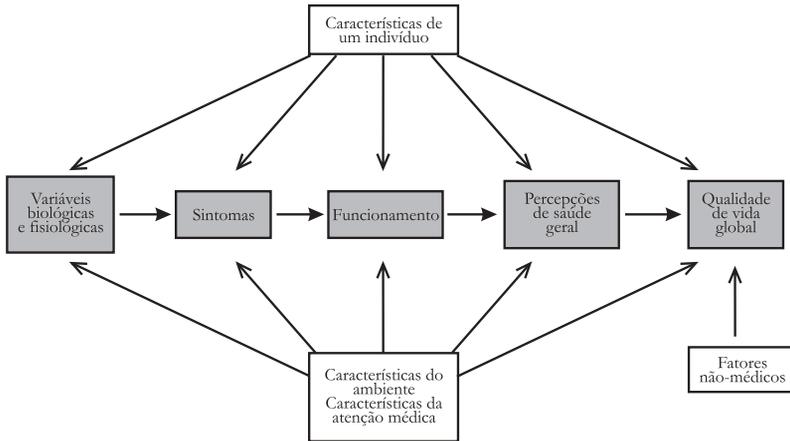
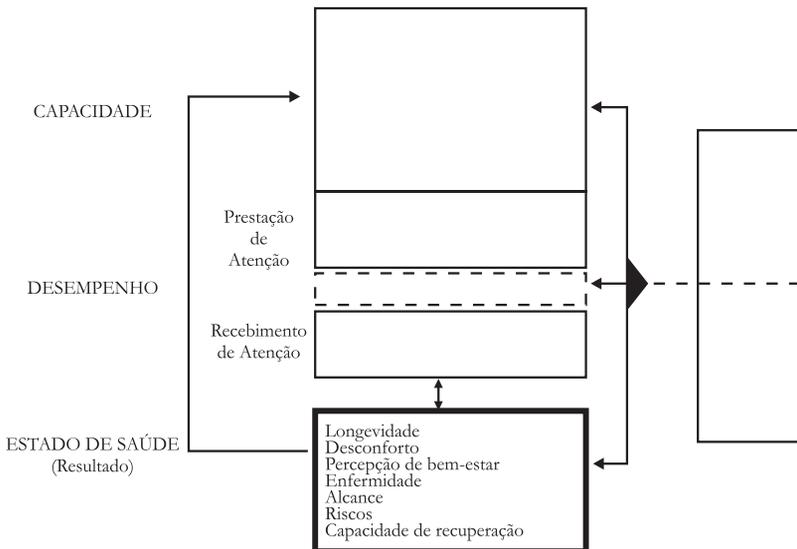


Figura 12.5
 Qualidade da atenção. Avaliação dos resultados/estado de saúde.
 Resumido da Figura 2.1



Estes novos métodos são particularmente relevantes para a avaliação dos resultados da atenção primária. Como apenas uma pequena minoria de pessoas nos estabelecimentos de atenção primária morrerão dentro de qualquer período de tempo, a mortalidade não é adequada como uma medida de resultado, a menos que haja uma suspeita de atenção muito fraca ou má conduta que leve à morte a partir de causas iatrogênicas. Os níveis de morbidade também são menos relevantes na atenção primária do que em outros níveis de atenção (especialmente atenção especializada) porque as doenças na unidade de atenção primária, muitas vezes, não podem ser atribuídas a diagnósticos específicos. Entretanto, a morbidade pode ser um resultado da atenção primária em três tipos de casos: complicações resultantes de terapia inadequada, esforços inadequados na prevenção de problemas preveníveis e reconhecimento inadequado da existência de problemas que então progridem então, para os estágios finais da enfermidade. O estado funcional ou medidas HRQOL, em comparação, são *particularmente relevantes para a atenção primária* por causa de sua orientação para as pessoas, e não para sua enfermidade.

Assim, as avaliações dos resultados, como a avaliação do desempenho clínico, podem ser encaradas como específicas do problema (relacionadas a problemas específicos) ou genéricas (não específicas para qualquer problema em particular).

Abordagens específicas por problema. As medidas específicas por problema são o arsenal convencional da avaliação dos resultados dos pacientes, condizente com a predisposição dos médicos e outros profissionais de saúde de migrar para medidas de resultado que refletem a melhora do estado da enfermidade. Devido à sua relativa facilidade de medição e compatibilidade com os fenômenos biofisiológicos, as medidas empregadas encontram-se, freqüentemente, no domínio dos resultados ou achados laboratoriais a respeito do exame físico. Exemplos típicos são níveis sanguíneos de hemoglobina A1c como a manifestação da efetividade do controle do diabetes ou medições periódicas da pressão arterial como um efeito do controle de hipertensão. Como

a maior parte da atenção preventiva objetiva evitar a ocorrência de enfermidades específicas (por exemplo, doença arterial coronária no caso de níveis de colesterol; câncer cervical no caso de esfregaço de Papanicolaou; câncer de mama no caso de triagem por mamografia), a adequação com a qual as pessoas recebem os procedimentos, algumas vezes, é uma representação dos resultados em casos em que há uma forte ligação entre o recebimento da resposta e a ocorrência subsequente da enfermidade. O documento da *U.S. Preventive Services Task Force* (1996), *Guide to Clinical Preventive Services* [Guia para Serviços Clínicos Preventivos], fornece a base científica para o estabelecimento do elo, bem como evidências atuais sobre a justificativa para implementação destas intervenções.

Abordagens genéricas para a avaliação dos resultados

Pensei que eu fosse aprender muito sobre o diabetes. Aprendi mais do que imaginava. Isto é muito dramático, mas aprendi mais a respeito de como você realmente deve olhar para a pessoa como um todo porque na verdade o manejo do diabetes é o que eu deveria aprender, mas esta é uma parte muito pequena da vida do meu paciente. Eu estava lidando com o fato de como isso a tinha limitado, o que eu não esperava...

D, uma estudante de medicina do quarto ano
que acabou seu estágio em medicina de família

A abordagem genérica para avaliação dos resultados é a mesma, não importando se o foco é sobre o paciente ou sobre as populações; observa o estado de saúde ou os resultados como separados de qualquer enfermidade ou tipo de enfermidade em particular e envolve a coleta de informações diretamente dos pacientes. As informações englobam comportamentos, como limitação nas atividades da vida diária normal (trabalhar, brincar, ir à escola, atividades físicas necessárias para viver de forma independente) e também podem englobar as atividades que refletem a propensão para melhorar a saúde no futuro (por exemplo, habilidade e aptidão físicas, ou sua redução, como tabagismo e abuso de outras substâncias, andar de bicicleta ou de moto sem capacete).

Em sua maioria, as medidas são usadas de forma individual; os dias de trabalho perdidos devido a doenças agudas, a medida na qual há limitações da capacidade de realizar atividades diárias normais ou atividades importantes, ou a porcentagem da população que se exercita regularmente, são exemplos. As adições mais recentes ao arsenal destes tipos de medidas são as baterias de perguntas que combinam diversos itens numa escala que representa o funcionamento físico, emocional e social. A variedade de tipos de estado funcional ou das escalas HRQOL é ampla. Estas ferramentas têm sido testadas em sua integridade psicométrica (confiabilidade e validade) e, geralmente, elas fornecem escores da escala em vários campos (Stewart e Ware, 1992; Feeny *et al.*, 1995; Landgraf e Abetz, 1996; McDowell e Newell, 1996).

A abordagem genérica para avaliar os resultados é particularmente apropriada no monitoramento dos efeitos adversos das intervenções, em que a natureza do efeito pode não ser previsível. Vários estudos mostraram que entre 4% e 16% dos pacientes hospitalizados são prejudicados pelo tratamento, embora metade dos casos fosse prevenível (Brennan *et al.*, 1991; Wilson *et al.*, 1995). A frequência de efeitos adversos do manejo do paciente não internado, particularmente dos efeitos adversos de medicamentos, não é conhecida, mas é, provavelmente, substancial. Apenas medidas genéricas do resultado seriam capazes de detectar a maioria dos problemas devido a medicações que não têm efeito colateral específico conhecido atualmente.

O potencial para as avaliações do estado de saúde com enfoque na pessoa foi aprimorado pelo desenvolvimento do conceito de perfis. Em comparação com as avaliações de condição de saúde mais convencionais, que abordam diferentes aspectos da saúde (por exemplo, físico, social psicológico) de forma separada e independente, os perfis possibilitam caracterizar a saúde de acordo com um modelo no campo da saúde. Por exemplo, o *Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition* (CHIP-AE) [Perfil de Saúde e Doença da Criança-Edição para Adolescentes] (Starfield *et al.*, 1995) possui seis campos da saúde: satisfação com o estado de saúde, desconforto, riscos,

capacidade de recuperação, distúrbios e alcance. Treze combinações dos quatro primeiros destes campos abrangem a taxonomia dos perfis de saúde, e os adolescentes se encaixam em apenas um destes perfis dependendo se seus escores nos diferentes campos estiverem no terço mais alto, médio ou mais baixo da distribuição de escore nas populações de adolescentes. Os resultados dos serviços podem ser avaliados de acordo com o fato dos indivíduos ou populações de indivíduos mudarem para perfis que caracterizem melhor a saúde, mudarem para perfis piores ou permanecer nos mesmos (Starfield e Riley, 1998; Riley *et al.*, 1998). Estes perfis têm sido testados entre adolescentes em escolas, estabelecimentos para tratamento de doenças agudas, clínicas especializadas para o manejo de doenças crônicas e entre jovens com distúrbios mentais; eles mostram como tanto as debilidades como a resistência, esperadas e inesperadas, dos indivíduos são manifestadas e interagem entre si. Ferramentas como estas são particularmente adequadas à avaliação do impacto de intervenções que objetivam melhorar o conjunto da saúde, particularmente em grupos de indivíduos. Ver a saúde a partir da perspectiva dos indivíduos, e não da perspectiva de vários aspectos dos indivíduos, oferece oportunidades para ajustar a atenção primária da forma que seja mais adequada para este conjunto de necessidades, que provavelmente interagem de maneiras que transformam as abordagens categóricas mais convencionais em intervenções ineficientes.

Resolução de problemas específicos do paciente como uma medida de resultado. Uma abordagem genérica subutilizada e potencialmente útil para avaliar os resultados de determinados aspectos da atenção clínica está baseada na idéia de que as pessoas buscam atenção para necessidades ou problemas percebidos e que a atenção efetiva deveria amenizar estes problemas. “Necessidades” ou “problemas” que as pessoas trazem aos serviços de saúde incluem a atenção preventiva indicada, tratamento para problemas agudos autolimitados e melhora das manifestações de doença crônica, debilitações, deficiências e incapacidades. A Classificação Internacional de Problemas na Atenção Primária (ver Capítulo 16) torna possível categorizar e codificar estas necessidades e problemas. As abordagens para implementação deste

aspecto da avaliação dos resultados requerem uma documentação cuidadosa dos problemas quando eles são apresentados aos profissionais de saúde, como “queixa principal” ou “motivo para consulta” ou quando eles ocorrem no decorrer da interação paciente-profissional. A atenção médica de alta qualidade deveria, geralmente, levar à resolução dos problemas ou, pelo menos, à redução de sua intensidade, severidade ou manifestações, não importando o problema ou como é manifestado. Portanto, esta abordagem reúne informações de pacientes depois de um período de tempo que é considerado adequado para alcançar uma resposta. As diferenças entre os profissionais de saúde, ou entre as diferentes unidades de atenção ou sistemas de saúde, no momento do alcance da melhora dos problemas de saúde podem refletir as diferenças na efetividade dos serviços prestados. Em uma aplicação anterior deste método (Mushlin e Appel, 1980) os pacientes foram contatados vários dias depois de uma consulta para determinar se ainda tinham sintomas, quanta limitação das atividades apresentaram e seu entendimento da causa e do prognóstico de seus problemas. Quando estas avaliações dos resultados foram comparadas com as auditorias dos prontuários médicos padrão, as avaliações foram mais sensíveis do que as auditorias na detecção da atenção abaixo do padrão, pelo menos quando medida em comparação com os julgamentos da qualidade da atenção global feitos por peritos.

A *Duke Severity of Illness Checklist* [Lista de Checagem da Severidade de Doenças de Duke] (Parkerson *et al.*, 1993) é uma abordagem similar, exceto pelo fato de que ela julga a severidade dos níveis de sintoma, as complicações, o prognóstico sem tratamento e a resposta esperada ao tratamento a partir do ponto de vista dos médicos. Ela foi testada por 22 médicos de família voluntários em nove países para pacientes adultos. Os profissionais acreditavam que a ferramenta seria útil basicamente para pacientes mais velhos e aqueles com problemas crônicos de saúde (Parkerson *et al.*, 1996). Como ele requer que seja feita uma consulta para a avaliação, não seria útil para julgar a melhora dos pacientes sem uma consulta de retorno, a menos que fosse adaptada através do uso de telefone ou correio.

Quando sistematicamente empregada em unidades de saúde, esta abordagem direciona as considerações para os déficits ou, contrariamente, para os sucessos no manejo dos problemas dos pacientes ou por profissionais específicos ou tipos de profissionais e servindo assim como uma “educação continuada” constante focalizada nos resultados da atenção. Ela também oferece uma base para gerar pesquisas clínicas para determinar por que níveis esperados de resolução ou melhora de problemas não ocorreram e para o estabelecimento de metas para a melhora.

QUAIS SÃO OS DETERMINANTES DA ATENÇÃO DE ALTA QUALIDADE?

Estudos mostraram que existem três determinantes principais da qualidade da atenção: o período de experiência do médico no manejo de um problema específico em estudo, a natureza da organização na qual o médico trabalha e a duração do período de treinamento em pós-graduação no assunto sendo estudado (Palmer e Reilly, 1979). Estudos mais recentes sugerem o destaque contínuo das características da organização. Por exemplo, os arranjos por capitação nos quais os médicos trabalham em grupos, e não de forma independente, tiveram melhores resultados no papel e no funcionamento físico para pacientes deprimidos (Rogers *et al.*, 1993). Entretanto, a ampliação do foco para aspectos da atenção mais genéricos, enfocados na pessoa pode tornar características como a natureza da interação médico-paciente muito mais importantes.

Está claro que diferentes tipos de abordagem para avaliar a qualidade podem nem sempre levar às mesmas conclusões. Os serviços que superam em alcance as características da atenção primária podem nem sempre fornecer a melhor qualidade da atenção medida pelas intervenções clínicas específicas e nem são garantia de que alcance os melhores resultados todas as vezes. Contrariamente, os serviços de qualidade tecnicamente elevada podem não ser espelhados pelo desempenho adequado nas formas de prestação de serviços e

podem nem sempre alcançar aqueles que mais necessitam deles. Embora pouco seja sabido a respeito da correlação no julgamento da qualidade da atenção medida pelas diferentes abordagens, sabemos que os julgamentos da qualidade da atenção que são baseados na avaliação dos resultados nem sempre concordam com os julgamentos feitos com base em uma revisão das características da atenção prestada, ainda que seja no mesmo paciente. Por exemplo, Brook *et al.* usaram informações de questionários de histórico médico, exames, queixas do seguro e entrevistas com médicos e pacientes para julgar a qualidade da atenção ambulatorial (não necessariamente limitada aos médicos de atenção primária) para três problemas crônicos em adultos e quatro problemas crônicos em crianças. Peritos sugeriram que embora aproximadamente 70% dos pacientes estivessem recebendo atenção subotimizada de acordo com os critérios predeterminados, uma melhor atenção resultaria em mais do que uma pequena melhora em menos da metade dos pacientes (Brook *et al.*, 1990). Vários estudos mostraram que os profissionais que estão abaixo do padrão em um conjunto de julgamentos não estão necessariamente abaixo do padrão em outros (Palmer *et al.*, 1996; Brook *et al.*, 1996).

Se os objetivos da atenção médica são melhorar a saúde e aliviar o sofrimento, as avaliações que tratam diretamente destas características são de maior valor do que as avaliações dos procedimentos para alcançá-los. Um estudo em grande escala realizado nos consultórios de médicos em várias cidades nos Estados Unidos fornece um exemplo interessante do emprego tanto dos determinantes específicos dos problemas como dos determinantes genéricos do resultado para os indivíduos com quatro problemas crônicos (hipertensão, diabetes *mellitus* não insulino-dependente, doença cardíaca congestiva e distúrbio depressivo) observados em tipos diferentes de arranjos organizacionais e por diferentes tipos de profissionais, incluindo médicos de família, internistas, cardiologistas, endocrinologistas, psiquiatras, psicólogos clínicos e outros profissionais de saúde mental (Tarlov *et al.*, 1989). Os resultados incluíam medidas clínicas como pressão arterial; funcionamento físico, social e desempenho dos pacientes na vida diária; percepções do

paciente saúde geral e bem-estar; e satisfação do paciente com o tratamento (Tarlov *et al.*, 1989). Não houve diferenças sistemáticas por tipo de organização nem por especialidade médica na qualidade da atenção medida pelos resultados entre os pacientes com diabetes e hipertensão (Greenfield *et al.*, 1995). Entretanto, os pacientes idosos e de baixa renda (com qualquer um dos quatro problemas) tiveram piores resultados da saúde física do que os pacientes em sistemas de saúde caracterizados pelos pagamentos capitados; contrariamente, pacientes idosos não pobres com doença crônica tiveram melhores resultados da saúde física sob estas circunstâncias. Nenhuma diferença consistente foi encontrada para os resultados da saúde mental. Os autores formularam a hipótese de que pacientes com menos recursos sociais e de saúde são menos capazes de ser beneficiados pelos novos tipos de estabelecimentos de saúde do que os indivíduos com maiores recursos (Ware *et al.*, 1996). Outras análises do estudo mostraram que, para os pacientes em geral, a maioria das diferenças no funcionamento e no bem-estar, não foram explicadas pela presença de problemas médicos crônicos específicos nos pacientes (Stewart *et al.*, 1989). Além disso, todas as medidas de estado de saúde foram piores se os pacientes apresentavam sintomas depressivos (Wells *et al.*, 1989). Assim, fica claro que a avaliação dos resultados da atenção para problemas de saúde específicos deve levar em consideração tanto fatores do paciente, como a presença de outros problemas (comorbidade) apresentados pelos pacientes como as características dos estabelecimentos em que a atenção é oferecida.

Como a qualidade da atenção é uma “redefinição sucessiva do inalcançável”, será, indubitavelmente, impossível estabelecer padrões normativos absolutos para a qualidade, que sejam invariáveis no decorrer do tempo. A qualquer momento, entretanto, órgãos normativos e de acreditação podem querer estabelecer padrões mínimos em cada uma das quatro áreas de avaliação da qualidade. Atualmente a aplicação principal da avaliação da qualidade é para o manejo interno em que as unidades de saúde individuais examinam sua qualidade de acordo com as metas estabelecidas por eles e depois projetar mecanismos para melhorar o que parece ser um desempenho abaixo do padrão. O

advento da atenção gerenciada competitiva, na qual a qualidade freqüentemente é definida como a comercialização bem-sucedida e o retorno adequado do lucro dos investidores, tem preparado esforços para desenvolver as avaliações da qualidade que são, de alguma forma, mais condizentes com os componentes da qualidade descrita neste capítulo. Condizente com o enfoque “competitivo” do sistema de serviços de saúde atual, a adequação da qualidade é derivada, basicamente, de comparações entre as unidades e os planos de saúde, direcionadas ao alcance de padrões preestabelecidos.

FONTES DE INFORMAÇÃO PARA MEDIÇÃO DO DESEMPENHO CLÍNICO

Uma vez que a atenção primária é agora freqüentemente coberta pelos planos de seguro ou pelos programas governamentais, na maioria dos países, embora em alguns (como nos Estados Unidos) de forma incompleta, a qualidade da atenção é uma preocupação crescente destes pagadores “terceiros”. Para manter a vigilância da qualidade da atenção, estes órgãos agora exigem ou estimulam a coleta de informações para as atividades de garantia de qualidade. Algumas destas informações vêm dos mesmos formulários de queixas que são usados para fins de cobrança, em locais em que os pagamentos de taxas por serviço ainda são comuns. Entretanto, um problema é que as informações ligadas aos propósitos de cobrança algumas vezes são mostradas de forma a maximizar os reembolsos, e não para refletir a atenção clínica. Os formulários de consulta computadorizados servem para os mesmos propósitos que os formulários de queixas e têm limitações similares, ou seja, precisão e exatidão incertas. Entretanto, geralmente contêm mais informações do que os formulários de queixas, são mais fáceis de usar e estão disponíveis na maior parte das vezes.

As avaliações a respeito da adequação da atenção clínica podem ser baseadas tanto nos padrões estabelecidos *a priori* como por comparações com outras unidades de saúde. Quando as unidades de saúde são comparadas, as diferenças na qualidade da atenção são,

geralmente, difíceis de interpretar porque podem ser devidas às diferenças na qualidade da atenção ou na extensão ou severidade das doenças nas populações, nas várias unidades de saúde. Esta é uma questão preocupante se o foco em consideração recair sobre enfermidades específicas ou sobre medidas genéricas de qualidade. Em qualquer dos casos, as comparações da qualidade entre as duas unidades de saúde são interpretáveis somente se a extensão da morbidade de suas populações for a mesma. Algumas populações podem ser mais doentes do que outras e exigir um tipo diferente de atenção mesmo para os mesmos problemas sob investigação. Se o grau de morbidade não for o mesmo, os mesmos critérios para a adequação da atenção podem ser inadequados e podem não ser aplicáveis a ambos.

Outra abordagem para a caracterização da comorbidade nos estabelecimentos ambulatoriais é o método do *Ambulatory Care Group* (ACG) [Grupo de Atenção Ambulatorial]. Este método caracteriza os pacientes de acordo com os tipos de combinações de seus problemas de saúde em um período de tempo, e não em consultas individuais. O sistema ACG prevê o uso concomitante e subsequente dos serviços e também distingue as populações que sabidamente têm cargas diferentes de morbidade. Também pode ser usado para examinar os motivos para a variabilidade nos padrões das unidades de atendimento nas áreas geográficas e entre os médicos de atenção primária (Starfield *et al.*, 1991). Técnicas como o método ACG são necessárias na avaliação da qualidade da atenção para caracterizar a comorbidade de forma que as comparações entre as diferentes unidades de saúde possam ser interpretadas de forma mais exata.

Os prontuários médicos são a fonte mais comum de dados para estudos de pesquisa de qualidade da atenção que lidam com o desempenho clínico. Devido aos gastos da revisão dos registros individuais em papel, esta abordagem geralmente não é prática para o uso em atividades de monitoramento contínuo. Os formulários de queixas computadorizados ou resumos de consultas fornecem uma fonte mais prática; os prontuários médicos computadorizados devem, eventualmente, tornar o monitoramento da qualidade da atenção mais exata e viável.

Entretanto, uma vez que os formulários de queixa estão facilmente disponíveis, eles são uma fonte lógica de informação a respeito de vários aspectos da qualidade da atenção. Dados dos formulários de queixas, especialmente quando ligados a “arquivos de beneficiários” para obter informações a respeito das características demográficas, são úteis para atividades para melhorar a qualidade nas populações inscritas (como aqueles que recebem o Medicare nos Estados Unidos) ou pacientes em uma organização de atenção à saúde. Weiner *et al.* (1990) recomendaram 60 indicadores da qualidade que empregam informações obtidas a partir dos formulários de queixas e que podem ser usadas para monitorar a qualidade da atenção nestas populações. Algumas são específicas por problema, enquanto outras são genéricas.

Uma categoria destes indicadores reflete a atenção preventiva; ela inclui os procedimentos que previnem enfermidades e procedimentos de exame para detectar a doença em um estágio inicial. Um exemplo desta categoria é a porcentagem de crianças ou adultos que recebem as imunizações recomendadas no momento apropriado. Exemplos dos critérios para a triagem incluem a porcentagem de pessoas que recebem um teste recomendado (como exame de Papanicolaou para câncer cervical em mulheres adultas) e a porcentagem de crianças que recebem o número recomendado de consultas para crianças saudáveis.

Uma segunda categoria dos indicadores refere-se à adequação dos procedimentos diagnósticos. Um exemplo é a porcentagem de pessoas com um determinado diagnóstico que recebeu os exames diagnósticos recomendados; outro é o uso excessivo de procedimentos ou medicações que expõem, sem necessidade, os indivíduos a problemas iatrogênicos.

Uma terceira categoria referente ao tratamento e manejo tem o maior número de indicadores sugeridos. Entre os indicadores estão aqueles referentes às medicações, como taxas de pacientes que recebem medicações inadequadas ou contra-indicadas, e aqueles referentes aos procedimentos cirúrgicos terapêuticos, como as taxas de tonsilectomia

ou a extensão na qual os critérios para o desempenho das tonsilectomias são atendidos. Também incluídos nesta categoria estão os procedimentos de acompanhamento, como a porcentagem de pacientes perdidos para o acompanhamento. Os indicadores de continuidade ou de acesso para a atenção incluem elementos como a porcentagem de todas as consultas sem um encaminhamento feito para o profissional de atenção primária do paciente, a porcentagem de pacientes que apresentaram demora no recebimento dos procedimentos indicados e a porcentagem de consultas para a atenção de emergência que um contato anterior com o profissional de atenção primária poderia ter evitado. Os encaminhamentos a especialidades são outro tipo de indicador desta categoria; um exemplo é a porcentagem de pacientes com mais de 50 anos de idade com diabetes insulino-dependente que deveriam ser examinados regularmente por um oftalmologista.

Outra categoria ainda de indicadores é aquela que reflete as funções gerais como as taxas de hospitalização, reinternação e eventos-sentinelas, que nunca, ou apenas raramente, deveriam ocorrer sob condições em que os serviços de saúde são adequados. Categorias adicionais de indicadores refletem a atenção aos pacientes internados que podem estar sob controle do médico de atenção primária.

Taxas altas ou baixas de ocorrência de indicadores são a base para interpretar alguns dos critérios, enquanto para outras a ocorrência de eventos adversos específicos apontam um problema com a qualidade. Indicadores como as atividades preventivas refletem eventos desejáveis enquanto outros representam os indesejáveis.

Quando as informações a respeito da qualidade da atenção são obtidas dos formulários de queixas, elas são limitadas aos usuários de serviços que não são, necessariamente, representantes daqueles eletivos para receber a atenção. Outra limitação dos registros de queixas é a relativa escassez de informações referentes aos detalhes da atenção clínica. Além disso, e como os prontuários médicos, eles são de pouca utilidade na avaliação da extensão na qual os profissionais reconhecem adequadamente as preocupações que fazem com que os pacientes busquem a atenção. Esta última

faceta da atenção ainda não é um aspecto das atividades de maior melhora da qualidade. A avaliação de outros aspectos de diagnóstico, terapia e reavaliação requer informações adicionais de fontes outras que não os formulários de queixas, para identificar a natureza e a fonte da ausência de qualidade, de forma que possam ser tomadas atitudes para remediar a situação. Pesquisas de pessoas aleatoriamente selecionadas de relações de inscritos (listas de pacientes), e não entre aqueles que fazem consultas de forma inconstante, são mais adequados para as avaliações que envolvem as pessoas eletivas para a atenção que não a utilizam, bem como aquelas que o fazem.

O monitoramento dos resultados da atenção decorrentes do desempenho clínico é um desafio porque freqüentemente os dados não estão disponíveis. Os resultados da atenção não são relatados freqüentemente nos prontuários médicos e nunca são relatados nos formulários de queixa ou registros da consulta. Devido a esta lacuna nas informações, o *National Committee on Vital and Health Statistics* [Comitê Nacional sobre Estatísticas Vitais e de Saúde] recomenda que os dados sobre o estado funcional sejam rotineiramente relatados para cada consulta. Como não há nenhum um método bem aceito para avaliar o estado funcional em pacientes ou em populações, a implementação desta recomendação não ocorrerá até que o campo da avaliação dos resultados avance mais.

Várias outras técnicas podem facilitar o aprimoramento da qualidade no estabelecimento de atenção primária. Pesquisas periódicas e sistemáticas de pacientes por telefone são fontes de informações referentes aos julgamentos dos pacientes a respeito de sua atenção e sua resposta às terapias médicas. Os pacientes podem ser questionados a respeito do tempo que levou até a remissão dos sintomas e a respeito das dificuldades que possam ter apresentado com o tratamento prescrito. O emprego de pacientes simulados de forma regular pode fornecer informações a respeito da forma como a atenção é prestada e se os pacientes tiveram preocupações a respeito de qualquer um de seus aspectos.

Como as unidades de saúde clínicas assumem a responsabilidade para com as populações definidas por um período de tempo, a orientação destas abordagens baseadas no paciente irão em direção às medidas do desempenho clínico, que são mais orientadas às pessoas do que a suas enfermidades. O ímpeto em relação a isto é explicitamente reconhecido pelo trabalho da FAACT (*Foundation for Accountability* [Fundação pela Responsabilidade]), uma organização sem fins lucrativos fundada em 1995 por várias organizações de consumidores, órgãos governamentais e empregadores privados nos Estados Unidos para garantir a disponibilidade de informações confiáveis para tomar decisões relativas à atenção à saúde (Lansky, 1996). Embora sua meta seja expandir o interesse para as categorias em questão, outras que não as enfermidades específicas, até o momento seu trabalho foi limitado ao câncer de mama, diabetes, distúrbio depressivo importante e alguns riscos à saúde como uso de tabaco ou álcool. Ela opera através da compilação e análise das informações existentes, que são revisadas por peritos e por grupos de consumidores em relação à e relevância em três áreas: “etapas para a boa atenção” (aspectos da atenção que atuam como marcadores de qualidade), satisfação do consumidor com a atenção recebida, e os “resultados” (impacto da atenção determinado pelo estado funcional e a não-utilização preventiva de serviços de saúde como hospitalizações). Por exemplo, o arquivo do diabetes consiste de 11 medidas de qualidade; seis estão baseadas em informações de pesquisas anuais com pacientes, e o restante vem dos registros de queixas, registros laboratoriais ou prontuários médicos. Das 11 medidas, seis estão relacionadas especificamente aos “resultados”, e três são as medidas de resultados derivados de pesquisas anuais, incluindo quão bem os pacientes lidam com sua enfermidade, interrupção do tabagismo e capacidade de manter atividades diárias. A intenção da FAACT é tornar seu trabalho definitivamente mais genérico através do desenvolvimento de uma ampla variedade de arquivos que englobem a completa variedade de características da saúde nas populações inscritas.

QUESTÕES POLÍTICAS RELACIONADAS AO DESEMPENHO CLÍNICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dois tipos de abordagens que se reforçam mutuamente formam atualmente a base para o desenvolvimento da política referente às atividades de garantia da qualidade: medicina baseada em evidências e estratégias para o auto-aprimoramento.

A medicina baseada em evidências (Sackett e Rosenberg, 1995) é uma abordagem para melhorar a qualidade da atenção específica ao problema por meio do uso de informações derivadas de revisões sistemáticas de estudos cientificamente completos, geralmente estudos clínicos controlados aleatórios. Onde há este tipo de evidência, ela fornece uma poderosa ferramenta para pensar sobre o que é adequado e inadequado na prestação de serviços clínicos, não importando se o serviço é de atenção primária ou especializada. Infelizmente, a maior parte da prática médica tem evoluído sem evidências sistemáticas que as justifiquem. Este é particularmente o caso na atenção primária, uma vez que a maioria das pesquisas médicas é realizada em grandes centros médicos dominados por especialistas, outros que não médicos de atenção primária. O argumento de que a “evidência” deveria ser a base para a prática médica fornece a fundamentação para o desenvolvimento de diretrizes clínicas para essa prática. Embora milhares de diretrizes tenham sido desenvolvidas por muitos grupos profissionais, normativos e de pesquisa, muitas vezes elas são inconsistentes entre si mesmo quando abordam o mesmo tópico clínico, indicando, assim, a imperfeição das evidências nas quais são baseadas (Merritt *et al.*, 1997; Dixon, 1990). Além disso, não está claro que evidências cientificamente sólidas poderiam esperar informar a maioria das decisões clínicas que devem ser tomadas na prática médica diária. Estudos clínicos controlados, aleatórios, por sua própria natureza, requerem que as condições da pesquisa sejam cuidadosamente especificadas e controladas, impedindo, assim, a inclusão de populações que não atendem aos critérios para inclusão no estudo. Dessa forma, estes estudos incluem subgrupos relativamente pequenos de pessoas com o problema em estudo – uma situação mais exacerbada pela falta de pessoas eletivas serem voluntárias

para participar do estudo. Assim, muitos dos achados de estudos clínicos controlados, aleatórios não são generalizáveis para a prática comum com vários tipos de população porque as condições a serem preenchidas no estudo não são aplicáveis.

A extraordinária variabilidade entre as pessoas e suas doenças, que resulta das características biológicas e sociais (incluindo a extensão na qual os pacientes concordam em aderir às recomendações do profissional), é ainda mais complicada pela variabilidade que existe nas condições de trabalho e as características dos profissionais. A avaliação da qualidade da atenção com o propósito de melhorá-la devem levar em consideração os motivos da falha em atender aos padrões ou expectativas. O problema está na qualificação, treinamento ou conhecimento do profissional? É um resultado das condições em que os profissionais trabalham, que limitam a extensão na qual eles podem implementar as práticas indicadas ou encorajam práticas inadequadas? É porque seus pacientes diferem suficientemente nas características pessoais ou da enfermidade dos pacientes típicos de forma a tornar inaplicáveis os critérios para adequação da prática? A outra limitação da avaliação a respeito da qualidade da atenção baseada nas evidências é que eles são úteis apenas para o assunto específico em avaliação, que geralmente é um problema ou diagnóstico específico. Como foi observado acima, não há evidências de que as avaliações a respeito da atenção padrão para uma prática médica sejam generalizáveis para outras.

Devido às várias dificuldades na especificação de critérios cientificamente sólidos para a qualidade, muitas abordagens para avaliar e aprimorar a qualidade são baseadas na idéia de que as técnicas para auto-avaliação em longo prazo fornecerão uma base melhor do que a insistência na adesão às normas para a atenção clínica (Berwick, 1989; Oxman *et al.*, 1995). Estas abordagens levam vantagem da variabilidade entre os profissionais e unidades de saúde para examinar os possíveis motivos para as diferenças nas práticas e, a partir daí, penetrar nas que estão mais associadas a melhores resultados e resultados equivalentes a custos menores do que as outras. Esta abordagem para a melhora da qualidade tem muitas vantagens, entre elas permitir a consideração da

variedade completa de atividades clínicas ao invés de estar limitado apenas àquelas para as quais as evidências científicas foram acumuladas. Isso também fornece maiores incentivos para os profissionais fazerem mudanças em suas práticas, já que as evidências são mais imediatamente relevantes para suas próprias práticas. Entretanto, a existência de um bom sistema de informação derivado das experiências de atenção ao paciente é necessária (ver Capítulo 16), bem como esforços conjuntos dos profissionais para revisar, sistematicamente, estas experiências como um foco importante de sua própria educação continuada.

Um dos principais desafios para o treinamento clínico está na incorporação dos componentes que estimulam o desenvolvimento de habilidades de auto-avaliação. Para isto ser alcançado, os programas de treinamento necessitam de um sistema de informação bem desenvolvido com o qual os treinandos podem revisar, periódica e sistematicamente, seu próprio desempenho e compará-lo com suas observações e com as evidências na literatura científica.

Em geral, a abordagem baseada na revisão cuidadosa de evidências científicas é mais útil na identificação dos aspectos da atenção que *não* são indicados. Em comparação, a abordagem com base nas revisões e comparações das experiências dos próprios profissionais, especialmente quando são comparadas com aquelas de tipos similares de práticas, promete maior melhora do nível global dos serviços, em especial na atenção primária em que a base para a tomada de decisão científica está ausente. Este tipo de abordagem foi chamada *epidemiologia clínica ajustada à população*. Ela requer que os profissionais unam forças num esforço colaborativo para documentar, sistematicamente, as características de seus pacientes, seus problemas, as intervenções oferecidas a eles e seus resultados. Ela se origina no reconhecimento de que a maioria das evidências usadas para apoiar a “medicina baseada em evidências” vêm de populações não representativas e altamente selecionadas. A experiência, tanto nacional quanto internacional, com a rede de pesquisa baseada na prática demonstrou como a sabedoria convencional, baseada na pesquisa em instituições médicas acadêmicas, muitas vezes está errada.

O principal desafio para o futuro da qualidade da atenção é a relevância para as necessidades da população. Em algumas províncias do Canadá, particularmente em Manitoba, os dados administrativos dos formulários de queixas são usados de forma bem-sucedida para examinar a qualidade da atenção a partir da perspectiva de uma população (Roos *et al.*, 1995). Existem muitos exemplos de sua utilidade para destacar as inadequações clínicas; a abordagem pode encontrar uma aplicabilidade muito mais ampla em todos os sistemas de saúde que coletam as queixas no formulário de consulta com as formas padrão de coleta e registro de informações clínicas. Estas abordagens formam as bases para muitas estratégias nacionais para avaliar e melhorar o desempenho clínico.

ABORDAGENS NACIONAIS PARA A AVALIAÇÃO E APRIMORAMENTO DO DESEMPENHO CLÍNICO

A preocupação crescente a respeito da utilidade de muitas intervenções médicas e a disponibilidade, cada vez maior, de técnicas para documentá-las e compará-las em diferentes estabelecimentos e áreas geográficas tem estimulado o desenvolvimento de atividades em maior escala do que nos estabelecimentos clínicos individuais.

Por muitos anos grupos de profissionais têm se engajado no estabelecimento de padrões para uma variedade de intervenções médicas contra as quais os modelos de prática profissional possam ser avaliados. Por exemplo, a *American Academy of Pediatrics* publicou uma série de manuais que fornecem orientação para os profissionais em relação aos componentes da atenção a bebês e crianças saudáveis e o diagnóstico e manejo adequados de enfermidades infecciosas em crianças (American Academy of Pediatrics, 1997a, b). Além disso, grandes seguradoras de saúde, como a Blue Cross e a Blue Shield Associations, têm tentado estabelecer diretrizes para a adequação de muitos serviços de diagnóstico e tratamento.

O *Dutch College of General Practitioners* [Colégio Holandês de Clínicos Gerais] desenvolveu 45 diretrizes para a clínica geral; elas

abrangem problemas como diabetes não insulino-dependente, torção do tornozelo, otite média e distúrbios do sono (Grol *et al.*, 1995). Um esforço comparável está em andamento na Nova Zelândia (Hadorn e Holmes, 1997), embora com menos ênfase nos problemas da atenção primária do que é o caso para as diretrizes holandesas. Os governos nacionais também estão envolvidos no estabelecimento de diretrizes. Nos Estados Unidos, a *Agency for Health Care Policy and Research* [Órgão para Pesquisa e Política de Saúde] tinha um programa organizado de desenvolvimento de diretrizes que foi abandonado em meados dos anos 90, pelo menos parcialmente, devido a muitos esforços não-governamentais.

Nos Estados Unidos, o advento da atenção gerenciada tem gerado preocupações de que a ênfase no controle de gastos levará ao sacrifício da qualidade da atenção. Em resposta, o *National Committee on Quality Assurance* [Comitê Nacional pela Garantia da Qualidade] (um grupo patrocinado, principalmente, por grandes empregadores e organizações de atenção gerenciada) propôs um conjunto de medidas de desempenho para os planos de saúde para considerar a adoção e compartilhamento de seus resultados. Cinco categorias principais englobam o *Health Employers Data and Information System* [Sistema de Dados e Informações dos Empregadores em Saúde] – HEDIS: qualidade, acesso e satisfação, utilização, manejo do plano e financiamento. As medidas de qualidade estão basicamente relacionadas às medidas de desempenho clínico dos processos de atenção para condições e atenção preventiva selecionadas utilizando, basicamente, abordagens para a avaliação da qualidade que foram projetadas nos anos 60 para a avaliação da atenção em unidades de saúde patrocinadas pelo governo. O HEDIS fornece manuais contendo orientações para a seleção de pacientes para o estudo e para as formas de compilar e relatar os dados. Para a maior parte dos indicadores, são necessários períodos mínimos de inscrição para os pacientes serem eletivos para a inclusão nas análises de qualidade. Portanto, o HEDIS é estritamente uma abordagem orientada para o paciente (e não para a população) para a avaliação da qualidade porque as pessoas que não são inscritas no plano, que se retiram do plano por qualquer motivo (incluindo insatisfação ou resultados

fracos) ou que aderiram a ele ou o deixaram recentemente não estão representados nas avaliações da qualidade (National Committee on Quality Assurance, 1997).

Nos Estados Unidos, o governo também tem um papel na garantia da qualidade da atenção. As atividades de garantia de qualidade impostas pelo governo foram conferidas às “organizações de revisão de observações” (PROs – Perrenue Organizations) criadas pelo Congresso em 1982 para supervisionar os serviços de saúde pagos pelos fundos federais (basicamente aqueles para idosos na forma do Medicare). A *Health Care Financing Administration* [Administração para Financiamento da Atenção à Saúde], um órgão do Department of Health and Human Services [Ministério da Saúde e Serviços Humanos], é responsável por estas atividades. O programa mais recente é intitulado “*Health Care Quality Improvement Initiative*” [Iniciativa de Aprimoramento da Qualidade da Atenção à Saúde] (HCQII); ele opera por meio das organizações de revisão de observações (organizações de médicos em áreas locais) para empregar critérios nacionais uniformes, explícitos para examinar os padrões de atenção e resultados (Jencks e Wilensky, 1992). Estas PROs enfocam, basicamente, as diferenças persistentes entre as deficiências observadas e alcançáveis na oferta de atenção, e não nas ocasionais e incomuns. As PROs identificam as deficiências e as destacam para os profissionais, que devem, então, realizar um estudo mais intensivo para identificar as causas e propor soluções. Entretanto, este programa é, basicamente, focado na atenção hospitalar e, assim, limitou a aplicação à atenção primária.

O *Bureau of Primary Health Care* [Escritório de Atenção Primária à Saúde] (1995), um órgão da *Health Resources and Services Administration* [Administração de Serviços e Recursos Humanos] do U.S. Department of Health Services [Ministério da Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos], desenvolveu recomendações para a medição do impacto dos centros de saúde sobre a redução das lacunas no estado de saúde entre as minorias ou as populações de baixa renda e as populações norte-americanas como um todo. O enfoque é basicamente na avaliação da capacidade, desempenho e resultados para um conjunto de problemas

clínicos específicos, incluindo diabetes, enfermidade cardiovascular, câncer de mama, câncer cervical, enfermidades infecciosas (como síndrome da imunodeficiência adquirida e gastroenterite em crianças), taxas de imunização em crianças, asma e resultados da gestação. A Tabela 12.3 fornece exemplos da abordagem para duas destas condições. Além disso, ela inclui a avaliação das taxas de hospitalização para condições sensíveis à atenção ambulatorial (ver Capítulo 13).

Tabela 12.3
Exemplos de medidas para avaliação da Atenção Primária

Condição	Estrutura	Processo	Resultados intermediários	Resultados definitivos
Câncer de mama	Presença de serviços de mamografia (diretamente ou por encaminhamento)	Encaminhamento/recebimento de mamografias Acompanhamento de mamografias anormais Agressividade do tratamento	Redução do estágio da doença no decorrer do tempo	Mortalidade reduzida
Imunização	Disponibilidade de imunizações adequadas à idade Sistema de rastreamento Sistema de lembrete	Menos oportunidades perdidas	Recebimento de antígenos de forma oportuna (pode escolher vários pontos de saída)	Incidência reduzida de enfermidades imunizáveis

Fonte: Bureau of Primary Health Care (1995)

Uma combinação de grupos governamentais e não-governamentais produziu um “cartão de relato” para serviços de saúde mental, alguns dos quais poderia ser esperado que fizessem parte dos serviços de atenção primária. Este esforço é o resultado da colaboração entre grupos de consumidores, grupos de defesa da saúde mental e a *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* [Administração de Serviços de Saúde Mental e Abuso de Substâncias] do *Department of Health and Human Services* (Mental Health Statistics Improvement Program, 1966). Ele enfoca a perspectiva do consumidor, os resultados e as pessoas com doença mental séria. Suas atividades são organizadas em campos, incluindo acesso, adequação, resultados e prevenção.

O sistema ORYX da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* [Comissão Conjunta sobre Acreditação de Organizações de Atenção à Saúde], uma organização de acreditação não-governamental nos Estados Unidos, tem por objetivo a integração do uso das avaliações dos resultados e a medição do desempenho clínico no processo de acreditação. As unidades e planos de saúde têm permissão para escolher entre 60 sistemas para a avaliação da atenção. Entretanto, nenhum destes sistemas é capaz de abordar a prestação de serviços de atenção primária de qualidade. Seu enfoque é basicamente (56 de 60) sobre a medição do desempenho clínico; 17 também incluem a avaliação da “satisfação”, que pode, em parte, conter informações relevantes para o alcance dos aspectos mais importantes da atenção primária. Já que a grande maioria destes instrumentos é exclusiva e não de domínio público, seu teor específico, método de interpretação de dados e aplicabilidade à atenção primária, em particular, não são conhecidos (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, 1997).

Nenhum destes esforços norte-americanos na formulação de abordagens nacionais para garantir a qualidade do desempenho clínico enfoca especificamente os serviços de atenção primária. Entretanto, a centralidade da atenção primária é implicitamente reconhecida em todas elas, e os indicadores que foram escolhidos representam as questões que são, geralmente, questões de atenção primária. Além disso, elas representam o espectro de interesses a respeito da capacidade e organização dos serviços, desempenho clínico e em uma medida muito mais limitada, os resultados da atenção. A grande maioria de indicadores do esforço do HEDIS envolve a capacidade e o desempenho, como o desempenho de procedimentos indicados para condições específicas. As taxas de imunização entre os usuários de organizações de atenção gerenciada representam uma tentativa de incluir pelo menos

uma medida de resultado presumindo-se que a imunização está diretamente relacionada a impedir determinadas enfermidades. Os indicadores do *Mental Health Statistics Improvement Program* [Programa de Melhoria das Estatísticas em Saúde Mental] (1966) envolvem a avaliação dos resultados em 43%, as avaliações do processo em 23% e a avaliação das características estruturais em 34%.

Outros países estão desenvolvendo métodos para melhorar a qualidade dos serviços de atenção primária. Por exemplo, na Espanha, o *Insalud* [Serviço Nacional de Saúde] envia, uma vez por mês aos generalistas, uma lista de medicações que eles prescreveram, seu custo e as indicações da qualidade de sua prescrição conforme medida pela prescrição dos medicamentos sem valor terapêutico conhecido (por exemplo, medicação para veias varicosas). Estas listas são personalizadas para os indivíduos, com as considerações de idade e sexo baseadas na lista de pacientes do médico, e são acompanhadas de um resumo dos desempenhos combinados dos profissionais no mesmo centro de saúde, de forma que os profissionais possam comparar seus desempenhos com o desempenho geral no centro de saúde.

A divulgação pública das informações é uma abordagem que pode ser cada vez mais usada, especialmente em sistemas de saúde orientados para o mercado. A suposição é que fornecer informações aos consumidores a respeito do desempenho das organizações de atenção à saúde ajude-os a selecionar os médicos e unidades de saúde cujo desempenho é melhor, encorajando, assim, todos os médicos e unidades de saúde a fornecer serviços superiores. Esta abordagem potencial foi reconhecida pelo *Institute of Medicine* (1981), que declarou que a “viabilidade e efetividade da publicação dos casos de qualidade inferior persistente pelos profissionais individuais devem ser exploradas”. O *Institut of Medecine* também endossou a política de divulgação para o público de todas as informações exceto as que identificam pacientes específicos. Recomendou que estejam à disposição

informações de forma que instituições sejam identificadas e numa forma que identifique os médicos por um código inviolável sem incluir seu nome. Também recomendou que as organizações de revisão da qualidade divulguem a um paciente solicitante ou representante do paciente qualquer dado a respeito do paciente que possa derivar de um resumo de registro médico (Institute of Medicine, 1981). Um maior desenvolvimento de abordagens para a especificação dos resultados adequados da atenção ambulatorial levaria à divulgação pública referente a este aspecto do desempenho dos médicos de atenção primária também. Deve ser reconhecido, entretanto, que esta é uma abordagem muito indireta para o aprimoramento da qualidade da atenção porque operaria apenas através da insatisfação expressa difundida levando ao cancelamento de planos de saúde com conseqüentes incentivos para que os planos determinassem os motivos da insatisfação.

Melhores sistemas de informação agora são capazes de superar quaisquer dificuldades iniciais na obtenção de dados a respeito da qualidade da atenção. Novas organizações integradas de saúde apresentam maior probabilidade de ter sistemas de informação que sejam relativamente acessíveis e relativamente completos, pelo menos quando comparados com registros na maioria dos consultórios individuais ou pequenos grupos de médicos. As práticas e planos que agora envolvem os pacientes na tomada de decisão ou em uma política de proteção também poderiam desenvolver protótipos para a participação do consumidor na garantia da qualidade. As organizações de atenção primária com populações definidas também poderiam experimentar técnicas para combinar as medidas orientadas para a clínica e para a população para fornecer uma melhor base para o planejamento e a formulação da política.

Assim, as tentativas atuais de avaliação e garantia da qualidade da atenção pelos órgãos de acreditação estão começando a mudar dos focos iniciais sobre as características estruturais e do desempenho para um enfoque sobre os resultados

da atenção, para envolver médicos na revisão de seu próprio desempenho em relação a outros e para envolver os pacientes não apenas no julgamento de sua própria atenção, mas também como participantes ativos fazendo uso das quantidades cada vez maiores de dados a respeito da qualidade da atenção para informar suas próprias escolhas sobre a busca da atenção. Os princípios éticos necessitam de consideração da autonomia, beneficência, mau procedimento e justiça na prestação do serviço de saúde. As preocupações tradicionais de efetividade, eficiência, adequação, aceitabilidade e acesso tratam, basicamente, da autonomia e da beneficência. Mais consideração sobre a inadequação tratará a questão do mau procedimento. Finalmente, um foco sobre a avaliação da extensão na qual os serviços são oferecidos onde são mais necessários trará consideração à questão da justiça, uma área convencionalmente ignorada na consideração dos esforços para a qualidade da atenção. Como uma importante limitação de todas estas avaliações é a disponibilidade de dados para apoiá-los, seu sucesso dependerá muito do movimento para o desenvolvimento de métodos para obter informações de sistemas de informação baseados na prática, das próprias pessoas, e, por último, dos sistemas de informação comunitários que capacitam as unidades de saúde a irem de um enfoque estritamente sobre o paciente para um enfoque populacional.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Guidelines for Health Supervision*. 3.ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1997a.

_____. *Report of the Committee on Infectious Diseases*. 24.ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1997b.

ANDERSON, J. et al. AmbuQual: A computer-supported system for the measurement and evaluation of quality in ambulatory care settings. *J Ambulatory Care Manage*, n.12, p. 27 – 37, 1989.

BARKER, L, et al. Recognition of information and coordination of ambulatory care by medical residents. *Med Care*, n. 27, p. 558 – 62, 1989.

BERWICK, D. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med*, n. 320, p. 53 – 6, 1989.

BORGIEL, A. et al. Quality of care in family practice: Does residency training make a difference? *Can Med Assoc J*, p. 1035 – 43, 1989.

BOROWSKY, S. et al. Are all health plans equal? *JAMA*, n. 278, p. 917 – 21, 1997.

BRENNAN, T. A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*, v. 324, n. 6, p. 370 – 6, 1991.

BROOK, R. et al. Quality of ambulatory care: Epidemiology and comparisons by insurance status and income. *Med Care*, n. 28, p. 392 – 410, 1990.

_____ ; MCGLYNN, E.; CLEARY, P. Measuring quality of care. *N Engl J Med*, n. 335, p. 966 – 70, 1996.

BUETOW, S. et al. Prevalence of potentially inappropriate long term prescribing in general practice in the United Kingdom, 1980 – 95: Systematic literature review. *BMJ*, n. 313, p. 1371 – 4, 1996.

BUREAU OF PRIMARY HEALTH CARE. *Consensus Conference of Health Status Gaps of Low-Income and Minority Populations*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Health Resource and Services Administration, 1995.

COCHRANE, A. *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Service*. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.

COOK, C. D.; HEIDT, J. *Assuring Quality Out-Patient Care for Children: Guidelines and a Management System*. New York: Oxford University Press, 1988.

DIXON, A. The evolution of clinical policies. *Med Care*, n. 28, p. 201 – 20, 1990.

EDWARDS, M. W.; FORMAN, W. M.; WALTON, J. Audit of abdominal pain in general practice. *J R Coll General Practitioners*, n. 35, p. 235 – 8, 1985.

EINARSON, T.; SEGAL, H.; MANN, J. Drug utilization in Canada: An analysis of the literature. *J Soc Admin Pharm*, n. 6, p. 69 – 82, 1989.

EISELE, C.; SLEE, V.; HOFFMAN, R. Can the practice of medicine be evaluated? *Ann Intern Med*, n. 44, p. 144 – 61, 1956.

FEENY, D. et al. Multi-attribute health status classification systems. *Pharmacol Econ*, n. 7, p. 490 – 502, 1995.

GONELLA, J. et al. Use of outcome measures in ambulatory care evaluation. In: GIEBINK, G.; WHITE, N.; SHORT, E. (Ed.). *Ambulatory Medical Care-Quality Assurance*. La Jolla, CA: La Jolla Science Publications, 1977.

_____ HORN BROOK, M.; LOUIS, D. Staging of disease: A case-mix measurement. *JAMA*, n. 251, p. 637 – 44, 1984.

GREENFIELD, S. et al. Comparison of a criteria map to a criteria list in quality-of-care assessment for patients with chest pain: The relations of each to outcome. *Med Care*, n. 19, p. 255 – 72, 1981.

_____ et al. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin-dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. Results from the medical outcomes study. *JAMA*, n. 74, p. 1436 – 44, 1995.

GROL, R.; THOMAS, S.; ROBERTS, R.; Development and implementation of guidelines for family practice: Lessons from the Netherlands. *J Fam Pract*, n. 40, p. 435 – 9, 1995.

HADORN, D.; HOLMES, A.; The New Zealand and priority criteria project. *BMJ*, n. 314, p. 131 – 4, 1997.

HART, J. T. The inverse care law. *Lancet*, v. 1, n. 696, p. 405 – 12, 1971.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Access to Medical Review Data*. Washington, DC: National Academy Press, 1981.

JENCKS, S.; WILENSKY, G. The health care quality improvement initiative: A new approach to quality assurance in Medicare. *JAMA*, n. 268, p. 900 – 3, 1992.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. *ORYX, The Next Evolution in Accreditation*. Chicago: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, 1997.

KERN, D. et al. Use of an outpatient medical record audit to achieve education objectives: Changes in residents' performances over six years. *J Gen Intern Med*, v. 5, n. 3, p. 218 – 24, 1990.

KERR, E. et al. Quality assurance in capitated physician groups: Where is emphasis? *JAMA*, n. 276, p. 1236 – 9, 1996.

KESSNER, D.; KALK, C.; SINGER, J. Assessing health quality – The case for tracers. *N Engl J Med*, n. 288, p. 189 – 94, 1973.

LANDGRAF, J. M.; ABETZ, L. N. Measuring health outcomes in pediatric populations: Issues in psychometrics and application. In: SPILKER, V. (Ed.). *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 2.ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996.

LANSKY, D. Foundation for Accountability (FAACT): A consumer voice on health care quality. *J Clin Outcomes Manage*, n. 3, p. 54 – 8, 1996.

LEMBCKE, P. Medical auditing by scientific methods. *JAMA*, n. 162, p. 646 – 55, 1956.

LEXCHIN, J. Improving the appropriateness of physician prescribing. *Int J Health Serv*, n. 28, p. 253 – 67, 1998.

MAJEED, A.; EVANS, N.; HEAD, P. What can PACT tell us about prescribing in general practice? *BMJ*, n. 315, p. 1515 – 9, 1997.

MCDONALD, C. Protocol-based computer reminders, the quality of care and the non-perfectibility of man. *N Engl J Med*, n. 295, p. 1351 – 5, 1976.

MCDOWELL, I.; NEWELL, C. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press, 1996.

MCKINZIE, J.; WRIGHT, S.; WRENN, K.; Pediatric drug therapy in the emergency department: Does it meet FDA-approved prescribing guidelines? *Am J Emerg Med*, n. 15, p.: 118 – 21, 1997.

MENTAL HEALTH STATISTICS IMPROVEMENT PROGRAM. *Consumer-Oriented Mental Health Report Care*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, April 1966.

MERRITT, T. A. et al. Clinical practice guidelines in pediatric and newborn medicine: Implications for their use in practice. *Pediatrics*, n. 99, p. 100 – 14, 1997.

MOREHEAD, M.; DONALDSON, R. Quality of clinical management of disease in comprehensive neighborhood health centers. *Med Care*, n. 12, p. 301 – 15, 1974.

MUSHLIN, A.; APPEL, F. Testing an outcome-based quality assurance strategy in primary care. *Med Care*, v. 18, n. 5, supl., p. 1 – 100, 1980.

NATIONAL COMMITTEE ON QUALITY ASSURANCE. *Health Employer Data and Information System*. Washington, DC: National Committee on Quality Assurance, 1997.

NUTTING, P. et al. Relationship of size and payment mechanism to system performance in 11 medical care systems. *Med Care*, n. 20, p. 676 – 90, 1982.

_____; SCHORR, G.; BURKHALTER, B. Assessing the performance of medical care systems: A method and its application. *Med Care*, n. 19, p. 281 – 96, 1981.

OXMAN, A.; CLARKE, M.; STEWART, L. From science to practice. Meta-analysis using individual patient data are needed. *JAMA*, n. 274, p. 845 – 6, 1995.

PALMER, R. H. The challenges and prospects for quality assessment and assurance in ambulatory care. *Inquiry*, n. 25, p. 119 – 31, 1988.

_____; REILLY, M. Individual and institutional variables which may serve as indicators of quality of medical care. *Med Care*, n. 18, p. 693 – 717, 1979.

PALMER, R. H. et al. Consistency in performance among primary care practitioners. *Med Care*, n. 34, p. SS52 – 66, 1996.

PARKERSON, G. R. Jr. et al. Classification of severity of health problems in family/general practice: An international field trial. *Fam Pract*, n. 13, p. 303 – 9, 1996.

_____; BROADHEAD, W. E.; TSE, C. K. The Duke Severity of Illness Checklist (DUSOI) for measurement of severity and comorbidity. *J Clin Epidemiol*, n. 46, p. 379 – 93, 1993.

PAYNE, B.; LYON, T.; NEUHAUS, E. Relationships of physician characteristics to performance quality and improvement. *Health Serv Res*, n. 19, p. 307 – 32, 1984.

R. HEATHER PALMER AND COLLEAGUES. *Conquest 1.0: A Computerized needs-oriented quality measurement evaluation system*, for DHHS AHCPR. President and Fellows of Harvard College, Feb. 1996.

RILEY, A. W. et al. A taxonomy of adolescent health: Development of the adolescent health profiles. *Med Care*, 1998. (mimeografado).

_____ et al. Reliability and validity of the adolescent health profile-types. *Med Care*, 1998. (mimeografado).

ROGERS, W.; WELTS, K.; MEREDITH, L. Outcomes for adult outpatients with depression under prepaid or fee-for-service financing. *Arch Gen Psychiatry*, n. 50, p. 517 – 25, 1993.

ROOS, N. et al. A population-based approach to monitoring adverse outcomes of medical care. *Med Care*, v. 33, n.12 supl., p. s127 – 38, 1995.

SACKETT, D.; ROSENBERG, W. The need for evidence-based medicine. *J R Soc Med*, n. 88, p. 620 – 4, 1995.

STARFIELD, B. et al. Costs versus quality in different types of primary care settings. *JAMA*, v. 272, n. 24, p.1903 – 8, 1994.

_____; RILEY, A. Profiling health and illness in children and adolescents. In: DROTAR, D. (Ed.). *Measuring Health-Related Quality of Life Assessment in Children and Adolescents: Implications*

for Research and Practice. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum and Associates, 1998. p. 87 – 106.

_____. et al. The adolescent CHIP: A population-based measure of health. *Med Care*, v. 33, n. 5, p. 553 – 6, 1995.

_____ et al. Ambulatory care groupings: A categorization of diagnoses for research and management. *Health Serv Res*, v. 26, n. 1, p. 53 – 74, 1991.

STEWART, A. et al Functional status and well-being of patients with chronic conditions: Results from the medical outcomes study. *JAMA*, n. 262, p. 907 – 13, 1989.

_____; WARE, J. *Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcomes Approach*. Durham: Duke University Press, 1992.

TARLOV, A.; et al. The medical outcomes study: An application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA*, n. 262, p. 925 – 30, 1989.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. *Guide to Clinical Preventive Services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force*. 2.ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins Co., 1996.

WARE, J. et al. Differences in 4-year health outcomes for elderly and poor chronically ill patients treated in HMO and fee-for-service systems. Results from the medical outcomes study. *JAMA*, n. 276, p. 1039-47, 1996.

WEINER, J. et al. Applying insurance claims to assess quality of care: A compendium of potential indicators. *Qual Rev Bull*, n. 16, p. 423 – 38, 1990.

WELLS, K. et al. The functioning and well-being of depressed patients: Results from the medical outcomes study. *JAMA*, n. 262, p. 914 – 9, 1989.

WILSON, I. B.; CLEARY, P. D. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, n. 273, p. 59 – 65, 1995.

WILSON, M. et al. Does a residents' continuity clinic deliver primary care. *Am J Dis Child*, n. 143, p. 809 – 12, 1989.

WILSON, R. et al. The quality in Australian health care study. *Med J Aust*, n. 163, p. 458 – 71, 1995.

WOLFE, S.; HOPE, P-E. *Worst Pills, Best Pills II*. 2.ed. Washington, DC: Public Citizen Health Research Group, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. Geneva: World Health Organization, 1980.

WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES, AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS. *ICHPPC-2, International Classification of Health Problems in Primary Care*. 2.ed. Oxford: Oxford University Press, 1979.

13. AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA VISÃO DA POPULAÇÃO

Os tópicos para avaliação dos sistemas e programas de atenção primária são os mesmos que aqueles para estudo da qualidade da atenção, com a exceção de que enfocam as populações, e não os pacientes. Estes tópicos incluem a capacidade do recurso e prestação de serviços, bem como os resultados (estado de saúde da população). Entretanto, as fontes de dados são diferentes e o enfoque é sobre a população em geral, e não sobre uma população registrada ou uma população de usuários das unidades. No contexto das populações em geral, dois aspectos merecem consideração especial: a adequação da prestação de serviços de atenção primária e a avaliação dos resultados que estão, particularmente, dentro da área da atenção primária. (A importante questão da equidade é abordada nos capítulos 14 e 18.)

No mínimo, a avaliação dos sistemas e programas de atenção primária exige a consideração da obtenção dos aspectos da atenção primária. Além disso, os sistemas de atenção primária podem ser avaliados ou comparados de acordo com o impacto que têm sobre o estado de saúde das populações e das pessoas. Este capítulo começa fornecendo um resumo dos atributos da atenção primária que podem ser avaliados e as fontes de informações que podem ser usadas nas avaliações. Depois, volta-se para exemplos específicos de quatro abordagens diferentes: a partir de uma perspectiva educacional, a partir de uma perspectiva da população como usuária e das perspectivas da população como pertencente a uma comunidade. O restante do capítulo aborda a avaliação do impacto da atenção primária sobre condições projetadas na população.

AVALIAÇÃO DA OBTENÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Três tipos de características estão envolvidos na avaliação dos programas de atenção primária: (1) aspectos exclusivos da atenção primária, (2) aspectos derivativos, e (3) aspectos fundamentais, mas não exclusivos. A maioria das avaliações da atenção primária fará mais do que focar os aspectos exclusivos da atenção primária (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) através da incorporação de sua avaliação àquelas das características relacionadas. A Tabela 13.1 resume as diversas características, o tipo de formação necessária para avaliá-las, e as fontes de informação necessárias para o propósito. Para fornecer mais detalhes do que é apresentado na Tabela 13.1, segue uma breve descrição de cada uma das características.

Aspectos exclusivos da atenção primária

Os capítulos 7-11 forneceram as bases teóricas para estas características da atenção primária e para as formas de avaliá-las. Os mecanismos da avaliação exigem a especificação da característica, bem como as fontes e métodos para obtenção de informações.

Atenção no primeiro contato. São necessárias três áreas de informação para a avaliação. A primeira envolve a acessibilidade das unidades, que pode ser determinada a partir do projeto do programa. Características especiais da avaliação envolvem (1) horário de disponibilidade, (2) acessibilidade ao transporte público, (3) oferta de atenção sem exigências para pagamento adiantado, (4) instalações para portadores de deficiências, (5) providências para horários noturnos, (6) facilidade da marcação de consulta e de tempo de espera pela mesma e (7) ausência de barreiras lingüísticas e outras barreiras culturais.

A segunda área de informação refere-se às experiências pessoais com o acesso à atenção. Isto pode ser determinado pela entrevista dos pacientes ou populações sobre seu ponto de vista a respeito das características temporais, espaciais, organizacionais ou culturais, conforme foi observado no parágrafo anterior.

Tabela 13.1
Medição da obtenção de Atenção Primária

Aspecto	Tipo de informação necessária	Fonte(s) de informação
Aspectos exclusivos		
Atenção ao primeiro contato	<p>Accesibilidade da unidade</p> <p>Acesso à atenção</p> <p>Uso da unidade como local de primeiro contato</p>	<p>Projeto do programa</p> <p>Pesquisa</p> <p>Formulários de queixa/auditoria/entrevista</p>
Longitudinalidade	<p>Definição da população eletiva</p> <p>Conhecimento do paciente e de seu meio social</p> <p>Extensão e força da relação com os pacientes, não importando o tipo de necessidade para a atenção</p>	<p>Registro de idade e sexo</p> <p>Auditoria de registros/entrevista</p> <p>Queixas/auditoria de registros/entrevista</p> <p>Entrevista/pesquisa</p>
Integralidade	<p>Espectro de problemas a serem tratados</p> <p>Atividades preventivas primárias e secundárias</p> <p>Reconhecimento e manejo dos problemas de saúde (incluindo saúde mental) na população</p> <p>Porcentagem de pessoas manejadas referenciadas sem encaminhamento</p>	<p>Projeto do programa</p> <p>Formulários de queixa/auditoria do prontuário</p> <p>Projeto do programa (por exemplo, consultas domiciliares)/auditoria de registros/entrevista</p> <p>Sistemas de informações clínicas</p>
Coordenação da atenção	<p>Mecanismos para continuidade</p> <p>Reconhecimento de informações de consultas prévias</p> <p>Reconhecimento de consultas para encaminhamento/consultoria (ocorrência e resultados)</p>	<p>Projeto do programa (pessoal; registros)</p> <p>Auditoria do prontuário</p> <p>Projeto do programa/auditoria do prontuário</p>
Aspectos essenciais mas não exclusivos		
Formato do prontuário médico	<p>Lista de problemas</p> <p>Exatidão do preenchimento do prontuário médico</p>	<p>Unidade de prontuário</p> <p>Auditoria de prontuário</p>
Continuidade da atenção	<p>Porcentagem de consultas com o mesmo profissional no acompanhamento</p>	<p>Sistemas de informação</p>
Comunicação profissional-paciente	<p>Conteúdo/qualidade da interação</p>	<p>Observação/gravação em fita</p>
Qualidade clínica da atenção	<p>Qualificações do pessoal</p> <p>Adequação, exatidão e oportunidade dos serviços</p>	<p>Projeto do programa</p> <p>Auditoria do prontuário, observação, entrevista, pacientes simulados</p>
Proteção dos pacientes	<p>Conhecimento dos recursos da comunidade</p> <p>Uso dos serviços da comunidade</p>	<p>Entrevista (pessoal)</p> <p>Auditoria do prontuário/entrevista</p>
Aspectos Derivativos		
Centrado na família	<p>Conhecimento dos membros da família</p> <p>Conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família</p>	<p>Auditoria do prontuário/entrevista</p> <p>Auditoria do prontuário/entrevista</p>
Competência cultural	<p>Providências para atender a necessidades especiais associadas às características culturais</p> <p>Prestação de serviços especiais para atender necessidades culturais</p>	<p>Projeto do programa (administração)</p> <p>Levantamento</p>
Orientado para a comunidade	<p>Mecanismos para alcance do conhecimento das necessidades de saúde da comunidade</p> <p>Participação nas atividades comunitárias</p> <p>Envolvimento comunitário na unidade</p>	<p>Conhecimento das estatísticas da comunidade/entrevista</p> <p>Entrevista</p> <p>Projeto do programa</p>

A terceira área de informação refere-se ao uso real da unidade como um local para primeiro contato. Esta informação é obtida por meio de entrevistas com os pacientes e pela auditoria de prontuários médicos ou formulários de queixa para determinar o local da consulta para os problemas recentemente apresentados ou para necessidades de saúde.

Longitudinalidade. O alcance da longitudinalidade requer que tanto pacientes quanto profissionais saibam que têm uma relação mútua. Ela é geralmente alcançada mediante de alguma forma de registro do paciente e a manutenção de um cadastro de pacientes na unidade. A relação mútua pode ser testada através da confirmação de que os membros da população inscrita realmente conhecem o local responsável por sua atenção e sabem que o cadastro de pacientes realmente existe. A avaliação da longitudinalidade requer um conhecimento dos pacientes no programa e seu meio social. Isto pode ser captado por meio de entrevista com os pacientes e médicos e por intermédio de exame do prontuário em busca de informações importantes a seu respeito. As características especiais a serem consideradas são histórico social e exposições, histórico de trabalho e exposições, habitação, dieta, histórico de saúde, histórico familiar e perfil genético. As características especiais a serem determinadas a partir dos pacientes são a identificação com a fonte habitual de atenção e experiências com a relação de longa duração.

A fonte habitual de atenção pode fornecer informações para avaliar a longitudinalidade. A entrevista dos pacientes sobre a regularidade do uso para atenção não encaminhada e seus relatos a respeito de aspectos focalizados na pessoa de suas interações com profissionais são os elementos-chave. As áreas específicas referem-se ao grau com que os pacientes sempre usam a fonte de atenção primária para consultas, incluindo o manejo de doenças, manejo de sinais e sintomas, objetivos administrativos (necessidade de atestado de doença e saúde), resultados de exame, atenção preventiva, necessidade e retorno de consultoria ou encaminhamento e prescrição de medicamentos ou outras terapias. As características de sua interação deveriam enfocar os aspectos que são especialmente relevantes para

a atenção primária: entendimento e apreciação mútuos dos aspectos da pessoa que estão relacionados à sua saúde global.

Um terceiro tipo de informação necessária para a avaliação da longitudinalidade envolve a extensão da relação entre um paciente e um profissional além do manejo específico da enfermidade. Entrevistar pacientes e examinar prontuários podem suprir esta informação.

Integralidade da atenção. São necessários vários tipos de informações para a avaliação. O primeiro envolve a variedade de atividades com as quais o sistema foi projetado para lidar. Esta informação pode ser determinada mediante exame da adequação do pessoal, das unidades, dos equipamentos e dos serviços de apoio. As áreas específicas para consideração incluem a capacidade de prestar atendimento para doenças de curta duração, longa duração e recorrências; educação em saúde; cirurgias menores; saúde mental; e encaminhamento para serviços auxiliares. Em particular, a unidade de atenção primária deveria estar equipada para reconhecer e manejar *todos* os problemas de saúde comuns em sua população, não importando de que tipo.

O segundo tipo de informação envolve o desempenho de atividades relacionadas ao atendimento das necessidades da população. Estas incluem as atividades preventivas primárias e secundárias como imunizações, educação em saúde e procedimentos de exame indicados, bem como as atividades direcionadas para detecção e manejo dos problemas de saúde na comunidade atendida. Elas podem ser verificadas a partir dos prontuários médicos e formulários de queixas.

Um desafio particularmente relevante envolve o reconhecimento e manejo dos problemas existentes na população. Estas informações estão disponíveis a partir dos prontuários médicos, através de entrevistas com pacientes e médicos e a partir do projeto do programa, como a capacidade de realizar consultas domiciliares quando parecerem aconselháveis. Existem várias técnicas para avaliar esta característica. Por exemplo, elas incluem a taxa de registro de diagnósticos para a maioria dos problemas importantes em cada faixa etária e a determinação se ela está de acordo com as taxas conhecidas na população atendida; a adequação do reconhecimento dos

problemas em comparação com os resultados dos inventários de exames padrão administrados aos pacientes; e o uso de consultas domiciliares para determinantes sociais suspeitos de doença (alergias, más condições de aquecimento, mau saneamento, substâncias perigosas e ambientes). Um protótipo útil para a avaliação refere-se ao reconhecimento de problemas psicossociais, o qual deve alcançar níveis comparáveis à extensão de sua existência na população.

Uma quarta forma de examinar a integralidade é examinar as taxas de encaminhamento. Onde elas forem elevadas, isso pode sugerir falta de integralidade para uma ou mais categorias de necessidades de saúde.

Coordenação da atenção. A primeira área a ser examinada é o mecanismo para a continuidade. O projeto do programa e os registros do pessoal fornecerão esta informação. A continuidade do profissional ou equipe, a pronta disponibilidade dos prontuários e a fácil localização das informações devem ser levadas em consideração. Segundo, o prontuário deve ser examinado para reconhecimento das informações das consultas anteriores. Um terceiro item de informação refere-se aos encaminhamentos para consultoria ou atenção continuada. Isto pode ser aprendido a partir do projeto do programa e da auditoria do prontuário. As características especiais são o uso de um sistema organizado para encaminhamento e para localização de informações referentes aos resultados do encaminhamento e o reconhecimento documentado de seus resultados.

Os aspectos derivativos da atenção primária

Um alto nível de alcance das qualidades exclusivas e fundamentais da atenção primária resulta em três aspectos adicionais denominados *aspectos derivativos*. Eles são a “centralização na família”, a “competência cultural” e a “orientação para a comunidade”. Tanto a análise teórica quanto a empírica apóiam esta designação como “derivativa”.

A *centralização na família* resulta quando o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração dos pacientes dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a

ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados.

A centralização na família é avaliada através da entrevista com membros da família e por meio da comparação de informações com as entrevistas dos médicos ou com as informações dos prontuários médicos.

O conhecimento dos membros da família é avaliado mediante entrevista com membros da família e pela comparação das informações com outras entrevistas com médicos ou informações do prontuário médico. As áreas de interesse particular incluem a consciência da comunicação intrafamiliar e o apoio e apreciação dos recursos familiares (incluindo seus níveis educacionais e meios financeiros) para lidar com os problemas de saúde do paciente.

Um segundo aspecto da centralização na família requer um conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família. Esta informação também pode ser obtida por meio de entrevistas com pacientes e médicos e mediante exame do prontuário. O conhecimento a respeito dos padrões de doença nas famílias pode esclarecer possíveis mecanismos de etiologia e de resposta à terapia.

A *competência cultural* envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais. Se a integralidade, particularmente o aspecto relacionado com o reconhecimento do problema, for bem alcançada, estas necessidades especiais deveriam ser reconhecidas e abordadas no projeto da variedade de serviços e o quão bem eles são aplicados. A avaliação requer a determinação de que estes são arranjos para identificar a existência de necessidades culturais especiais e a extensão na qual populações especiais percebem suas necessidades especiais como sendo atendidas.

Orientação para a comunidade, o terceiro aspecto derivativo, resulta de um alto grau de integralidade da atenção geral. Todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social; o reconhecimento dessas necessidades freqüentemente requer o conhecimento do contexto social. Os

pacientes podem não perceber que necessitam de serviços de saúde porque lhes falta conhecimento a respeito da importância de uma estratégia preventiva ou porque não percebem que um problema tem uma base médica ou pode ser passível de intervenções médicas. Um entendimento da distribuição das características de saúde na comunidade e dos recursos disponíveis nela disponíveis fornece uma forma mais extensa de avaliar as necessidades de saúde do que uma abordagem baseada apenas nas interações com os pacientes ou com suas famílias.

A avaliação da orientação para a comunidade requer três tipos de informações. A primeira é um conhecimento das necessidades de saúde da comunidade, que pode ser obtido através de entrevistas com médicos e da comparação de suas respostas com as estatísticas da comunidade. As áreas que podem ser examinadas são consciência e uso das estatísticas de morbidade e mortalidade, pesquisas de saúde, incluindo níveis de incapacidade e de doenças, além de taxas de absenteísmo na escola ou no trabalho. Um segundo tipo de informação é quanto os profissionais se envolvem nos assuntos da comunidade, uma faceta verificável através de entrevistas. As características específicas incluem o conhecimento a respeito das redes sociais e dos sistemas de apoio disponíveis, incluindo recursos recreacionais, religiosos, políticos ou filantrópicos. Um terceiro tipo de informação abrange quanto o profissional envolve a comunidade em questões relacionadas à prática, como a oferta de uma equipe de aconselhamento à comunidade ou aos pacientes ou pesquisas periódicas de satisfação do paciente e sugestões para a melhora.

Análises psicométricas de dados de questionários do consumidor indicam que tanto a centralização na família quanto a competência cultural estão relacionadas à integralidade. A orientação à comunidade é muito pouco alcançada na maior parte dos consultórios para examinar sua integridade exclusiva ou seu caráter derivativo (Cassady *et al.*, 1998). Conforme será discutido no próximo capítulo, este é um importante desafio para os sistemas de saúde de atenção primária.

Os aspectos fundamentais, mas não exclusivos, da atenção primária

Várias características são importantes na atenção primária, embora sua importância não seja limitada a ela; são importantes tanto na atenção especializada como na atenção primária. Incluem uma responsabilidade de ser organizadas e eficazes na oferta de atenção; de entender, aconselhar e orientar os pacientes; e de prestar proteção aos pacientes quando houver necessidade. Estas características são importantes em *todos* os níveis de atenção.

Ao avaliar os aspectos da atenção primária que são fundamentais, mas não exclusivos a ela, cinco áreas merecem investigação. Elas são (1) a adequação dos prontuários médicos, (2) a continuidade do pessoal, (3) a comunicação profissional-paciente, (4) a qualidade da atenção e (5) a proteção dos pacientes. Cada uma delas tem seu tipo específico de fonte de informação e seu método para avaliação da característica.

Registros adequados. Todo registro deve conter uma lista atualizada de problemas inclua novos problemas e apague os resolvidos. As informações referentes à lista de problemas podem ser obtidas a partir de prontuários médicos ou de impressos computadorizados.

O formato das anotações da consulta também apresenta informações relevantes. Cada unidade pode ter seu próprio estilo, incluindo lista atualizada sobre medicação e alergias, fluxogramas de atenção preventiva ou laboratorial, registro oportuno dos resultados dos exames laboratoriais ou encaminhamentos pertinentes, ou um formato orientado para o problema para as anotações da consulta. A avaliação de todos estes itens requer auditorias de prontuários, embora estes possam precisar de complementação de outras informações para avaliar se o prontuário está completo.

Conforme os componentes dos prontuários se tornam mais padronizados (U.S. Department of Health and Human Services, 1996) a avaliação de sua exatidão e adequação será cada vez mais possível.

Continuidade de pessoal. A continuidade de pessoal de uma consulta para a outra pode ser conhecida a partir do prontuário médico.

O fator importante é a porcentagem de pacientes que consultam com o mesmo profissional ou membro da equipe no acompanhamento.

Comunicação profissional-paciente. Esta característica refere-se ao teor e à qualidade da interação entre o paciente e o profissional, além daqueles aspectos que são exclusivos na manutenção do enfoque interpessoal da atenção primária. Estas informações podem ser obtidas a partir de fitas de áudio e vídeo ou por meio das entrevistas com pacientes e médicos. Os aspectos a serem avaliados são a concordância a respeito dos problemas do paciente, um entendimento conjunto dos procedimentos para avaliação diagnóstica e o manejo das estratégias e satisfação do paciente com a abordagem do médico para o entendimento das suas necessidades. A avaliação da comunicação profissional-paciente também pode envolver a indicação de que o profissional permite que o paciente tenha um papel ativo em sua atenção respondendo de forma construtiva a suas perguntas e suas preocupações e considerando, com seriedade, suas sugestões para abordagens alternativas.

Qualidade clínica da atenção. A qualificação adequada de pessoal é o aspecto estrutural que facilita a qualidade da atenção. Ela é determinada através da revisão do projeto do programa e dos registros administrativos. As informações referentes aos processos e resultados da atenção podem ser encontradas no prontuário, através da observação, entrevista com os pacientes ou utilização de atores atuando como pacientes (pacientes simulados). Os aspectos da qualidade incluem o desempenho de processos de atenção genéricos ou específicos da doença adequados, incluindo a adequação do reconhecimento dos problemas apresentados, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e reavaliação, monitoramento e vigilância para a adequação das respostas biológicas, psicossociais e sociais e do estado funcional.

Proteção para os pacientes. A avaliação da proteção por um programa é baseada no grau de consciência e a extensão da utilização de muitos dos órgãos de saúde, sociais, ocupacionais e fiscais que têm um impacto sobre a saúde e os serviços de saúde. Entrevistas com pacientes e médicos podem determinar seu conhecimento destes órgãos e dos

recursos que eles podem oferecer. Os aspectos que caracterizam a proteção são assegurar as melhoras necessárias na habitação, condições de trabalho, segurança no bairro, saneamento e na obtenção de recursos financeiros relacionados à melhora e manutenção da saúde.

AVALIAÇÃO A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA EDUCACIONAL

Uma abordagem para a avaliação de uma perspectiva educacional usa a unidade na qual o treinamento ocorre. Um destes estudos avaliou quanto um programa de subvenções financiado pelo Governo Federal obteve sucesso na melhora do treinamento dos médicos de atenção primária. Um aspecto da avaliação desenvolveu um levantamento detalhado pelo correio de todos os programas de treinamento em pediatria e medicina interna e abordou a medição da atenção primária. Todos os diretores do programa foram questionados se possuem atualmente um programa de treinamento em atenção primária ou se possuíram-no no passado. Um programa de treinamento da atenção primária foi definido como um programa especialmente projetado para treinar médicos para carreiras como generalistas. Em comparação, um programa tradicional foi definido como um programa projetado para oferecer treinamento para médicos que seguirão carreira prestando serviços de medicina subespecializada exclusivamente ou em combinação com a atenção generalista. Definiu, ainda, um programa de treinamento em atenção primária como aquele que dedica mais tempo ao treinamento na atenção ambulatorial do que faz um treinamento tradicional, e este enfatiza a prática da “atenção continuada” e o treinamento em estabelecimentos em que os residentes oferecem atenção contínua (não episódica) e abrangente (não especializada) (Noble *et al.*, 1992).

Análises separadas compararam os programas tradicionais com os programas de atenção primária em relação aos escores de continuidade, integralidade no ensino e integralidade nos estágios rotativos. Os programas de atenção primária financiados por um órgão

federal foram comparados aos programas financiados por órgãos não federais em relação aos três aspectos da porcentagem do tempo gasto no estabelecimento da continuidade, da integralidade do ensino e da integralidade dos estágios rotativos; também foi avaliado quanto foi alcançado dos outros aspectos (Tabela 13.2). Estes outros aspectos incluíam quanto eram usados locais na comunidade para treinamento, proporção corpo docente/treinando, diversidade do corpo docente, seleção de minorias, extensão da avaliação interna dos programas e obtenção dos aspectos da atenção primária. Os aspectos especificamente pertinentes à prática de atenção primária incluíam (1) acesso (um componente da atenção ao primeiro contato), (2) tamanho do grupo acompanhado no período de residência (um representante da longitudinalidade), (3) a variedade de serviços fornecidos (o componente estrutural da integralidade), (4) continuidade (o aspecto estrutural da coordenação), e (5) mecanismos para melhorar o reconhecimento das informações a respeito dos pacientes (o aspecto do desempenho da coordenação). As questões a seguir estabeleceram a relação entre estes elementos da atenção primária:

Tabela 13.2
Comparações dos programas de treinamento

Escore de continuidade*
Integralidade do ensino*
Integralidade nos estágios rotativos *
Treinamento em unidades na comunidade
Proporção corpo docente/treinando*
Diversidade do corpo docente*
Recrutamento da minoria
Tentativas de avaliação interna
Escore da atenção primária: unidade de continuidade*
Escore do resumo

* Componentes do escore do resumo

Medida de acesso

- Quando a unidade de continuidade está fechada, como no caso das noites e dos fins-de-semana, os pacientes têm acesso a um membro da equipe médica da unidade por telefone?

Medida de longitudinalidade

- Qual é o tamanho médio do grupo de treinandos na unidade de continuidade (número total de pacientes) ao final do terceiro ano de treinamento?

Medida de continuidade

- Quando a unidade de continuidade está fechada, como os pacientes são tratados se precisam ver um médico antes do próximo dia marcado? Foram listadas três opções.
- Que envolvimento é esperado que os treinandos em atenção primária tenham com seus pacientes da unidade de continuidade durante a hospitalização destes pacientes? Foram listadas três opções.

Medidas de integralidade

- Quem é o responsável pela garantia da prestação rotineira de medidas preventivas primárias e secundárias, como imunizações de rotina, exames, avaliações de manutenção da saúde para os pacientes dos treinandos?
- É esperado que os residentes realizem consultas domiciliares?
- São compiladas estatísticas para traçar o perfil dos problemas de saúde dos pacientes atendidos pela unidade de continuidade?

Medidas de coordenação

- Que métodos (se houver) são usados para garantir que as medidas preventivas primárias e secundárias indicadas sejam asseguradas para pacientes individuais? Foram listados sete métodos.

- Que mecanismo é usado na unidade de continuidade para que os treinandos conheçam os resultados de exames laboratoriais/procedimentos recentes e encaminhamentos a consultores para seus pacientes? Foram oferecidas três escolhas.

(Uma pergunta adicional foi projetada para verificar quanto os treinandos são ensinados a manejar um espectro de problemas sem encaminhamento. A pergunta verificou a porcentagem de pacientes com os problemas selecionados e procurou determinar se os treinandos trataram deles sem encaminhamento a outro profissional da saúde dentro ou fora da unidade de continuidade. Os problemas na prática pediátrica foram lacerações menores, necessidade de timpanocentese, falhas de desenvolvimento e problemas comportamentais. Na medicina interna, os problemas incluíram dor aguda no ombro, erupção cutânea, dor pélvica e depressão sintomática. Infelizmente, um erro tipográfico no questionário tornou as respostas inúteis.)

Tanto nos programas de medicina interna quanto de pediatria houve diferenças grandes e estatisticamente significativas entre os programas tradicionais e de atenção primária para a porcentagem de tempo gasto em uma unidade de continuidade, para a integralidade do ensino e para a integralidade dos estágios rotativos, e a partir daí, o escore do resumo dos três (Tabela 13.3).

Tabela 13.3

Diferenças entre os programas de treinamento em atenção primária e os tradicionais

Dimensão	Tradicional	Atenção Primária
Resultados: pediatria		
Escore da continuidade*	36,5	59,5
Integralidade do ensino*	75,4	84,6
Integralidade dos estágios rotativos*	20,0	26,8
Escore do resumo*	130,1	170,9
Resultados: medicina interna		
Escore da continuidade*	28,8	57,3
Integralidade do ensino*	67,6	81,0
Integralidade dos estágios rotativos*	13,9	32,5
Escore do resumo*	109,5	167,9

* Significância no nível de 0,05 com um teste unicandial. Escores mais altos refletem melhor desempenho.

Houve diferenças entre os programas de treinamento financiados por um órgão federal e outros programas de treinamento em atenção primária em algumas áreas de atenção e nenhuma diferença em outras. As áreas que não apresentaram diferenças incluíram integralidade do ensino, integralidade dos estágios rotativos, uso de locais para treinamento na comunidade, proporção corpo docente/treinando, diversidade do corpo docente, seleção de minorias e tentativas de avaliação interna do programa ou dos treinandos. Houve, entretanto, diferenças nos atributos exclusivos da atenção primária. O escore de continuidade foi muito mais alto para os programas financiados por órgãos federais, um resultado esperado porque foi exigido pelos termos da subvenção ao treinamento que os programas alcançassem um determinado nível de continuidade. Entretanto, além disso, os programas financiados por órgãos nacionais tanto em medicina interna quanto em pediatria tiveram escores de atenção primária que foram significativamente mais altos do que aqueles de outros programas de treinamento em atenção primária, conforme está indicado na Tabela 13.4. Os escores resumidos, elaborados a partir do índice de continuidade e o escore da atenção primária, foram significativamente mais altos para os programas financiados por órgão federais, tanto em pediatria como em medicina geral. Ou seja, os programas que operam sob expectativas formais para a atenção primária apresentam melhor desempenho.

Em uma pesquisa pelo correio como esta, as respostas aos questionários podem ser distorcidas pela suposição, intencional ou não, das respostas percebidas como desejáveis, um problema menos provável de ocorrer em uma discussão e observação pessoal. As visitas à unidade feitas como parte deste estudo confirmaram os resultados da pesquisa pelo correio e sugeriram que os achados do questionário, em qualquer dos casos, subestimaram as diferenças entre os programas financiados por órgãos federais ou não.

Tabela 13.4
Diferenças entre os programas de treinamento em
Atenção Primária, por fonte de financiamento

Dimensão	Financiado por órgãos não federais	Financiado por órgãos federais
Resultados: pediatria		
Escore da continuidade*	35,5	65,9
Escore da atenção primária*	61,1	68,4
Escore do resumo*	296,5	344,5
Resultados: medicina interna		
Escore da continuidade*	37,6	65,8
Escore da atenção primária*	50,6	61,2
Escore do resumo*	283,9	330,3

* Significância no nível 0,05 com um teste unicanal. Escores mais altos refletem melhor desempenho

AVALIAÇÃO A PARTIR DAS PERSPECTIVAS DO PACIENTE

Como um subproduto de um estudo maior que examinou as diferenças nas experiências com a atenção entre adultos com uma ou mais de várias enfermidades crônicas, que estavam sendo atendidos em estabelecimentos que cobram uma taxa por serviço ou organizações de manutenção da saúde (HMO), por médicos de diferentes especialidades (medicina de família, medicina geral interna, endocrinologia ou cardiologia), foi feita uma tentativa para avaliar a obtenção da atenção primária pelos médicos. Embora as medidas não tenham sido projetadas especificamente para avaliar a atenção primária, foram subseqüentemente organizadas em escalas que se acreditava refletissem as dimensões da atenção primária. Foram planejados sete indicadores: acessibilidade financeira e organizacional, continuidade, integralidade, coordenação e responsabilidade interpessoal e técnica. As escalas de acessibilidade continham 8 e 11 indicadores, respectivamente. A escala de “continuidade” tinha apenas um item: O médico (que pediu a você que participasse do estudo) ainda é um de seus médicos? A escala de integralidade tinha dois itens abordando o número de médicos consultados em seis meses e

quantas consultas foram realizadas com o médico que solicitou que o paciente participasse do estudo. A escala da coordenação tinha dois itens inferindo informações a respeito das consultas feitas a outros médicos e as medicações prescritas por eles e se o médico que pediu aos pacientes para participar do estudo sabia dos medicamentos. A escala de Responsabilidade Interpessoal tinha 14 perguntas e a escala de Habilidades Técnicas tinha 10 perguntas. O estudo indicou que os pacientes nos sistemas de taxa por serviço tiveram escores mais altos em algumas dimensões (acesso organizacional, continuidade e responsabilidade), enquanto o acesso financeiro foi mais alto nos sistemas pré-pagos. Os pacientes da HMO tiveram os escores mais altos para a coordenação e os mais baixos para a integralidade. A partir do ponto de vista da avaliação da atenção primária, várias limitações a este estudo deveriam ser observadas; todos os pacientes tinham, pelo menos, uma doença crônica e por isso não são representativos da diversidade de pacientes nos estabelecimentos de atenção primária. Segundo, as perguntas que formaram as escalas não foram desenvolvidas especificamente para o propósito de avaliar a atenção primária, e algumas das escalas não abordam o conceito para o qual são indicadas para representar (Safran *et al.*, 1994).

O PROSPER (*Patient Reports on System Performance* [Relatórios dos Pacientes sobre o Desempenho do Sistema]) é projetado como um questionário auto-administrado que enfoca os relatos de pacientes a respeito do processo de atenção, e não sua classificação dos serviços ou sua satisfação quanto a eles. Questiona a respeito do acesso à atenção, da comunicação entre os profissionais (coordenação), e do recebimento de informações conflitantes. É preenchido pelos pacientes que foram a uma consulta ou foram encaminhados nos últimos três meses. Foi validado em vários grupos de pacientes e é particularmente útil quando o interesse recai sobre os indivíduos com doenças que exigem a busca de atenção de mais de um médico. Assim, é particularmente adequado para a avaliação do desempenho da atenção primária para aquele subgrupo de pacientes que têm necessidades contínuas de saúde ou problemas crônicos que requerem atenção pelo menos ocasional de um especialista (Zapka *et al.*, 1995).

AVALIAÇÃO A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA DA COMUNIDADE

Uma avaliação da atenção primária realizada a partir da perspectiva das unidades que atendem a toda uma população urbana foi iniciada pela *Baltimore City Medical Society* [Sociedade Médica da Cidade de Baltimore] como um empreendimento cooperativo envolvendo planejadores de saúde estaduais, regionais e municipais, além do corpo docente e estudantes em uma escola de saúde pública para estudar a extensão na qual os recursos da atenção primária estavam disponíveis para toda uma cidade norte-americana. O estudo tinha dois objetivos: fornecer dados para o planejamento local do sistema de prestação de atenção primária e fornecer informações para complementar os dados nacionais sobre a medição da extensão da atenção primária em consultórios (Weiner *et al.*, 1982).

Foram obtidos dados de todos os médicos na área. Uma amostra aleatória estratificada também foi solicitada para completar um registro de consulta para cada paciente atendido em uma semana.

Foram usados três métodos para avaliar a extensão da atenção primária em consultórios. No primeiro método (o método “empírico”), foi usado um algoritmo para distinguir entre primeiras consultas, consultas apenas para consultoria, consultas para serviços especializados continuados sem encaminhamento e as consultas para atenção principal. A última categoria incluía as consultas que não foram realizadas para qualquer dos três objetivos e quando tanto o último contato do paciente para um exame regular completo como para atendimento a um resfriado ou “gripe” foi com o médico da consulta de amostragem. Os pesquisadores desenvolveram um *Empirical Primary Care Index* [Índice de Atenção Primária Empírica] (EPCI), um índice ponderado destes quatro tipos de consultas nas quais a atenção principal recebeu peso 3, a atenção como primeira consulta recebeu uma taxa de 2, a atenção especializada recebeu peso 1 e a atenção por consultoria recebeu peso 0. As consultas que não entraram nas categorias acima receberam peso 2.

O segundo método de avaliação da extensão da atenção primária tinha quatro componentes, três dos quais estavam relacionados aos atributos exclusivos da atenção primária, enquanto o quarto componente se referia à centralização na família. O método é “normativo” porque as características foram julgadas em relação aos critérios que se presumem que sejam os padrões.

Integralidade: foi presumido que seria maior se um determinado conjunto definido de serviços estivesse disponível na unidade. Os serviços incluíam exames físicos, imunizações, exames pélvicos, eletrocardiogramas, determinações de hematócritos ou hemoglobina sanguíneos e análises microscópicas.

Acessibilidade da unidade foi classificada de acordo com a disponibilidade de marcações de consulta de emergência, disposição do profissional em atender chamadas fora do consultório (em casa ou sala de emergência), uso de um serviço eletrônico de resposta a chamadas e providências formais para a cobertura em horas noturnas.

A *atenção longitudinal* foi medida através da média de duração da relação dos pacientes com um médico específico consultado e foi controlada pela idade do paciente.

O *componente de centralização na família* foi baseado na porcentagem de pacientes na unidade que tinham, pelo menos, um outro membro imediato da família atendido pelo mesmo médico.

Os quatro escores separados foram combinados para desenvolver o *Normative Primary Care Index* [Índice Normativo de Atenção Primária] (NPCI).

No terceiro método de avaliação da extensão da atenção primária, o índice de atenção primária auto-avaliada (SAPCI – *Self-Assessed Primary Care Index*), os médicos responderam à pergunta “Qual a porcentagem de consultas em sua unidade principal que você estima serem de atenção médica geral para pacientes com os quais você mantém uma responsabilidade continuada?” Foi considerado que os médicos com as porcentagens mais altas fornecem mais atenção primária do que os médicos com as porcentagens mais baixas.

Os resultados mostraram que:

- a porcentagem das consultas de atenção principal foi maior para os médicos de família, internistas e pediatras do que para todos os outros médicos;
- a porcentagem de primeiras consultas foi menor para psiquiatras e maior para médicos subespecialistas, mas não diferiu grandemente para outros tipos de médicos;
- a porcentagem de consultas de atenção especializada foi alta para ginecologistas/obstetras e médicos subespecialistas, baixa para os médicos de família e pediatras e intermediária para todos os outros;
- a porcentagem de consultas para consultoria foi baixa para pediatras e médicos de família; alta para psiquiatras, subespecialistas cirúrgicos, cirurgias gerais e subespecialistas médicos; e intermediária para os outros.

Assim, o EPCI, derivado dos escores acima adequadamente ponderados, foi alto para os médicos de família, pediatras e internistas; baixo para psiquiatras e subespecialistas cirúrgicos; e intermediário para os outros. O NPCI foi o mais alto para médicos de família, pediatras e internistas gerais; o mais baixo para subespecialistas cirúrgicos; e intermediário para o restante. O SAPCI foi condizente com os resultados dos outros dois métodos ao indicar que internistas, médicos de família e pediatras praticam mais atenção primária do que qualquer dos outros especialistas.

Os achados levam a crer na utilidade das medidas para distinção do alcance das várias características da atenção primária num grupo de unidades.

Este estudo também envolveu uma avaliação da disponibilidade e da utilização dos serviços de atenção primária nas diferentes áreas da cidade. As taxas de consulta em consultório foram calculadas por idade, sexo, raça e residência dos pacientes dentro das áreas. A medida da disponibilidade do médico foi de consultas por pessoa. O estudo revelou que:

- a área residencial com a disponibilidade mais alta de médicos teve 4,3 vezes mais o número médio de consultas que a área com a disponibilidade mais baixa;
- a porcentagem do total de consultas ambulatoriais a consultórios particulares variou de 41,6 a 96,5; no geral, os moradores obtiveram apenas 37,5% de seu atendimento em consultórios dentro dos distritos em que moram;
- a porcentagem de consulta de atenção primária para as quatro especialidades em atenção primária dentro dos distritos em que moram foi discretamente mais alta (43,2%) do que a porcentagem de todas as consultas realizadas dentro do distrito em que moram;
- o uso dos serviços de consultório variou notavelmente por raça da população: moradores negros representaram apenas 59% do número de consultas em consultório em comparação aos moradores brancos.

Utilizando os dados norte-americanos como padrão, os moradores de Baltimore tiveram um nível adequado de utilização dos serviços especializados, mas um nível muito inferior de consultas de atenção primária em relação à média nacional. Em cinco das oito áreas da cidade, a renda familiar média estava mais proximamente relacionada ao uso dos serviços do que a disponibilidade dos recursos, enquanto nas outras três áreas tanto a renda quanto a disponibilidade dos recursos estavam igualmente associadas ao uso. Isto implica que a presença de recursos de atenção primária em uma área é um fator menor na determinação do uso dos serviços de atenção primária do que a média de renda de seus moradores. Os moradores em áreas de alta renda comparados àqueles em áreas de renda mais baixa tiveram uma utilização relativamente alta, não importando a disponibilidade da atenção em suas áreas residenciais. Em áreas com baixa renda familiar, a utilização foi baixa embora houvesse consultórios de atenção primária disponíveis, algumas vezes.

Um meio para acessar a utilidade das medidas baseadas nas populações para descrever alguns aspectos da atenção primária foi fornecido através de dois conjuntos de dados exclusivos e interligados

em Manitoba, Canadá. Um estudo analisou dados de pesquisas e dados de queixas interligados de todas as consultas médicas (Black, 1990). Foram desenvolvidas duas medidas de atenção primária: uma medida de longitudinalidade e uma medida de integralidade. A medida de longitudinalidade foi criada pela aplicação da medida de continuidade da atenção (COC) (ver capítulo 8) para a primeira consulta em cada episódio de atenção para uma doença, não importando o tipo de motivo para a consulta. A medida foi validada pelo teste em relação ao que foi relatado pelos que responderam a pesquisa como sua “fonte habitual de atenção”; os indivíduos que relataram que tinham uma fonte habitual de atenção tiveram escores de longitudinalidade mais altos. A integralidade foi medida ao determinar se um indivíduo tinha recebido uma imunização para gripe. Também foram feitas tentativas para avaliar tanto a atenção ao primeiro contato como a coordenação da atenção; embora ambos os métodos fossem julgados como promissores, eles não obtiveram os padrões para validação do critério.

O estudo indicou que:

- os indivíduos que tinham sido encaminhados para consultoria com um outro médico tiveram escores mais baixos para longitudinalidade, enquanto aqueles que receberam uma proporção maior de serviços de profissionais de atenção primária tiveram escores mais altos de longitudinalidade;
- a integralidade estava significativamente relacionada ao volume dos serviços de atenção primária que os indivíduos receberam;
- entre os indivíduos que tinham sido encaminhados, aqueles para os quais uma proporção maior de suas consultas foi com o profissional de atenção primária tiveram uma maior integralidade;
- na verdade, o volume de serviços de atenção primária foi um preditor maior da obtenção de integralidade do que o volume total de consultas ambulatoriais.

Este estudo demonstrou o potencial para a utilização de dados de formulários de queixas para avaliar a obtenção de, pelo menos,

duas das características da atenção primária (longitudinalidade e integralidade) com base em população e não a partir da perspectiva de uma unidade.

Outra pesquisa de adultos em 41 condados na Califórnia, em 1993, examinou a relação entre o acesso percebido aos serviços e a intensidade da atenção primária recebida pelos indivíduos na pesquisa. A intensidade da atenção primária foi avaliada por meio do escore de quatro aspectos, como segue:

Disponibilidade: uma contagem de cinco aspectos da atenção, incluindo um ou menos dias de tempo de espera por uma consulta quando doente; tempo de espera de 20 minutos ou menos no consultório; acesso telefônico em horários noturnos; acesso telefônico nos fins-de-semana; e menos de 20 minutos de tempo de viagem (variação dos escores, 0-1; escore máximo se os cinco foram respondidos afirmativamente).

Continuidade (longitudinalidade): menos de ou mais de um ano voltando ao mesmo local (variação dos escores, 0-1).

Integralidade: o paciente iria a este lugar se tivesse um novo problema como uma gripe ou uma torção no tornozelo; atenção para um episódio recorrente de um problema de saúde contínuo; para um exame regular completo ou vacinação ou exame de Papanicolaou (variação do escore, 0-1 para cada item; variação dos escores por categoria, 0 a 1 [se tiver escore nos três itens = 1]).

Comunicação: os médicos no local têm tempo para ouvir; os médicos têm tempo para explicar; problemas em falar com o médico devido a uma barreira da linguagem (classificado 0-2 em cada item; variação dos escores para a categoria, 0 ou 1 [se tiver escore nos três itens = 2]).

O indivíduo foi considerado como tendo ótima atenção primária se todos os escores mais altos possíveis foram atingidos nas quatro características. Dos 6.674 indivíduos no estudo, apenas 18% alcançaram atenção primária otimizada assim definida pelos pesquisadores. Deve ser observado que o conceito de integralidade difere da abordagem sugerida neste livro porque ela não aborda a

completa variedade de serviços disponíveis e prestados pelos profissionais de atenção primária, mas sim, se as pessoas procuraram ir àquele profissional quando apresentaram o tipo específico de problema. Além disso, a medida da “comunicação” é parte do conceito da “longitudinalidade” (atenção focalizada na pessoa no decorrer do tempo) como é descrito neste livro.

Outra ampla avaliação da atenção primária foi realizada em uma grande região na Espanha. Em 1984, a Espanha iniciou a reforma de atenção à saúde que objetivava alcançar uma melhor atenção primária. Esta reforma foi implementada de forma progressiva, permitindo, assim, sua avaliação através da comparação de determinadas características da atenção primária alcançadas em áreas em que foi implementada e áreas em que ainda não tinha sido implementada. Embora nenhum plano específico tenha sido feito para avaliar a reforma, a coleta de informações relevantes em vários tipos de pesquisas permitiu a avaliação de alguns aspectos da atenção primária. Na região basca, uma pesquisa por entrevista domiciliar em 1992, coletou informações que permitiram a avaliação da acessibilidade (como o componente estrutural da atenção de primeiro contato), integralidade (em termos de alcance dos procedimentos preventivos indicados) e longitudinalidade (no contexto da aquisição de seguro privado para permitir que o indivíduo buscasse atendimento em outros lugares, arriscando assim a formação de relações de longa duração focalizadas na pessoa). A região foi dividida em áreas que tinham uma boa penetração de serviços de reforma e aquelas que não a tinham. A longitudinalidade da atenção foi melhor nas áreas reformadas, conforme medida pelas taxas mais baixas de aquisição de seguro privado. A acessibilidade foi melhor nas áreas reformadas para pessoas nas classes sociais mais baixas, mas não nas mais altas, indicando uma melhora na equidade do acesso, mas não no acesso global. A rigidez na marcação das consultas nas unidades reformadas foi considerada a responsável pelo alcance inferior de acessibilidade entre as pessoas cronicamente doentes nestas áreas. A falha no alcance de uma melhor integralidade da atenção foi considerada como estando relacionada às inadequações do comportamento de busca da atenção por parte dos pacientes, bem como ao fato de que dois dos

quatro procedimentos preventivos dependiam mais da atenção especializada do que das inadequações na atenção primária porque os procedimentos (mamografias e exames de Papanicolao) são feitos por especialistas outros que não generalistas, no sistema reformado (Larizgoitia e Starfield, 1997).

No Reino Unido, uma abordagem estatística para avaliação da qualidade das unidades de atenção primária começou com indicadores de qualidade que foram presumidos como relacionados aos resultados. O método (análise de envelope de dados) rende uma medida de eficiência técnica relativa de unidades em áreas locais (*Family Health Services Authorities* [Autoridade dos Serviços em Saúde da Família]). Sete indicadores importantes da qualidade foram usados: generalistas por 10.000 pacientes; porcentagem de generalistas que não trabalham isoladamente; porcentagem de generalistas que alcançam altos níveis de imunização infantil; porcentagem de mulheres com idades entre 35 e 64 anos com um exame de Papanicolao adequado nos últimos 5,5 anos; uma porcentagem de consultórios com padrões estruturais mínimos (acesso a cadeiras de rodas, privacidade nos consultórios, precauções contra incêndio e áreas de espera adequadas). Levando-se em consideração a proporção da doença na área (limitando a doença de longa duração padronizada por idade e sexo) e a taxa de desemprego na área, a eficiência da atenção primária na área pode ser calculada utilizando o gasto bruto com serviços do generalista por indivíduo na população (Salenas-Jiménez e Smith, 1996).

O reconhecimento relativamente recente da atenção primária como uma disciplina científica distinta trouxe uma nova consideração à avaliação das características do sistema de saúde de relevância específica para a atenção primária. Embora a pesquisa inicial mencionada acima não tenha distinguido a avaliação da atenção primária dos serviços de saúde em geral, a pesquisa mais recente difere, abordando os aspectos da atenção que são de relevância especial para a atenção primária.

A Agency Health Care Policy and Research [Órgão para Política e Pesquisa de Atenção à Saúde], em conjunto com vários pesquisadores acadêmicos nos Estados Unidos, desenvolveu e testou uma ferramenta

projetada para avaliação dos planos de saúde pelo usuário (Consumer Assessment of Health Plans, 1997). Uma seção do questionário adulto principal (versão correio) pergunta se o indivíduo foi capaz de encontrar um médico pessoal (“um que conhece você melhor”), se foi fácil fazê-lo, se algum outro médico teve que ser consultado porque o médico pessoal não esteve disponível nos últimos 6 meses, e uma classificação geral daquele médico em uma escala de 1 a 10. Também pergunta se há exigências para um encaminhamento a um especialista e o quão fácil foi conseguir um. Perguntas a respeito do acesso telefônico, facilidade para marcação de consultas de rotina e atenção a pessoas saudáveis, tempo de espera no consultório, se a equipe do consultório é prestativa e cortês e vários aspectos da comunicação (explicações, demonstração de respeito, tempo gasto, conhecimento do histórico médico do paciente, envolvimento do paciente nas tomadas de decisão e classificação geral da atenção à saúde) nos últimos seis meses são incluídas, mas refletem a atenção em geral, e não especificamente para os serviços de atenção primária. Assim, o instrumento aborda alguns aspectos da atenção primária (acesso aos serviços para necessidades comuns, determinados aspectos da comunicação interpessoal importantes em atenção primária) mas sem relevância específica para as experiências em atenção primária dos pacientes. A adaptação das perguntas tornaria o questionário mais útil para avaliação dos aspectos específicos de adequação da atenção primária. Como o propósito da informação é ajudar empregadores e usuários (quando têm oportunidade) a selecionar um plano de saúde, tem pouco a oferecer no fornecimento de um entendimento da forma pela qual os serviços de atenção primária são projetados e prestados e como poderiam ser melhorados. Além disso, omite a consideração daqueles aspectos da atenção que estão relacionados à integralidade ou longitudinalidade dos serviços com um profissional de atenção primária.

Franks *et al.* (1997) avaliaram a orientação para atenção primária das consultas incluídas na Pesquisa Nacional de Atenção Médico Ambulatorial, a qual inclui informações a respeito das consultas realizadas por uma amostra estratificada representativa dos médicos em consultório nos Estados Unidos. 10 itens foram obtidos a partir de

fitas de dados gravados desta pesquisa para abordar a atenção ao primeiro contato, a integralidade da atenção, a coordenação e a acessibilidade. A seguir são descritas as medidas usadas para avaliar a orientação da atenção primária dos diferentes tipos de especialistas na pesquisa.

Acessibilidade: a proporção de pacientes negros, a proporção dos pacientes com seguro Medicaid e a porcentagem de médicos que trabalha em áreas rurais (sendo presumido que o melhor acesso atrairia estes grupos da população, geralmente com um acesso inferior).

Atenção no primeiro contato: a proporção de consultas do paciente para as quais ele *não* tenha sido encaminhado por outro médico.

Integralidade da atenção: foram usadas três medidas. A primeira consistiu do índice de Herfindahl, que reflete quanto dos diagnósticos dos médicos estão concentrados em uma ou mais categorias de diagnóstico e, portanto, reflete uma variedade de tipo de diagnósticos feitos. A segunda refere-se à proporção de pacientes para os quais os médicos relataram ter medido a pressão arterial. Uma terceira medida foi a década média de vida representada pelos pacientes dos médicos. (Uma quarta medida de integralidade também foi usada, consistindo de informações a respeito da proporção de pacientes examinados anteriormente por um problema diferente. Entretanto, sua natureza sugere uma melhor adequação ao conceito de longitudinalidade porque ela aborda a busca de atenção para vários tipos de problemas no mesmo médico.)

Coordenação: um item foi formado a partir da informação quanto a, pelo menos, um encaminhamento ter sido feito nas consultas amostradas (geralmente cerca de 20).

Como os autores estavam restritos em sua escolha das medidas às informações que já estavam disponíveis, houve limites no quão específicas foram as medidas para definições mais convencionais dos campos da atenção primária. Apesar disso, eles foram capazes de mostrar que os médicos de família, pediatras gerais, internistas e generalistas foram muito mais orientados para a atenção primária do que os médicos

em outras especialidades. Os cirurgiões gerais, nefrologistas e médicos de medicina de emergência também tiveram uma classificação relativamente alta nas medidas, indubitavelmente porque os dados sobre a continuidade da atenção favoreceriam os médicos com uma grande proporção de pacientes sob atenção continuada por um problema específico, já que os especialistas em medicina de emergência teriam escores altos na medida de primeiro contato e porque os cirurgiões gerais são conhecidos por ter uma ampla variedade de diagnósticos, e, portanto, teriam escores altos no índice de Herfindahl.

Com base no trabalho anterior na avaliação da atenção prestada aos indivíduos com doenças crônicas (ver acima), Safran *et al.*, (1998) desenvolveram um instrumento para avaliar a visão de funcionários estaduais adultos relação ao seu “médico pessoal habitual”. Conhecida como a *Primary Care Assessment Survey* [Pesquisa de Avaliação da Atenção Primária] (PCAS), ela tem 11 escalas das quais 7 incluem mais de um item que avalia a atenção (Os outros quatro ou tem apenas um item e/ou consistem de relatos de experiências.) As 7 escalas são as seguintes:

1. Acesso financeiro: Dois itens avaliam a quantidade de dinheiro gasto em consultas e tratamentos prescritos.
2. Acesso organizacional: Seis itens avaliam a disponibilidade por telefone, facilidade de marcar consultas quando doente, obtenção de informações e marcação de consultas pelo telefone, localização e horários do consultório.
3. Conhecimento contextual dos pacientes: Cinco itens referem-se ao conhecimento que o médico tem do histórico médico do paciente; responsabilidades no trabalho, em casa ou na escola; principais preocupações com a saúde; e valores e crenças.
4. Comunicação: Seis itens lidam com o detalhamento das perguntas do médico a respeito de sintomas, consideração pelo que o paciente diz, clareza das explicações e aconselhamento e auxílio nas tomadas de decisão a respeito da atenção.
5. Tratamento interpessoal: Cinco itens avaliam a paciência, o tratamento amigável, a atenção, o respeito do médico e o tempo gasto com o paciente.

6. Confiança: Oito itens avaliam a integridade, a competência e o papel do médico como defensor do paciente.
7. Integração: Seis itens avaliam o papel do médico na coordenação e síntese da atenção recebida de especialistas e/ou enquanto o paciente esteve hospitalizado.

Além disso, existem três itens em duas escalas referentes à “continuidade”: duração da relação com o médico (continuidade longitudinal) e se o paciente vai ao médico para exames regulares completos e para atendimento quando está doente (continuidade baseada na consulta). Sete itens relatam o aconselhamento preventivo: a discussão com o médico a respeito do tabagismo, uso de álcool, uso de cinto de segurança, dieta, exercícios, estresse e sexo seguro. Um componente adicional consiste de um item que pergunta a respeito do detalhamento dos exames físicos.

Todas as escalas tiveram níveis aceitáveis de confiabilidade através de testes psicométricos padrão.

A similaridade destas escalas para os quatro pontos principais dos campos da atenção primária é evidente e é fortalecida pela análise do quanto várias delas estão intercorrelacionadas. O conhecimento contextual, a comunicação, o tratamento interpessoal e confiança abordam os aspectos da longitudinalidade interpessoal (conforme foi discutido no capítulo 8) e todos estão altamente intercorrelacionados. O aconselhamento preventivo, o qual representa os aspectos da integralidade dos serviços prestados, é identificável separadamente, assim como o acesso financeiro, a continuidade longitudinal e a continuidade baseada nas consultas. O acesso organizacional está moderadamente correlacionado à maioria das outras escalas; a escala de Integração (que representa a coordenação) tem correlações moderadas com as escalas de longitudinalidade interpessoal. Assim, existem evidências de que os principais campos da atenção primária podem ser avaliados, pelo menos nesta amostra de adultos empregados, segurados.

Grumbach *et al.* (manuscrito não publicado, 1998), em seu estudo das diferenças entre médicos de família e internistas, criaram um escore para a acessibilidade que derivou das respostas a quatro

perguntas, às quais os pesquisados responderam em uma escala de “concordo plenamente” a “discordo plenamente”. As perguntas foram:

- se eu tiver uma pergunta médica durante o dia, geralmente posso procurar meu médico para me ajudar sem problemas;
- tenho fácil acesso aos especialistas;
- sou capaz de conseguir atendimento sempre que preciso;
- se eu ficar muito doente, geralmente consulto com meu médico pessoal no mesmo dia.

O leitor poderá observar que a segunda destas perguntas não pertence ao acesso à atenção primária, mas, sim, quanto os serviços de atenção primária facilitam o acesso a especialistas.

As escalas para a integralidade consistiam de quatro itens perguntando aos indivíduos se eles marcariam uma consulta com seu médico pessoal para um novo problema, como uma torção do tornozelo ou gripe, para o episódio recorrente de um problema continuado como asma ou diabetes, para um exame regular completo ou exame médico, para um novo problema pessoal, como depressão, uma crise familiar ou problemas no trabalho. Deveria ser observado que esta série de perguntas não aborda especificamente os serviços disponíveis ou oferecidos pelo médico de atenção primária porque as respostas representariam a intenção de buscar a atenção ao primeiro contato para aconselhamento a respeito do melhor lugar para procurar por estes problemas.

Três outras escalas no instrumento estão relacionadas à integralidade. A primeira consiste de quatro itens referentes a serviços de prevenção, incluindo injeções para gripe, verificação do nível de colesterol, exame da mama e exame pélvico (vaginal) de rotina. A segunda refere-se à promoção de estilos de vida saudáveis e pergunta se o médico conversou com o indivíduo a respeito do tabagismo, dieta, uso de álcool e exercícios. A terceira está relacionada à promoção da saúde e pergunta se o médico conversou com o indivíduo sobre saúde mental e psicológica, relacionamento com membros da família, violência doméstica contra mulheres, sexualidade e relacionamento sexual, e como prevenir a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e a síndrome da imunodeficiência adquirida.

A coordenação é abordada pelo questionamento se o médico pessoal sabe a respeito de outros profissionais de saúde que a pessoa esteja consultando.

Stewart e colaboradores (1997) desenvolveram um instrumento de avaliação da atenção primária consistindo de quatro campos que poderiam ser combinados para desenvolver um escore para uma atenção primária otimizada. Foi testado através de uma pesquisa por telefone de uma amostra aleatória de lares em 41 comunidades urbanas aleatoriamente selecionadas na Califórnia. O primeiro campo consiste de cinco aspectos da disponibilidade, incluindo um dia ou menos de tempo médio de espera para consultar quando doente; 20 minutos ou menos de espera média no consultório; acesso telefônico em horários noturnos; acesso telefônico durante fins-de-semana; e menos de 20 minutos de tempo de viagem. A longitudinalidade temporal é abordada através de uma medida de “continuidade” de item único que esclarece os anos de frequência no local habitual. A longitudinalidade interpessoal é abordada por uma escala de “comunicação” de três itens consistindo de respostas sobre quão consistentemente os médicos no local têm tempo para ouvir e explicar e se há qualquer problema em falar com o médico e receber atendimento por causa de um problema de linguagem. A integralidade é uma contagem de três itens que perguntam se a pessoa iria ao local por um novo problema, como uma torção de tornozelo ou gripe; para atenção a um episódio recorrente de um problema de saúde continuado, como asma ou diabetes; e para um exame regular completo ou vacinação ou (para mulheres) para um exame de Papanicolau.

A atenção primária é considerada “otimizada” se o escore mais alto for recebido na disponibilidade, integralidade e comunicação e com um escore de 12 meses ou mais na longitudinalidade temporal.

Deveria ser observado que, exceto para o estudo que utiliza a Pesquisa Nacional de Atenção Médico Ambulatorial, todas as abordagens descritas acima referem-se apenas aos adultos; a atenção a crianças não está incluída em nenhuma delas.

Em comparação, Flocke e colaboradores (1997) desenvolveram um instrumento no curso de um estudo colaborativo envolvendo 4.454

consultas de pacientes a 138 médicos de família participantes em uma rede de pesquisa em Ohio. Sete escalas foram inicialmente desenvolvidas para abordar os vários campos postulados da atenção primária. As três primeiras consistiam de um item cada: atenção ao primeiro contato (“Se estou doente, sempre contato um médico neste consultório primeiro”); integralidade da atenção (“Vou a este médico para quase toda a minha atenção médica”); e longitudinalidade temporal (“Há quantos anos você é um paciente deste médico?”). A longitudinalidade interpessoal foi abordada por três escalas, como segue

Conhecimento acumulado

Este médico não conhece bem meu histórico médico
Este médico sabe bastante a respeito da minha família
Este médico entende claramente minhas necessidades de saúde
Este médico e eu passamos por muita coisa juntos

Comunicação interpessoal

Posso facilmente falar a respeito de coisas pessoais com este médico
Nem sempre me sinto confortável fazendo perguntas a este médico
Este médico sempre explica as coisas até que eu esteja satisfeito
Algumas vezes este médico não me escuta

Confiança na continuidade

Minha atenção médica melhora quando consulto com o mesmo médico que consultei anteriormente
Para mim é muito importante que eu consulte com meu médico habitual
Eu raramente consulto o mesmo médico quando busco atenção médica

A escala da coordenação consiste dos cinco itens a seguir

Este médico nem sempre sabe a respeito da atenção que recebi em outros lugares

Este médico se comunica com os outros profissionais de atenção à saúde com quem eu consulto

Este médico sabe o resultado de minhas consultas a outros médicos

Este médico sempre acompanha um problema que tenho, quer na próxima consulta quer por telefone

Quero um médico para coordenar toda a atenção à saúde que recebo

O teste psicométrico revelou que os itens nestas escalas estavam agrupados em quatro campos, que estavam correlacionados, de forma relativamente alta, uns aos outros. Os quatro foram preferência do paciente pelo médico habitual (consistindo de seis itens dos itens de confiança na continuidade, preferência da coordenação, primeiro contato e atenção abrangente); comunicação interpessoal (quatro itens); conhecimento acumulado sobre o paciente (consistindo de três itens de conhecimento, o item de longitudinalidade e o item de “passar por muitas coisas”); e coordenação da atenção (quatro itens).

Os escores neste instrumento foram testados em relação à satisfação do paciente com a consulta, a satisfação global geral e se as expectativas do paciente foram atendidas. Deveria ser observado que, como o teste aconteceu com pacientes atendidos consecutivamente, os achados não podem ser generalizados para populações de pacientes ou nem mesmo para uma amostra aleatória dos usuários da unidade, porque a seleção por consultas causa uma super-representação dos usuários freqüentes que poderiam estar mais doentes e mais satisfeitos com a atenção daquele médico ou unidade.

Nenhum dos instrumentos descritos nesta seção está orientado para o espectro de todas as idades dos indivíduos nas comunidades. A ferramenta de avaliação da atenção primária (PCAT – *Primary Care Assessment Tool*) é um instrumento indicado para uso nas comunidades, entre os pacientes nas unidades e (através de uma pesquisa da outra parte) para profissionais nas

unidades de saúde. Embora desenvolvido e testado para crianças e adolescentes apenas, ela está sendo adaptada para adultos porque os campos e subcampos da atenção primária são os mesmos para ambos.

O PCAT é uma nova ferramenta projetada especificamente para avaliar a obtenção dos aspectos da atenção primária descritos neste livro, tanto a partir de uma perspectiva do consultório como da população. Ela é composta pelos quatro campos da atenção primária, cada um com dois subcampos representando a capacidade do sistema e as características de desempenho que representam o campo. Além disso, libera informações a respeito dos três campos derivativos da centralização na família, da orientação para a comunidade e da competência cultural. Existem formas paralelas de administração para pessoas em amostras comunitárias ou para aqueles atendidos nos estabelecimentos de atenção à saúde e para administração a médicos ou pessoal administrativo nas unidades de atenção à saúde. Assim, é possível examinar a concordância entre pessoas e seus profissionais de atenção à saúde a respeito do alcance da atenção primária. O instrumento tem sido testado em relação à confiabilidade e validade (Cassady *et al.*, 1998). Quando usado numa comparação entre a atenção primária oferecida pelas unidades de atenção gerenciada e não gerenciada, mostrou que as unidades de atenção gerenciada alcançaram um melhor desempenho de alguns, mas não de todos os aspectos da atenção primária, quer seja na avaliação dos usuários, quer dos seus profissionais. Notável em relação a isso foram os escores significativa e consistentemente mais altos para o primeiro contato (subcampo do acesso) e integralidade (subcampo de serviços oferecidos) das unidades de atenção gerenciada (Starfield *et al.*, 1998). Como o estudo foi realizado em apenas uma área geográfica, os achados específicos poderiam não ser aplicáveis em outras áreas. Os teores das versões pediátricas destes instrumentos estão no Apêndice deste livro. O teor das versões adultas é idêntico, exceto quando as necessidades de saúde para adultos diferem das infantis (basicamente, no campo da integralidade).

AVALIANDO O IMPACTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE O ESTADO DE SAÚDE A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA POPULACIONAL

Quando o enfoque está nas medidas do estado de saúde, quer visto genericamente ou com um enfoque sobre a doença específica, o desafio da medição é exigente por causa da dificuldade na determinação de quais aspectos da saúde devem ser uma responsabilidade dos serviços de saúde (conforme distinguidos dos outros serviços sociais) e dos serviços da atenção primária, especificamente. Conforme mostrado na Figura 2.1, os fenômenos biológicos, o substrato genético e o estado de saúde anterior oferecem um potencial para boa saúde que é influenciado, positiva ou negativamente, por um vasto conjunto de características ambientais que devem ser levadas em consideração na avaliação do impacto dos serviços de saúde sobre a saúde. Este é, particularmente, o caso quando áreas diferentes são comparadas, como serviços similares podem ter impactos diferentes se outros fatores de influência forem diferentes.

As abordagens a seguir fornecem exemplos da variedade de medidas que poderiam ser usadas para avaliar o impacto dos serviços de atenção primária sobre o estado de saúde; elas variam do enfoque biomédico (incluindo enfermidades, bem como suas representações laboratoriais) a um enfoque muito mais amplo da capacidade de funcionar adequadamente dentro do contexto do meio social.

Para a maior parte, as nações ou outras subdivisões políticas não tentam correlacionar os indicadores de saúde de suas populações com as mudanças estruturais no sistema de saúde ou nos modos de prestação de serviços de saúde de forma que as explicações para um alcance ou mudanças boas ou ruins nos indicadores não estão disponíveis para informar a tomada de decisão subsequente. Ou seja, eles são usados simplesmente como tendências no estado de saúde, e não como resultados desejados para a avaliação e planejamento dos serviços de saúde. Entretanto, é possível relacionar as mudanças nestas

medidas, ou tendências no decorrer do tempo, para mudanças específicas na organização ou prestação dos sistemas de saúde. Por exemplo, as melhoras nas taxas de imunização podem estar diretamente ligadas aos esforços governamentais para facilitar a disponibilidade e financiamento de sua oferta (Blendon *et al.*, 1990); as melhoras na mortalidade infantil podem estar ligadas em tempo ao acesso melhorado aos serviços de aborto; e uma mortalidade pós-neonatal aprimorada foi coincidente em tempo ao acesso grandemente expandido aos serviços como resultado do programa Medicaid (Starfield, 1985). Assim, quando aplicado a períodos sucessivos de tempo, estes métodos fornecem uma forma de avaliar a extensão na qual os serviços de saúde estão atendendo às necessidades selecionadas importantes da população.

Para estas avaliações, as informações podem vir de várias fontes, incluindo as pesquisas populacionais ou estatísticas de saúde com base na população. As pesquisas populacionais podem incluir as amostras aleatórias ou amostras estratificadas para garantir a inclusão das populações de interesse especial. A *U.S. National Health Interview Survey* [Pesquisa Nacional Norte-Americana de Entrevista sobre Saúde] é o protótipo de uma fonte de dados a respeito da saúde da população em nível nacional. Esta pesquisa, sob patrocínio do *National Center for Health Statistics* [Centro Nacional para Estatísticas de Saúde], está em operação continuamente desde 1957 e oferece informações valiosas a respeito do estado de saúde relatado e o uso de serviços e, devido à sua natureza contínua, as tendências destas características no decorrer do tempo. As informações estão disponíveis para grandes regiões nos Estados Unidos, e há, também, os planos para a coleta de dados que seriam mais úteis no nível estadual, pelo menos em alguns estados. Há uma ligação planejada desta pesquisa com uma série mais recente de uso de atenção médica nacional e pesquisas de gastos realizadas pelo *Agency for Health Care Policy and Research* [Órgão para Política e Pesquisa de Atenção à Saúde]; estas pesquisas são feitas em grupos nos quais eles contam domicílios várias vezes no decorrer de um período de um ano e

oferecem, assim, informações a respeito das mudanças na saúde e na utilização no decorrer de um período de tempo. Eles também contatam as fontes de atenção (profissionais e unidades, incluindo hospitais) para uma amostra de pessoas na pesquisa domiciliar. Esta ligação fornece um entendimento muito mais rico das características da saúde que podem estar relacionadas a fontes específicas de atenção. Uma outra ligação com as pesquisas baseadas no profissional como a Pesquisa Nacional de Atenção Médico Ambulatorial (ver capítulo 16) forneceria ainda mais informações a respeito da relação dos padrões no uso dos serviços e resultados do estado de saúde.

A orientação na seleção das medidas para avaliar o impacto da atenção primária no nível populacional vem de quatro compêndios, cada um resultando de trabalhos extensivos de grupos de peritos nacionais nos Estados Unidos.

O *Year 2000 National Objectives* [Objetivos Nacionais para o Ano 2000] (National Center for Health Statistics, 1997) fornece uma base para a seleção de medidas específicas da saúde da população em 22 áreas de prioridade, conforme relacionadas na Tabela 13.5 (Sondik, 1996). Estes objetivos abrangem uma ampla variedade de problemas clínicos e condições em seus 319 objetivos e um número igual de subobjetivos para grupos populacionais específicos. Duas das áreas de prioridade (saúde e dados ambientais; e sistemas de vigilância) lidam, basicamente, com estruturas do sistema, e não com o impacto de serviços de saúde. As fontes de dados possíveis incluem estatísticas vitais, pesquisas domiciliares, sistemas de vigilância e sistemas de dados clínicos quando eles se tornam padronizados. Como os objetivos são para o sistema de saúde como um todo, e não para a atenção primária em particular, não é possível utilizá-los para avaliar o desempenho dos sistemas de atenção primária sem levar em consideração a relação daquele sistema com o sistema de serviços de saúde maior. Entretanto, os objetivos fornecem uma base para as comunidades e sistemas de saúde em geral para estabelecer metas que levam em consideração a probabilidade de contribuições da atenção primária em direção ao seu alcance.

Tabela 13.5
Year 2000 National (U.S.)
Objectives: áreas de prioridade

Atividades e exercícios físicos
Nutrição
Tabagismo
Abuso de substâncias: álcool e drogas
Planejamento familiar
Saúde mental e distúrbios mentais
Comportamento violento e abusivo
Programas educacionais e comunitários
Lesões não intencionais
Segurança e saúde ocupacional
Saúde ambiental
Segurança de alimentos e medicamentos
Saúde bucal
Saúde materno-infantil
Doença cardíaca e derrame
Câncer
Diabetes e problemas incapacitadores crônicos
Infeção com vírus da imunodeficiência humana
Doenças sexualmente transmissíveis
Imunização e doenças infecciosas
Serviços clínicos e preventivos
Vigilância e sistemas de dados

Fonte: Sondik (1996).

Dos 319 objetivos específicos, cerca de 30% se relacionam com as estruturas, incluindo a aprovação da legislação de implementação necessária e o desenvolvimento de programas para atender às necessidades. Outros 20% representam o processo, incluindo a condução de atividades por profissionais relacionados à saúde que são indicados para melhorar os serviços e atender as necessidades. Cerca de 50% se relacionam diretamente com o alcance dos resultados, conforme medidos para os aprimoramentos em vários aspectos do estado ou comportamentos de saúde que se sabem estar diretamente relacionados à melhora do estado de saúde.

Um subgrupo destes 319 indicadores escolhidos pelos *U.S. Centers for Communicable Diseases* [Centros Norte-Americanos para Doenças Transmissíveis] para uso de órgãos de saúde federais, estaduais e locais com a meta de implementá-los em, pelo menos, 40

estados (Sutocky *et al.*, 1996). A lista destes indicadores “consensuais” inclui nove indicadores de mortalidade, quatro indicadores de incidência de doenças e cinco indicadores de fator de risco à saúde.

Outros dois relatórios, um em 1996 e um em 1997, propuseram seus próprios indicadores, muitos (embora não todos) deles foram retirados dos objetivos do *Health People 2000* [Pessoas Saudáveis 2000]. O primeiro destes relatórios foi planejado como um conjunto de medidas de desempenho para órgãos de saúde pública (Perrin e Koshel, 1997). Existem 47 indicadores, 26 dos quais referentes à saúde física e 21 referentes à saúde mental. Os 30 indicadores de saúde física e os 17 indicadores de saúde mental então em 10 e 4 categorias, respectivamente; a maioria lida com os resultados (O), processos de atenção à saúde (P) ou processos conhecidos por estarem relacionados aos resultados (P-0), como segue, com o número de indicadores individuais indicados em parênteses:

Tabagismo (4)	O
Peso/dieta (2)	O
Atividade física (1)	O
Atenção preventiva (5)	P-O
Atenção para diabetes (3)	P-O
Doenças sexualmente transmissíveis/tuberculose (2)	O
Comportamentos sexuais (4)	P-O
Uso de droga intravenosa (2)	P-O
Imunizações (3)	P-O
Incapacitação (4)	O
Satisfação com serviços de saúde mental (1)	P
Redução da angústia e dos problemas de saúde mental (6)	O
Abuso de substâncias (9)	O
Abuso sexual (1)	O

A segunda parte foi indicada como um conjunto de indicadores para a saúde da comunidade para ser usada em órgãos de saúde pública e unidades de medicina clínica e planos de saúde como uma base para a ação conjunta (Durch *et al.*, 1997). Cinco indicadores refletem o estado de saúde: mortalidade infantil por raça e etnia; número ajustado pela idade de mortes por acidente de veículos, lesões

relacionadas ao trabalho, homicídio, câncer de pulmão, câncer de mama, enfermidades cardiovasculares e todas as causas por raça e sexo, conforme apropriado; incidência relatada de AIDS, sarampo, tuberculose, sífilis primária e secundária, por idade, raça e sexo, conforme apropriado; partos em mulheres de 10-17 anos como uma proporção do total de nascimentos; e o número de taxa de casos de abuso e negligência confirmados entre crianças.

Seis indicadores refletem fatores de alto risco: proporção de crianças de dois anos completamente imunizadas; proporção de indivíduos com idades entre 65 anos ou mais que já receberam vacina pneumocócica e vacina da gripe nos últimos 12 meses; proporção da população de fumantes por idade, sexo e raça, conforme apropriado; proporção de indivíduos obesos de 18 anos ou mais de idade; número e tipo de padrões de qualidade do ar do *U.S. Environmental Protection Agency* [Órgão de Proteção Ambiental dos Estados Unidos] que não são atendidos. Proporção de rios, lagos e estuários avaliados que apóiam os usos benéficos (nadar e pescar).

Dois indicadores refletem o estado funcional: proporção de adultos que relatam sua saúde como boa ou excelente; e média de dias para os quais os adultos relatam que sua saúde física ou mental não estava bem nos últimos 30 dias.

Dois indicadores refletem a qualidade de vida global: proporção de adultos satisfeitos com o sistema de atenção à saúde em sua comunidade; e proporção de pessoas satisfeitas com a qualidade de vida em sua comunidade.

Embora as limitações de muitas destas medidas sejam evidentes, ou seja, nenhuma consideração das diferenças de classe social, escassez de indicadores para crianças, denominadores inadequados (proporção de rios, lagos e estuários avaliados, e não o número total) e a proporção, e não as taxas, de partos entre adolescentes, o tamanho da lista e a implicação de que os indicadores podem ser obtidos é um pulo à frente na avaliação do impacto dos sistemas de saúde.

Além disso, um órgão do Congresso Norte-Americano testou a previsibilidade de um conjunto de indicadores escolhidos dos objetivos da nação e de um conjunto adicional de 17 indicadores desenvolvidos

por uma organização privada. O esforço foi para determinar se as diferenças de estado cruzado poderiam ser explicadas por um conjunto parcimonioso de indicadores, ao invés das listas mais extensivas observadas acima. As análises mostraram que apenas um indicador – anos de vida perdidos devido à mortalidade por causas preveníveis antes dos 65 anos de idade – foi, de longe, o melhor na representação da variabilidade no estado de saúde (U.S. Congress, 1996).

Dos indicadores propostos nos quatro compêndios, não mais que nove foram propostos nos quatro, e nove foram propostos em outros três compêndios. Estes 18 indicadores estão relacionados na Tabela 13.6.

Tabela 13.6
Indicadores comuns à maioria dos compêndios nacionais nos Estados Unidos

Porcentagem da população de adultos fumantes
Porcentagem de adultos acima do peso
Estado de imunização adequada na infância e para pessoas acima de 65 anos
Taxas de mortalidade total
Taxa de mortalidade por doença cardiovascular
Taxa de mortalidade por câncer de pulmão
Taxa de mortalidade por câncer de mama
Taxa de mortalidade por acidentes com veículos automotores
Taxa de mortalidade por suicídio
Taxa de mortalidade por homicídio
Taxa de mortalidade infantil
Incidência de síndrome da imunodeficiência adquirida
Incidência de sífilis
Incidência de tuberculose
Incidência de sarampo
Porcentagem da população que vive em países que não atendem aos padrões de boa qualidade do ar
Porcentagem de partos sem atenção pré-natal no primeiro trimestre
Porcentagem de nascimentos entre adolescentes

Fontes: Perrin e Koshel (1997); Congresso Norte-Americano (1996); Durch *et al.* (1997); National Center for Health Statistics (1997).

As metas para a “saúde da nação” foram desenvolvidas em muitos países. As metas para o Reino Unido foram desenvolvidas em 1992, em seis categorias: doença cardíaca coronária, derrame, câncer, doença

mental, vírus da imunodeficiência humana e síndrome da imunodeficiência adquirida, e acidentes. Uma pesquisa dos profissionais gerais em duas grandes regiões revelaram um considerável ceticismo a respeito da possibilidade de obtenção de algumas das 15 metas específicas nestas categorias e a implementação variável de estratégias para atendê-las, principalmente como um resultado da carga excessiva de trabalho na unidade, programas irrealistas, e a indisponibilidade de membros da equipe que não são médicos necessários para lidar com elas adequadamente. Entretanto, metade dos 257 pesquisados tinham estratégias com base na unidade para atender às metas (Cheung *et al.*, 1997). Objetivos revisados (1998) continham 12 metas em quatro áreas: doença cardíaca e derrame, câncer, acidentes e doença mental.

Um compêndio que enfocava especificamente a atenção primária foi proposto pelo *Bureau of Primary Health Care* no Ministério da Saúde e Assistência Social dos Estados Unidos, que considerava vários mecanismos para a avaliação da atenção primária nas muitas unidades sob sua jurisdição. Uma abordagem enfoca as comparações das taxas de hospitalização para os problemas sensíveis à atenção ambulatorial. As avaliações das variações na área e suas explicações, as reduções de lacunas na saúde entre as populações desprovidas e providas e a penetração dos serviços em diferentes áreas também estão em consideração. Para a maior parte, entretanto, o enfoque está na capacidade, desempenho e resultados dos problemas clínicos nas unidades individuais, utilizando técnicas de revisão de prontuários médicos, dados de consultas, pesquisas de consultas e pesquisas de usuários, e não estatística da comunidade e sistemas de informação de saúde (Bureau of Primary Health Care, 1995). Um desafio específico para as avaliações do impacto da atenção primária com base na população é a ausência de sistemas de dados comuns que possibilitariam as comparações entre diferentes unidades locais ou grupos e ligariam seus respectivos desempenhos aos resultados das populações específicas atendidas por cada uma delas.

Alguns indicadores têm menos utilidade na reflexão das contribuições da atenção primária, principalmente porque as melhoras em sua ocorrência estão não apenas na atenção primária, mas,

também, nos serviços oferecidos por outros níveis do sistema de atenção à saúde. Por exemplo, o alcance das metas de prevenção orientada à enfermidade, como exame para câncer de mama, exame de Papanicolau, exame para colesterol e exame para hipertensão pode ser tanto uma contribuição do sistema especializado quanto do sistema de atenção primária se as políticas de saúde ditam que os serviços sejam oferecidos por especialistas (como no caso do exame de Papanicolau e a mamografia em alguns países, por exemplo, Espanha). As taxas de deficiências podem ser um resultado não apenas do sucesso dos médicos de atenção primária na prevenção, mas também o sucesso de fisioterapeutas na redução da deficiência por incapacitações e lesões. Os indicadores, como expectativa de vida em diferentes idades, particularmente em idades mais avançadas, refletem a contribuição dos especialistas bem sucedidos em evitar a mortalidade a partir de condições que se beneficiam da aplicação da tecnologia complexa para os problemas do envelhecimento. Por exemplo, a expectativa de vida na idade de 80 anos nos Estados Unidos é melhor do que em quase todos os outros países, apesar da fraca infraestrutura de atenção primária no país, e, em grande medida, devido ao alto uso de intervenções que retardam a morte.

Os anos de vida saudável perdidos (HEALYS – *Years of Healthy Life Lost*), os anos de vida ajustados à qualidade (*Quality-Adjusted Life Years – QALY*) e os anos de vida ajustados à incapacitação (*Disability-Adjusted Life Years – DALY*) são outras abordagens que foram usadas para avaliar e monitorar as necessidades de saúde (Morrow e Bryant, 1995). HEALYS é uma medida baseada em um número de anos de vida em que a população sofre de doenças específicas; a carga total de enfermidade é computada somando os anos de vida saudável perdida por 1000 pessoas resultando da incapacitação e morte prematura atribuível a estas enfermidades com início em um período definido de tempo. Ela é usada, principalmente, em países em desenvolvimento. Assim, a partir do ponto de vista do sistema de saúde, as reduções na equidade nas comunidades devem ser uma medida de sucesso da política para o fortalecimento da atenção primária.

QALYs, por outro lado, é um método desenvolvido para uso em países industrializados e, geralmente, leva em consideração as preferências dos indivíduos para diferentes resultados que podem decorrer de uma intervenção diferente. A incapacitação observada (perda de função ou da mobilidade) e o enfraquecimento subjetivo (dor e angústia) são levados em consideração. Um destes sistemas identifica oito níveis de incapacitação e quatro de enfraquecimento, com um número total combinado de 29 combinações diferentes, cada uma das quais recebe um valor para cada assunto. Uma vez que a morte prematura prevenível é uma preocupação menos importante em países desenvolvidos, um método que enfoca a incapacitação e o desconforto é mais aplicável do que o HEALYS. Embora o sistema seja orientado para a tomada de decisões a respeito de intervenções alternativas para pacientes individuais, os QALYS individuais podem ser agregados para uso na comunidade. Entretanto, nenhuma norma poderia ser desenvolvida porque seria esperado que as diferentes populações diferissem em seu QALYS como um resultado das diferentes prioridades para diferentes resultados.

Os DALYS foram desenvolvidos para comparar as cargas de morbidade entre diferentes enfermidades, cada uma das quais com um DALY associado. Devido à dificuldade em especificar a incapacitação e em atribuí-la a doenças específicas, este método de monitoramento das necessidades de saúde encontrou menos aceitação do que os métodos alternativos.

Assim, o alcance de muitas metas do estado de saúde requerem não apenas a contribuição da atenção primária, mas também as contribuições de especialistas que trabalham em vários tipos de estabelecimentos característicos dos sistemas de atenção à saúde. Como a atenção primária é apenas um nível do sistema de atenção à saúde, as contribuições específicas que ela faz ao estado de saúde de populações e de pacientes devem ser avaliadas com indicadores que refletem sua própria contribuição dentro do sistema de atenção à saúde. Seria esperado que as contribuições exclusivas da atenção primária estivessem nos indicadores que refletem a atenção às pessoas no decorrer do tempo, e não a atenção de problemas específicos que

afligem as pessoas e que, de tempos em tempos, podem necessitar de serviços de saúde, outros que não da atenção primária.

Reconhecendo que a maioria dos resultados exigem excelência não apenas dos serviços de atenção primária, mas também de outros níveis da atenção, o plano canadense para avaliação dos serviços de saúde comunitários (CSCs) desenvolveu um compêndio dos indicadores sensíveis aos CSCs para acompanhar o conjunto mais abrangente de metas de saúde da população. Notável entre estes estão os indicadores listados na Tabela 13.7.

Tabela 13.7
Exemplos de indicadores especialmente passíveis para os sistemas de saúde comunitários (CBHS) do Canadá.

Melhora nas práticas de saúde pessoal e comportamentos	Tabagismo, consumo de álcool, nutrição, atividade física, uso de drogas ilícitas
Ambiente físico/social	Ações para identificar as ameaças físicas e sociais à saúde e porcentagem resolvida através dos CSCs; conformidade demonstrada com controles de saúde ambiental e resolução de situações sociais sob ordem das organizações do CSCs; porcentagens de políticas públicas e práticas atribuíveis aos CSCs.
Capacidade individual/comunitária	Classificação do usuários da capacidade cada vez maior de lidar com os problemas de saúde; melhora no conhecimento e atitudes e aquisição demonstrada de habilidades de saúde
Relevância	Resposta e colaboração com a comunidade para tratar de incidentes e questões de saúde; percepção pública da oportunidade dos CSCs em responder às preocupações da comunidade
Satisfação	Satisfação do usuários com os resultados do serviço; melhora relatada na saúde e bem-estar atribuída, pelos consumidores, ao CSCs.
Custos	Ausência de duplicação desnecessária de serviços e ineficiências administrativas (burocracia excessiva)
Desinstitucionalização	Hospitalizações inadequadas e institucionalizações evitáveis
Universalidade	Porcentagem de população coberta, ausência de políticas de exclusão
Serviços desejados	Proporção de serviços prestados aos grupos vulneráveis da população, tempo de espera para avaliação com base no nível de necessidade de saúde; tempo de espera para tratamento por nível de necessidade
Capacitação da comunidade	Satisfação pública referente ao processo de desenvolvimento político, nível percebido de controle na tomada de decisões
Variedade de serviços	Número e tipo de serviços de núcleo oferecidos: controle de doença transmissível; apoio à comunidade; saúde bucal; necessidades emergenciais básicas; saúde ambiental; promoção da saúde, desenvolvimento de crianças saudáveis; atenção domiciliar, incluindo paliativa; saúde mental; nutrição, atenção pré-natal e obstetrícia; prevenção e tratamento de enfermidades e ferimentos comuns. Reabilitação; saúde sexual/planejamento familiar; serviços psicossociais (questões além do sistema judiciário)

Fonte: Wanke *et al.* (1996).

A Tabela 13.8, que deriva de uma série de grupos de enfoque informal mantidos por supostos “peritos” norte-americanos e em outros lugares e com base no Atlas europeu para mortes evitáveis (Holland, 1991), relaciona os resultados que estariam particularmente relacionados com a adequação dos serviços de atenção primária.

Tabela 13.8

Indicadores para a avaliação da Atenção Primária no nível populacional

Realizações na prevenção não relacionadas a enfermidades específicas: estado de imunização; comportamentos de saúde pessoais (amamentação, antitabagismo, uso de cinto de segurança, uso de detectores de fumaça, atividade física, boa dieta)
Gestações indesejadas
Baixa incidência de doenças preveníveis com vacina
Deteção precoce de risco de abuso infantil
Baixa incidência de tentativa de suicídio
Baixa incidência de envenenamento acidental
Melhor qualidade de vida, incluindo diminuição de incapacitações por Asma Osteoartrite Infarto do pós-miocárdio
Duração mais curta dos sintomas associados a úlceras pépticas
Uso reduzido de recursos desnecessários, incluindo: Exames e procedimentos laboratoriais Medicações não justificadas (como antibióticos para gripe, tratamento com hormônio de crescimento para crianças de baixa estatura)
Baixa incidência de efeitos adversos às medicações
Frequência reduzida de problemas relacionados à prevenção: derrame, amputação decorrente de complicações do diabetes, cirurgia para problemas dos olhos preveníveis, incidência de doenças transmitidas sexualmente e síndrome da imunodeficiência adquirida.
Baixas taxas de mortalidade pós-neonatal
Melhor qualidade de atenção terminal/na morte
Taxas de morte devido a: Asma Doença hipertensiva e cerebrovascular
Hospitalizações para problemas sensíveis à atenção ambulatorial
Para todos os indicadores de saúde – reduções nas disparidades nos subgrupos da população.

A maioria, mas não todos os indicadores na Tabela 13.8 está incluída em, pelo menos, um dos compêndios mencionados acima. Entre aqueles não incluídos anteriormente estão hospitalizações para problemas sensíveis à atenção ambulatorial, gestações indesejadas, baixa incidência de efeitos adversos das medicações e baixa mortalidade pós-neonatal. A justificativa para a inclusão das taxas de hospitalizações para problemas sensíveis à atenção ambulatorial está

nas evidências de vários estudos nos Estados Unidos, Canadá e Espanha, que sugerem que os bons serviços de atenção primária estão associados a taxas menores do que é o caso em áreas com recursos de atenção primária mais pobres. A justificativa para as gestações indesejadas é que uma boa relação de longa duração com a fonte de atenção primária deve oferecer a base para esforços mais bem sucedidos na prevenção de nascimentos associados a altas taxas de mortalidade e morbidade. O indicador que se refere aos efeitos adversos de medicações está no achado de que estes efeitos podem somar uma parte maior da morbidade do que qualquer outra condição simples na população, no alto nível de previsibilidade e, a partir daí, prevenção de muitas delas que são prescritas de forma inadequada, e a partir da probabilidade de que a melhor coordenação da atenção associada com a boa atenção primária deve reduzir a probabilidade do uso inadequado. A mortalidade pós-neonatal, conforme distinguida do total da mortalidade infantil é particularmente passível de minimização com bom acesso à atenção primária (Starfield, 1985).

Ao interpretar as informações a respeito da incidência e prevalência destes problemas na população, é importante lembrar que não se deve esperar que a atenção primária elimine os efeitos dos determinantes sociais e ambientais da saúde debilitada, mas sim, que reduza a probabilidade de que fatores externos causem impacto adverso. As comunidades que variam nas taxas de ocorrência dos problemas relacionados na Tabela 13.8 apresentam grande probabilidade de variar em problemas sociais e ambientais que as provoquem. Ou seja, a comparação da adequação da atenção primária para amenizar estes problemas em diferentes comunidades deve levar em consideração as diferenças iniciais nas taxas destes problemas. As taxas podem ainda ser altas mesmo quando as unidades de atenção primária têm bom desempenho, conforme manifestado pelo progresso em diminuí-las. Assim, a partir do ponto de vista do sistema de saúde, as reduções na equidade nas comunidades devem ser uma medida do sucesso da política para o fortalecimento da atenção primária.

Finalmente, os serviços de saúde (incluindo os serviços de atenção primária) podem ser avaliados de acordo com princípios

globais referentes aos direitos dos pacientes. Estes “direitos” estão sendo cada vez mais incorporados às leis estaduais e aos códigos das organizações profissionais. Por exemplo, uma associação de planos de saúde nos Estados Unidos encorajou todos os seus membros a adotar as seguintes políticas: os pacientes devem ter o direito à atenção, no momento certo, no estabelecimento certo; todos os profissionais de atenção à saúde devem ter responsabilidade pela qualidade dos serviços que prestam; os pacientes devem poder escolher, dentro de seu plano, os médicos que atendem a altos padrões de treinamento e experiência profissionais; os médicos devem ser encorajados a compartilhar informações com seus pacientes a respeito de seu estado de saúde, problemas médicos e opções de tratamento; e trabalhar com pessoas que os mantenham saudáveis é tão importante quanto deixá-los bem. Além disso, os pacientes devem receber, mediante solicitação, informações claras a respeito de como os médicos são pagos; os procedimentos para controle da utilização e a base para decisões específicas, se um medicamento de prescrição específica estiver incluído no formulário (e, presumivelmente, o motivo para exclusões), e como o plano de saúde decide quando um tratamento é experimental, e, portanto, não incluído nos serviços oferecidos (American Association of Health Plans, 1997). Um *Consumer Bill of Rights* [Código dos Direitos do Usuário] foi promulgado por uma comissão indicada pelo Presidente dos Estados Unidos. A *Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry* [Comissão de Conselho sobre Proteção ao Usuário e Qualidade na Indústria de Atenção à Saúde] propôs oito áreas de direitos e responsabilidades, incluindo divulgação de informações, escolha de profissionais e planos, acesso a serviços de emergência, participação nas decisões do tratamento, respeito e não discriminação, confidencialidade das informações de saúde, queixas e apelações, e responsabilidades do usuário. (Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry, 1997) No futuro, será possível avaliar a extensão na qual estes critérios são atendidos e a extensão na qual os diferentes tipos de sistemas de saúde diferem em seu alcance.

REFERÊNCIAS

- ADVISORY COMMISSION ON CONSUMER PROTECTION AND QUALITY IN THE HEALTH CARE INDUSTRY. *Report to the President of the United States: Consumer Bill of Rights*. Washington, D.C., 1997.
- AMERICAN ASSOCIATION OF HEALTH PLANS. *Report in Alpha Center. State Initiative in Health Care Reform, No. 21:5*. Washington, DC: American Association of Health Plans. 1997.
- BLACK C. *Population-Based Measurement of Primary Care to Study Variations in Care Received by the Elderly*. Baltimore: 1990. Dissertação (Mestrado) - Johns Hopkins University.
- BLENDON, R. et al. Satisfaction with health systems in ten nations. *Health Aff*, n. 9, p. 185 – 92, 1990.
- BUREAU OF PRIMARY HEALTH CARE. *Consensus Conference of Health Status Gaps of Low Income and Minority Populations: A Synopsis*. Washington, DC: USDHHS, HRSA, December 1995.
- CONSUMER ASSESSMENT OF HEALTH PLANS. *AHCPR Pub. No. 97-0001*. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, USDHHS, 1997.
- CASSADY, C. et al. Assessing consumer experience with their primary care, 1998. (mimeografado).
- CHEUNG, P. et al. Are the health of the nation's targets attainable? Postal survey of general practitioner's views. *BMJ*, n. 314, p. 1250 – 1, 1997.
- DURCH, J.; BAILEY, L.; STOF, M. (Ed.). *Improving Health in the Community: A Role for Performance Monitoring*. Washington, DC: National Academy Press, 1997.
- FLOCKE S. Measuring attributes of primary care: Development of a new instrument. *J Fam Pract*, n. 45, p. 6474, 1997.
- FRANKS, P.; CLANCY, C.; NUTTING, P. Defining primary care: Empirical analyses of the national ambulatory medical survey. *Med Care*, n. 34, p. 655 – 68, 1997.
- GRUMBACH, K. et al. Quality of primary care practice in a large HMO according to physician specialty, 1998. (mimeografado).

HOLLAND, W. W. *European Community Atlas of "Avoidable Death"* 2.ed. Oxford: Oxford University Press, 1991, 1993. (Commission of the European Communities Health Services Research. Series; 6, 9, 1, 2).

INSTITUTE OF MEDICINE. *Primary Care: America's Health in a New Era*. Washington, DC: National Academy Press, 1997.

LARIZGOITIA, I.; STARFIELD, B. Reform of primary health care: The case of Spain. *Health Policy*; n. 41, p. 121 – 37, 1997.

MORROW, R.; BRYANT, J. Health policy approaches to measuring and valuing human life: Conceptual and ethical issues. *Am J Public Health*, n. 85, p. 1356 – 60, 1995.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. *Healthy People 2000 Review, 1997*. Hyattsville, MD: Public Health Service, 1997.

NOBLE, J. et al. Career differences between primary care and traditional trainees in internal medicine and pediatrics. *Ann Intern Med*, v. 116, n. 6, p. 482 – 7, 1992.

PERRIN, E.; KOSHEL, J. *National Research Council (U.S.) Panel on Performance Measures and Data for Public Health Performance Partnership Grants: Assessment of Performance Measures for Public Health, Substance Abuse and Mental Health*. Washington, DC: National Academy Press, 1997.

SAFRAN, D. G. et al. The primary care assessment survey: tests of data quality and measurement performance. *Med Care*, v. 36, n. 5, p. 728 – 739, 1998.

_____; TARLOV, A.; ROGERS, W. Primary care performance in fee-for-service and prepaid health care systems: results from the medical outcomes study. *JAMA*, n. 271, p. 1579 – 86, 1994.

SALENAS-JIMÉNEZ, J.; SMITH, P. Data envelope analysis applied to quality in primary health care. *Ann Oper Res*, n. 67, p. 141 – 61, 1996.

SONDIK, E. Healthy people 2000: Meshing national and local health objectives. *Public Health Rep*, n. 111, p. 518 – 20, 1996.

STARFIELD, B. *Effectiveness of Medical Care: Validating Clinical Wisdom*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press, 1985.

_____ et al. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: Implications for managed care. *J Fam Pract*, n. 46, p. 216 – 266, 1998.

_____ et al. A Primary care and patient perceptions of access to care. *J Fam Pract*, n. 44, p. 177 – 85, 1997.

SUTOCKY, J.; DUMBAULD, S.; ABBOTT, G. Year 2000 health status indicators: A profile of California. *Public Health Rep*, n. 111, p. 521 – 6, 1996.

U.S. CONGRESS, GENERAL ACCOUNTING OFFICE. *Public Health: A Health Status Indicator for Targeting Federal Aid to States..* Washington, DC: General Accounting Office, 1996. (GAO/HEHS 97-13).

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Core Data Elements*. Washington, DC: CDC, NCHS, 1996.

WANKE, M. et al. *Building a Stronger Foundation: A Framework for Planning and Evaluating Community-Based Health Services in Canada* 1995. Health Promotion and Program Branch, Health Canada. Ottawa: Canadian Dept of Supply and Services, 1996.

WEINER, J. et al. The Baltimore City primary care study: The role of the office based physician in a metropolitan area. *MD State Med J*, n. 31, p. 48 – 52, 1982.

ZAPKA, J. et al. Relationships of patient satisfaction with experience of system performance and health status. *J Ambulatory Care Manage*, n. 18, p. 73 – 83, 1995.

14. SAÚDE PÚBLICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA ORIENTADA PARA A COMUNIDADE

Neste capítulo, voltamos aos conceitos de atenção primária expressos na Declaração de Alma-Ata (ver Capítulo 1). No parágrafo que define a atenção primária, a palavra *comunidade* foi usada três vezes: “A um custo que a comunidade possa manter”, “como parte integral... do desenvolvimento global econômico e social da comunidade” e “o primeiro nível de contato de indivíduos, família e comunidade com o sistema nacional de saúde...”. A declaração reconheceu a distinção entre a atenção primária prestada a indivíduos ou famílias e a atenção prestada à comunidade; chamou a atenção para ambos os aspectos.

Há poucas dúvidas de que o acesso a serviços de atenção médica efetivos melhora a saúde. A privação do acesso, como pela retirada de serviços oferecidos anteriormente, é seguida, num período de tempo relativamente curto, por um declínio na saúde (Fihn e Wicher, 1988; Lurie *et al.*, 1986). Apesar da clara importância das condições ambientais e sociais, incluindo nutrição e habitação, o melhor acesso aos serviços de saúde faz a diferença, particularmente para aqueles que têm sido relativamente privados deles. As melhoras no acesso à atenção em virtude da aprovação de legislação para fornecer financiamento e/ou serviços para a atenção de indivíduos socialmente desfavorecidos são seguidos por melhoras na saúde. Os exemplos incluem taxas de mortalidade neonatal mais baixas através de intervenções que reduzem o estresse no trabalho de mulheres gestantes (Luke *et al.*, 1995) e a atenção pré-natal regionalizada (Starfield, 1985). As melhoras documentadas na saúde também incluem taxas de mortalidade pós-neonatal mais baixas, melhor sobrevivência à meningite bacteriana e taxas de hospitalização por complicações do diabetes mais baixas

quando os serviços de saúde são aprimorados. O acesso mais fácil ao aborto e ao planejamento familiar tem sido associado a taxas baixas de gestação na adolescência e os programas nacionais de financiamento para oferecer a imunização disponível tem sido seguidos por um maior aumento nas taxas de imunização (Starfield, 1985). Bunker *et al.* (1994) calcularam os ganhos substanciais na expectativa de vida como resultado das intervenções de atenção médica que são tanto preveníveis (detecção precoce) como, até mesmo mais notável, resultado da maior disponibilidade de tratamentos efetivos. Também houve ganhos no alívio ao desconforto e incapacidade, embora a estimativa quantitativa do efeito total da atenção médica seja dificultada pela ausência de métodos padrão para avaliação dos resultados, outros que não a mortalidade (Bunker *et al.*, 1994). Estes ganhos em saúde resultam ou das intervenções desejadas impostas pela política nacional de saúde (como no caso de programas de imunização nacional) ou da aplicação do desenvolvimento tecnológico, que geralmente ocorre de acordo com as prerrogativas profissionais, e não por meio de decisões políticas. No último caso, os benefícios do progresso médico geralmente resultam de forma desigual e não de acordo com as decisões feitas com base na redução das disparidades em saúde nas diferentes comunidades ou subgrupos da população. O ponto mais importante da atenção, orientada para a comunidade, é garantir que os recursos fluam para áreas em que são mais necessários, diminuindo, assim, as iniquidades dentro das populações.

A atenção primária, através de sua orientação para a comunidade, divide a responsabilidade com a saúde pública para maximizar a extensão na qual os serviços de saúde podem superar as desvantagens sociais e seus efeitos adversos sobre a saúde.

ATENÇÃO PRIMÁRIA A PARTIR DO PONTO DE VISTA DA POPULAÇÃO

A apresentação das quatro características da atenção primária nos capítulos 7-11 distinguiu, explicitamente, o ponto de vista

populacional do clínico. Entretanto, a maior parte da discussão e das evidências sobre a utilidade destas características foi extraída de experiências em estabelecimentos clínicos. O motivo para isto é direto: pouco tem sido feito para explorar a utilidade ou os benefícios da atenção primária orientada para a comunidade na melhora nos níveis de saúde e redução das desigualdades na saúde dentro e entre diferentes comunidades.

A atenção primária convencional, ou seja, a atenção a partir da perspectiva do clínico que tem sido exposto exclusivamente a pacientes que aparecem para atendimento, tem limitações evidentes. Este atendimento não pode levar em consideração a distribuição dos problemas de saúde na comunidade porque muitos dos problemas podem nunca vir a chamar a atenção do clínico e, mesmo se o fizerem, as freqüências relativas de problemas podem não refletir suas freqüências relativas na comunidade. Além disso, a atenção primária convencional não pode ter consciência da forma como os problemas são inicialmente manifestados porque, geralmente, os pacientes esperam que os problemas progridam ou mudem antes de buscar atenção. Além disso, os profissionais tradicionais de atenção primária clinicamente orientada têm dificuldade em entender o impacto relativo dos fatores ambientais, sociais e comportamentais na etiologia e progressão da enfermidade porque, freqüentemente, não estão familiarizados com o meio no qual os pacientes vivem e trabalham. Finalmente, o monitoramento do impacto dos serviços de saúde é difícil na atenção primária convencional porque o acompanhamento ou devolução requer que os pacientes contatem ou consultem novamente o profissional.

Existem vários motivos pelos quais o enfoque baseado na população para a atenção clínica é uma meta desejável. O primeiro é que o conhecimento a respeito da distribuição dos problemas de saúde não pode derivar de experiências em centros médicos ou em consultórios individuais. As análises realizadas por White *et al.* (1961) demonstraram, conclusivamente, que a maioria das experiências com uma doença não resulta em uma consulta com um médico; um máximo de um terço resulta na busca de auxílio. Portanto, as informações a

respeito da natureza e da distribuição dos problemas de saúde não podem e não devem ser baseadas nas experiências de profissionais em centros médicos ou consultórios. O segundo motivo é que o conhecimento sobre como a enfermidade se apresenta não pode ser obtido sem um enfoque baseado na população. Evidências a respeito deste ponto derivam de estudos, como um em que os médicos foram solicitados a indicar como as pessoas com várias enfermidades metabólicas genéticas geralmente descrevem seu problema, quando buscam a atenção pela primeira vez. Os médicos em geral mencionaram os sinais clássicos da enfermidade como estão descritos em textos-padrão, os quais, na verdade, raramente são os problemas pelos quais a atenção é procurada (Holtzman, 1978).

O terceiro motivo para um ponto de vista baseado na população é que os médicos superestimam seus papéis na oferta de atenção. Em sistemas de saúde em que os indivíduos podem buscar atendimento de qualquer profissional e não há troca de informações sobre as consultas feitas pelos indivíduos, não há como qualquer profissional individual alcançar qualquer dos aspectos da atenção primária. Os médicos podem relatar que a maioria de seus pacientes é “habitual” mesmo quando uma minoria substancial de consultas por iniciativa dos pacientes é realizada em outros locais (Dutton, 1981; Starfield *et al.*, 1976). Uma melhor coordenação com os serviços sociais tem muito a oferecer na atenção continuada de idosos, pessoas cronicamente doentes e mentalmente incapacitadas.

O quarto motivo refere-se à importância da devolução para a educação continuada do profissional. Quando os pacientes não retornam ao profissional para o acompanhamento, seja porque não ficaram satisfeitos com a atenção, seja porque não ficaram felizes com os resultados, o profissional perde informações cruciais para aprender com a experiência. Um enfoque comunitário capacitaria o profissional a desenvolver sistemas de informação que pudessem monitorar os pacientes que perdeu e avaliar os motivos.

O motivo final para um enfoque baseado na população para a atenção clínica deriva do imperativo de adicionar novos conhecimentos a respeito das enfermidades, de seu curso natural na ausência de

tratamento e de como este curso pode ser modificado por várias intervenções. A maior parte do que se sabe a respeito da doença e, especialmente, seu manejo resulta de experiências com pacientes em centros de pesquisa médica. Embora as pesquisas comunitárias por entrevista obtenham informações referentes às percepções das pessoas em relação aos seus problemas, e as pesquisas de exame populacional forneçam informações adicionais a respeito de aspectos de saúde, que podem ser detectados por exames e testes laboratoriais, nenhuma abordagem pode conectar as intervenções de atenção médica ao estado de saúde porque os dados clínicos, geralmente, não estão disponíveis ou não podem ser vinculados aos dados da pesquisa. Os pesquisadores em centros médicos geralmente enfocam suas considerações sobre enfermidades específicas. Entretanto, o conhecimento do profissional a respeito da enfermidade não reflete necessariamente as experiências de doença das pessoas. Conforme a atenção à saúde tornar-se cada vez mais eficiente na redução da mortalidade por causas específicas, as pessoas sobreviverão e, assim, correrão o risco de enfermidades múltiplas que podem interagir de formas desconhecidas e podem responder diferentemente a várias intervenções. A abordagem enfocada na enfermidade, que caracteriza a maioria das pesquisas clínicas, terá que ser cada vez mais suplementada por uma abordagem enfocada na pessoa, sendo que este enfoque pode ser alcançado apenas por meio da visão do indivíduo em um contexto comunitário, bem como na unidade clínica.

O QUE É A ATENÇÃO PRIMÁRIA ORIENTADA PARA A COMUNIDADE?

A Atenção Primária orientada para a comunidade (COPC – *Community-oriented Primary Care*) tem sido definida de muitas formas diferentes. Comum a todas elas é a idéia de que é uma abordagem da atenção primária que utiliza habilidades epidemiológicas e clínicas de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida.

Fornecer o reconhecimento específico para as interações no diagrama dos determinantes de saúde apresentado no Capítulo 1; estes incluem a sobreposição do sistema de serviços de saúde e o ambiente social e físico, bem como a sobreposição do sistema de serviços de saúde e os comportamentos individuais que influenciam a saúde.

Uma abordagem orientada para a comunidade aplica os métodos da medicina clínica, epidemiologia, ciências sociais e pesquisa e avaliação de serviços de saúde para as tarefas a seguir (Nutting e Connor, 1986):

- Definir e caracterizar a comunidade
- Identificar os problemas de saúde da comunidade
- Modificar programas para abordar estes problemas
- Monitorar a efetividade das modificações no programa

A aplicação de métodos epidemiológicos, em que os dados são mais representativos do que aqueles derivados das unidades clínicas, deveriam melhorar, de forma especial, determinados aspectos da atenção. O diagnóstico e o manejo seriam mais adequados devido ao melhor reconhecimento dos fatores etiológicos, muitos dos quais decorrem de exposições sociais e ambientais. Também resultariam em um melhor “reconhecimento do problema”, conforme dados mais completos fornecessem informações a respeito das características dos estágios iniciais da doença; dados mais completos também facilitariam o reconhecimento de novos tipos de distúrbios e de conjuntos de sintomatologia incomum. As definições de saúde *normal* também podem ser aprimoradas com descrições mais completas das características daqueles indivíduos que raramente aparecem para atendimento.

A aplicação de técnicas das ciências sociais melhoraria o reconhecimento dos problemas existentes por meio do entendimento do impacto dos fatores socioeconômicos sobre a saúde, incluindo pobreza, desemprego e outros estados de estresse.

A aplicação das técnicas de pesquisa dos serviços de saúde forneceria um melhor entendimento do impacto de vários aspectos da atenção médica e das relações entre os componentes da estrutura, do processo e dos resultados dos serviços de saúde.

Em abordagens para medir a obtenção de atenção primária, a orientação para a comunidade é considerada um aspecto “derivativo” no sentido de que seria “derivado” de um alto nível de obtenção dos aspectos exclusivos da atenção primária. No processo do alcance otimizado de um alto grau de longitudinalidade da atenção, um programa teria definido a população eletiva para a atenção e, além disso, teria se certificado de que a população soubesse que o programa tinha assumido a responsabilidade por seus serviços de saúde. O programa teria, assim, alcançado a primeira etapa funcional da COPC, que é a definição e caracterização da comunidade de forma que os não usuários dos serviços não fossem, sistematicamente, excluídos.

A segunda etapa no alcance da abrangência através da COPC envolve a identificação das necessidades de saúde da população cadastrada, incluindo os indivíduos ou grupos que raramente buscam a atenção.

A terceira e quarta etapas, modificar o programa de atenção à saúde e monitorar a efetividade da modificação, seguiriam as duas etapas derivativas, envolvendo a longitudinalidade e a integralidade.

A base conceitual da COPC data dos escritos de Will Pickles (1938), na Grã-Bretanha; Sidney Kark (1974, 1981) desenvolveu de forma mais aprofundada o conceito primeiro na África do Sul e, mais tarde, em Israel. Vários modelos têm evoluído nos Estados Unidos, embora não como um movimento formal em direção à COPC. Em 1982, o *Institute of Medicine of the National Academy of Sciences* [Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências] patrocinou uma conferência e um estudo da COPC, uma vez que ele já existia nos Estados Unidos no momento.

Para descrever o grau em que a COPC foi obtido, a *Academy* especificou os estágios de alcance de cada um dos quatro aspectos da COPC. As Tabelas 14.1-14.4 descrevem os estágios. A Tabela 14.1 contém os estágios de definição da comunidade. No nível mais inferior, nenhum esforço foi feito. No nível mais alto, há esforços sistemáticos que asseguram uma enumeração atual e completa de todos os indivíduos na comunidade, incluindo os dados demográficos e socioeconômicos pertinentes.

Tabela 14.1
Critérios por estágio para a função da COPC – definição e caracterização da comunidade

Estágio 0	Nenhum esforço foi feito para definir ou caracterizar uma comunidade além dos usuários ativos da unidade
Estágio I	Não há enumeração dos indivíduos que compõem a comunidade. A comunidade é caracterizada pela extrapolação dos dados do censo de uma grande área
Estágio II	Não há enumeração da comunidade; ela é caracterizada mediante o uso de dados secundários que correspondem proximamente à comunidade para a qual a unidade aceitou a responsabilidade
Estágio III	A comunidade pode ser enumerada e está ativamente caracterizada através do uso da base de dados que inclui todos os membros da comunidade e que contém informações para descrever sua condição demográfica e socioeconômica. (Frequentemente este sistema de dados é construído ao longo do tempo a partir dos usuários ativos dos serviços, mas aproxima-se muito da comunidade, cobrindo, por exemplo, 90% ou mais da comunidade.)
Estágio IV	Os esforços sistemáticos asseguram uma enumeração atual e completa de todos os indivíduos na comunidade, incluindo os dados demográficos e socioeconômicos pertinentes. Para cada indivíduo, existem informações que facilitam o alcance desejado (por exemplo, endereço, número de telefone)

Fonte: IOM (1984)

A Tabela 14.2 lista os estágios da identificação dos problemas de saúde da comunidade. No nível mais inferior não foram feitos esforços sistemáticos para entender o estado ou as necessidades de saúde da comunidade; presume-se que os resultados dos estudos da população de pacientes refletem os problemas de saúde na comunidade como um todo. No nível mais alto existem mecanismos formais para identificar e estabelecer prioridades entre a ampla variedade de problemas de saúde potenciais na comunidade, para determinar seus correlatos e determinantes e para caracterizar os padrões existentes de atenção à saúde relacionada aos problemas.

A Tabela 14.3 apresenta os estágios da modificação do programa de atenção à saúde e varia desde nenhuma modificação feita em resposta às necessidades da comunidade (Estágio 0) até o Estágio IV, em que as modificações no programa envolvem tanto a atenção primária como os componentes da saúde comunitária ou pública, objetivando especificar os grupos de alto risco com esforços ativos para alcançar estes grupos.

Tabela 14.2
Critérios por estágio para as funções da COPC – identificação dos problemas de saúde da comunidade

Estágio 0	Nenhum esforço sistemático foi feito para entender o estado de saúde ou as necessidades de saúde da comunidade; presume-se que os resultados de estudos da população de pacientes reflitam os problemas de saúde na comunidade como um todo.
Estágio I	Os problemas de saúde da comunidade são identificados através de consenso geral dos profissionais e/ou grupos da comunidade.
Estágio II	Os problemas de saúde da comunidade são identificados pela extrapolação da revisão sistemática dos dados secundários, como estatísticas vitais, dados de censo, dados epidemiológicos de uma grande área e assim por diante.
Estágio III	Os problemas de saúde da comunidade são examinados por meio do uso de conjuntos de dados específicos para a comunidade, mas enfocando, talvez, problemas de saúde isolados ou questões de atenção à saúde.
Estágio IV	Os mecanismos formais (geralmente, mas nem sempre, técnicas epidemiológicas) são usados para identificar as prioridades estabelecidas entre uma ampla variedade de problemas de saúde potenciais na comunidade, identificar seus correlatos e determinantes e caracterizar os modelos existentes de atenção à saúde relacionada aos problemas.

Fonte: IOM (1984)

Tabela 14.3
Critérios por estágio para as funções da COPC – modificação do programa de atenção à saúde

Estágio 0	Nenhuma modificação é feita no programa de atenção primária em resposta específica às necessidades de saúde da grande comunidade.
Estágio I	As modificações abordam os problemas de saúde que se acredita que existirem na comunidade, mas são feitas mais em resposta a uma iniciativa nacional ou organizacional difundida do que em resposta ao problema em particular identificado, especificamente, dentro da comunidade
Estágio II	As modificações tratam de importantes problemas de saúde da comunidade, mas são escolhidas principalmente devido à disponibilidade de recursos especiais para abordar o problema específico e são seguidas pelas diretrizes que podem não ser ajustadas às necessidades da comunidade.
Estágio III	As modificações no programa de atenção à saúde são ajustadas às necessidades exclusivas da comunidade e envolvem (quando apropriado) a atenção primária e os componentes de saúde comunitária/pública do programa.
Estágio IV	As modificações no programa envolvem tanto a atenção primária como os componentes da saúde comunitária/pública e objetivam alcançar grupos de alto risco ou prioritários, com esforços ativos (por exemplo, busca ativa) feitos para alcançar os grupos de alto risco ou de prioridade específicos dentro da comunidade.

Fonte: IOM (1984)

A Tabela 14.4, que relaciona os estágios do monitoramento da efetividade das modificações no programa de atenção primária, tem cinco níveis. No nível mais inferior, o exame da efetividade do programa é limitado ao impacto sobre os usuários ativos dos serviços de saúde.

No estágio mais alto, a efetividade do programa é determinada pelas técnicas que são específicas para os objetivos do programa, que contam para um impacto diferencial entre os grupos de risco e que fornecem informações a respeito de impactos positivos e negativos dos programas. Os estágios intermediários de alcance destas quatro funções descrevem o progresso para a obtenção do nível mais alto da função.

Tabela 14.4
Critérios por estágio para as funções da COPC – monitoramento da efetividade das modificações do programa

Estágio 0	O exame da efetividade do programa é limitado ao impacto sobre os usuários ativos dos serviços de saúde.
Estágio I	A efetividade do programa é encarada em termos do impacto sobre a comunidade como um todo, mas é baseada em impressões subjetivas dos profissionais e/ou grupos da comunidade.
Estágio II	A efetividade do programa é estimada pela extrapolação dos dados de uma grande área ou de estatísticas vitais.
Estágio III	A efetividade do programa é determinada pelo exame sistemático de um conjunto de dados que são específicos da comunidade.
Estágio IV	A efetividade do programa é determinada pelas técnicas que são específicas aos objetivos do programa, contam para o impacto diferencial entre grupos de risco e fornecem informações a respeito dos impactos positivos e negativos do programa.

Fonte: IOM (1984)

ALCANCE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ORIENTADA PARA A COMUNIDADE

No estudo do *Institute of Medicine*, sete unidades que buscam fornecer a COPC foram identificadas e caracterizadas. embora nenhum dos programas tenha alcançado um nível alto de COPC, vários obtiveram níveis relativamente altos de desempenho em alguma das quatro funções (Nutting e Connor, 1984).

Uma tentativa notável de alcançar a COPC em uma unidade clínica foi feita pelo Dr. Julian Tudor Hart, na Grã-Bretanha. O Dr. Hart, cuja unidade estava localizada em uma cidade mineira do País de Gales, assumiu responsabilidade tanto pela comunidade como pelas funções clínicas. Em seu conceito, o “médico geral comunitário é um novo tipo de médico que está engajado na democracia participativa local na busca da maximização da saúde” (Hart, 1983).

Mant e Anderson (1985) propuseram que os profissionais gerais aceitassem a responsabilidade de auditar o estado de saúde de seus pacientes e de tornar públicos os resultados, monitorar e controlar a doença determinada pelo ambiente, auditar a efetividade dos programas preventivos e avaliar os efeitos da intervenção médica. Na Grã-Bretanha, a responsabilidade pelas funções da comunidade era, até pouco tempo, assumida por uma equipe de especialistas em medicina comunitária. Mant e Anderson propuseram que as funções fossem assumidas pelo profissional de atenção primária, com a transferência dos recursos da estrutura atual de medicina comunitária para as unidades de atenção primária; esta transferência tem ocorrido desde os anos 90.

Algumas organizações clínicas encontraram formas de se interligar com a comunidade de novas maneiras. Por exemplo, o *Group Health Cooperative of Puget Sound* [Grupo Cooperativo de Saúde de Puget Sound], no estado de Washington, é ativo em organizações comunitárias para desenvolver registros automatizados de vacina e tem oferecido vacinas grátis para comunidades desfavorecidas. Também participa das atividades para estimular a legislatura estadual a aprovar leis que exijam uma maior segurança ao consumidor no uso do produto. Sua estratégia para aumentar o uso do capacete para ciclismo dependeu de uma campanha de educação comunitária, da distribuição de cupons de desconto e a instituição de uma campanha de distribuição de capacetes a baixo custo pelo plano de saúde (Thompson *et al.*, 1995). Assim, seu enfoque sobre a prevenção não foi limitado às intervenções clínicas individuais, mas também adotou uma abordagem baseada na comunidade que alcançou muito mais pessoas do que a abordagem que dependia da mudança do comportamento de indivíduos separados para seu sucesso.

Em geral, as escolas de medicina em todo o mundo ainda não reconheceram as vantagens de abordagens baseadas na população para a prestação de serviços de saúde. Uma exceção notável é a *McMaster University*, na província de Ontário, Canadá, que tem tentado, desde sua fundação, integrar as habilidades da medicina populacional àquelas da prática clínica. A *Rockefeller Foundation*, nos Estados Unidos, tem utilizado este modelo para estimular o desenvolvimento de programas em muitas escolas de medicina em todo o mundo.

Em alguns países europeus (Suécia, Finlândia) e em áreas rurais de muitos outros países industrializados, os médicos estão ativamente envolvidos nas atividades de saúde comunitária e pública. Vários países da América Latina estão estabelecendo, ativamente, uma agenda para a COPC. Em Cuba, um esforço intensivo para treinar os médicos de família tem sido feito desde meados dos anos 80. Estes novos médicos residem e trabalham com uma enfermeira associada na comunidade em que atendem, cuja população é estimada em cerca de 600-700 pessoas. Os médicos de família passam metade de seu tempo prestando serviços nas organizações comunitárias, como escolas, creches e fábricas e na coleta de informações sobre as necessidades de saúde da comunidade. É esperado que estes médicos documentem a frequência dos problemas de saúde em suas unidades e planejem seu trabalho clínico para atender às necessidades da população (UNICEF, 1991). No México, Costa Rica, Nicarágua e diversos outros países, a educação médica é direcionada ao treinamento de médicos com uma orientação comunitária; em algumas faculdades, o trabalho na comunidade faz parte do currículo durante cada ano de treinamento na faculdade de medicina (Braveman e Mora, 1987).

Várias tendências, tanto nos Estados Unidos como em outros lugares, podem facilitar uma orientação cada vez mais comunitária da unidade de atenção primária. Em primeiro lugar, organizações como os sistemas de saúde integrados estão agora assumindo a responsabilidade pela atenção das populações. Muitas delas, particularmente, nos sistemas de saúde que, historicamente, organizaram seus serviços por área geográfica, podem assumir cada vez mais responsabilidade pelos serviços orientados para a comunidade. Em segundo lugar, o médico não será mais o único “capitão do navio”. Conforme os pacientes sobrevivem mais tempo e as cargas de morbidade aumentam nas unidades de saúde da comunidade, outro pessoal de saúde tornar-se-á cada vez mais central para evitar a morbidade e manter o bem-estar. Em terceiro lugar, haverá uma consideração maior para tornar os programas de treinamentos para profissionais mais relevantes às necessidades em mudança na população. Em quarto lugar, a percepção da necessidade de uma atenção à saúde mais eficaz e mais eficiente desviará a atenção para a COPC. A COPC pode ajudar as comunidades

a se organizarem de forma mais eficiente para prevenir doenças e promover saúde, além de estimular o uso mais discriminado das tecnologias médicas. Finalmente, o advento do processamento de informações cada vez melhor decorrente de computadores altamente eficientes e de alta capacidade facilitarão muito o manejo de dados de várias fontes e as interligações de dados de várias fontes.

IDENTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA COMUNIDADE

As necessidades de saúde da comunidade são notoriamente difíceis de especificar com precisão e exatidão. Parte da dificuldade decorre das dificuldades em definir *necessidades*, e parte decorre das dificuldades na sua determinação.

O que quer dizer *necessidade*? As necessidades são definidas basicamente pela ocorrência de condições que resultam em morte prematura, ou a prevalência da própria condição é uma causa suficiente para preocupação? Ou a incapacitação associada aos problemas de saúde determinariam as prioridades? Ou a extensão na qual as condições resultam na ausência de trabalho ou escola? Ou, alternativamente, as *necessidades* são definidas pelas falhas na implementação de estratégias preventivas de forma que a saúde na comunidade é colocada em risco?

A definição de *necessidade* vai variar de época para época e de lugar para lugar, dependendo dos valores da sociedade e da disponibilidade de dados. Em grande medida, a definição é uma questão de valores: quem vale o quê para quem. Como algumas necessidades são mais fáceis de medir do que outras, a definição também dependerá do que pode ser avaliado em qualquer momento ou lugar.

Na maioria dos países industrializados, os sistemas de estatísticas vitais fornecem as informações básicas a respeito das causas de morte e a respeito de vários problemas de saúde determinados rotineiramente, como baixo peso ao nascer ou doenças de notificação compulsória. As estatísticas vitais são usadas há vários anos como ponto de partida

para a avaliação das necessidades de saúde da comunidade e continuam a ser úteis. Por exemplo, quando as taxas de mortalidade infantil são maiores em uma cidade do que em outra, uma investigação dos motivos para as diferenças é geralmente iniciada. As necessidades são, portanto, definidas empiricamente, ou seja, por meio da comparação de uma área com outras. Uma abordagem “normativa” estabelece padrões ou metas específicos que acredita-se são justificáveis com base no conhecimento atual da prevenção e do tratamento.

Uma técnica para medir as necessidades de forma normativa envolve uma lista de *eventos-sentinela*, ou seja, aquelas que deveriam ocorrer apenas raramente na presença da atenção adequada. O método é uma aplicação sistemática das diferenças observadas a partir das estatísticas vitais (Rutstein *et al.*, 1976). A lista contém mais de 100 problemas ou diagnósticos. Para a maioria dos problemas na lista, a morte é prevenível com atenção médica precoce e adequada. Para outros, tanto as estratégias preventivas como as terapêuticas impedirão a morte prematura decorrente do problema. As estatísticas de morte ou, em alguns casos, as estatísticas de registros de casos ou de hospitalização fornecem os meios para identificar estes eventos-sentinela. A ocorrência de um problema da lista deveria indicar a realização de uma investigação para determinar se ele ocorreu devido a serviços de saúde inadequados ou inapropriados na comunidade.

Esta lista de eventos-sentinela foi a base para o desenvolvimento de um Atlas de mortalidade prevenível que forneceu detalhes para cada região local em vários países da Europa e permitiu um estudo empírico das diferenças entre as áreas (Holland, 1991, 1993). Foram encontradas diferenças notáveis na mortalidade dentro dos países e entre eles. Embora nenhum esforço tenha sido feito para determinar se os indicadores estariam relacionados especificamente com o desempenho da atenção primária, e não com o desempenho dos sistemas gerais de saúde, uma revisão dos dados neste Atlas fornece as evidências de que os países com atenção primária mais forte têm menor taxa de mortalidade por doenças infecciosas (como tuberculose e infecções intestinais) e menor taxa de mortalidade materna e perinatal. Entretanto, os problemas para os quais as intervenções preventivas podem ser fornecidas na

atenção especializada, e não na atenção primária, como câncer de mama e câncer uterino, tiveram taxa de mortalidade menor nos sistemas de saúde orientados para a especialidade. Para outros problemas (como mortes por outros tipos de câncer, doenças cardiovasculares ou asma), que são provavelmente muito influenciados por fatores, outros que não a atenção médica (como clima, dieta ou estilos de vida), não houve diferenças consistentes entre os países.

A sugestão de que os benefícios da atenção primária decorreriam mais da forma com que os problemas e necessidades são manejados, e não da atenção preventiva orientada para a enfermidade, condiz com as evidências de que os especialistas orientados para a enfermidade podem ser melhores na aplicação da atenção preventiva dentro de sua área de atuação do que é o caso para os médicos de atenção primária. Assim, os benefícios da prevenção na atenção primária podem ser maiores para aqueles problemas que são genéricos, e não para aqueles que estão relacionados a condições ou sistemas do organismo. Embora existam algumas evidências de que este pode ser o caso (ver Capítulo 8), este assunto tem sido pouco explorado.

Uma abordagem *normativa* para a avaliação das necessidades de saúde é o *estabelecimento de metas*. Este método entrou em vigor no início dos anos 80 com a publicação do *U.S. Surgeon General's "Goals and Objectives for the Nation"* [Metas e objetivos do Ministro da Saúde dos Estados Unidos para a Nação] (U.S. Department of Health and Human Services, 1980). Estas metas derivaram de comitês de peritos que selecionaram os problemas de saúde importantes que acreditavam ser sensíveis a mudanças. Cada comunidade poderia adotar todas ou algumas das metas e poderia destinar recursos para atendê-las quando as frequências basais sugerissem que um problema tratável estava presente. Muitas metas para o ano de 1990 foram alcançadas no nível nacional. O grau de variabilidade na obtenção das metas entre áreas locais ou até mesmo entre estados não foi verificado, embora seja provável que muitas comunidades locais tenham modificado as metas.

As metas para os Estados Unidos para o ano de 2000 foram publicadas em 1990 (U.S. Department of Health and Human Services, 1990). Os objetivos foram divididos em quatro tipos principais:

promoção de saúde, proteção da saúde, serviços preventivos e vigilância. São adaptáveis para uso no nível comunitário ou estadual. Em pequenas comunidades, em que a frequência de eventos é baixa ou em que as estimativas de frequência podem ser instáveis, os dados podem ter que ser agregados por vários anos para terem utilidade.

Também foram estabelecidas metas para cada nação da região europeia. O *Regional Office of the World Health Organization* [Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde] (1994) forneceu a estrutura com o conjunto de 37 objeções, conforme observado na Tabela 14.5. Uma comparação das metas europeias e norte-americanas sugere um enfoque muito maior sobre o sistema de saúde para o alcance das metas na Europa. Em particular, a atenção primária é identificada como uma prioridade na Europa, mas é mencionada no compêndio norte-americano apenas no contexto da coordenação da atenção preventiva e episódica e no alcance das metas da medicina preventiva clínica, como exames e imunizações.

A abordagem empírica para definir as necessidades de saúde, na qual a meta é reduzir as disparidades entre diferentes áreas e subgrupos da população, também passou por um aprimoramento. A computadorização dos registros de saúde e do relatório padronizado de motivos de hospitalizações possibilita a detecção de diferenças nas taxas de doença nas comunidades locais. Conhecida como a abordagem por *microáreas de risco*, este método fornece informações que sugerem a existência de diferenças sistemáticas nas necessidades de saúde entre diferentes comunidades. As microáreas de risco podem ocorrer por vários motivos, incluindo diferenças reais na morbidade devido a diferentes exposições ambientais ou devido a variações na unidade médica que resultam em diferentes propensões a hospitalização devido aos mesmos problemas. As diferenças sistemáticas nas hospitalizações por problemas que se acredita serem passíveis de prevenção, ou tratáveis em um estágio inicial de forma a evitar a hospitalização, sugerem a existência de necessidades de saúde que não estão sendo adequadamente atendidas em algumas comunidades. Billings *et al.* (1989) foram pioneiros neste método em um estudo de hospitalização em várias áreas metropolitanas.

Tabela 14.5

Saúde para todos no ano 2000: áreas da região europeia da OMS em que as metas foram especificadas*

Eqüidade em Saúde Adição de anos à vida Melhores oportunidades para os incapacitados Redução de doença ou incapacitação
Eliminação de Enfermidades Específicas Expectativa de vida ao nascer Mortalidade infantil Mortalidade materna Mortalidade por doenças circulatórias Mortalidade por câncer Mortes por acidentes Suicídios
Política de Saúde Pública Sistemas de apoio social Conhecimento e motivação de comportamentos saudáveis Comportamento positivo em saúde Redução de comportamentos prejudiciais à saúde
Políticas de saúde ambiental Mecanismos de monitoramento e controle Controle da poluição das águas Controle da poluição do ar Segurança dos alimentos Controle de resíduos tóxicos Assentamentos humanos e habitação Ambiente de trabalho
Sistema Baseado na Atenção Primária à Saúde Recursos e conteúdos da atenção (2) Profissionais de atenção e recursos comunitários (2) Qualidade dos serviços (2)
Estratégias de pesquisa Políticas de saúde para todos Planejamento e alocação de recursos Sistemas de informação de saúde Desenvolvimento de recursos humanos (2)

* Números entre parênteses indicam o número de metas específicas dentro da categoria

Fonte: Organização Mundial da Saúde (1994).

Examinaram as taxas de hospitalização por problemas em que um bom atendimento primário evitaria a progressão de doenças ao estágio em que requerem hospitalização. O primeiro estudo, na cidade de Nova York, descobriu que estas taxas de admissão eram três vezes mais altas nas áreas de baixa renda do que nas áreas de alta renda (Billings *et al.*, 1993). Em um estudo similar em Washington, DC, os pacientes com um único profissional encarregado por sua atenção ou tratamento tiveram metade da probabilidade de serem hospitalizados por problemas do que aqueles sem um profissional, sendo isso válido para baixa e alta renda (Billings e Teicholz, 1990). Estudos similares pelo mesmo grupo de investigadores em 15 áreas urbanas diferentes nos Estados Unidos confirmaram a existência de disparidades nestas taxas de hospitalização entre os grupos de renda, mas não encontraram-nas em três cidades de Ontário, Canadá, onde o acesso à atenção é universal e as pessoas de baixa renda têm acesso similar aos serviços de atenção primária como a maioria das pessoas favorecidas (Billings *et al.*, 1996). Um estudo paralelo em uma área na Espanha, um país com acesso universal a bons serviços de atenção primária, também não encontrou diferenças nas taxas de hospitalizações pediátricas entre os grupos de renda (Casanova e Starfield, 1995). Um estudo em três áreas no nordeste dos Estados Unidos apoiou a importância de uma fonte de atenção primária ao demonstrar que as crianças hospitalizadas com doenças agudas tinham mais doenças severas se seu vínculo com uma fonte de atenção primária fosse ruim. Além disso, as adequações tanto da atenção ao primeiro contato como da coordenação, manifestadas pelo fato do paciente ter sido atendido pelo profissional de atenção primária antes da hospitalização, ou do profissional ter realizado o encaminhamento ao hospital, ou do profissional ter acompanhado o paciente no hospital, variaram por área e por tipo de plano de saúde. Os únicos achados que foram consistentes entre as três áreas foram as altas taxas de coordenação dos serviços pelos médicos na unidade privada localizada na comunidade ou no modelo em equipe das organizações de

manutenção da saúde (Perrin *et al.*, 1996). A relação entre os serviços de atenção primária e as taxas mais baixas de hospitalização para estes problemas sensíveis à atenção ambulatorial foi mais fortalecida por um estudo em todo o Estado da Pensilvânia. Apenas o número de médicos de família por população estava significativamente associado às taxas mais baixas de hospitalização por estes problemas em adultos e crianças, mesmo depois do controle para a renda de cada uma das 27 áreas do estado. Nem o número de pediatras nem de internistas generalistas mostrou a mesma associação (Parchman e Culler, 1994).

Muitos outros estudos mostraram que as taxas de hospitalização, em geral e para problemas sensíveis à atenção ambulatorial em particular, são mais altas onde o acesso à atenção é inferior, medido pelas mudanças quando o acesso financeiro é retirado (Roemer *et al.*, 1975), por pesquisas na comunidade (Bindman *et al.*, 1995), ou por ausência de seguro (Weissman *et al.*, 1992). Uma variante dos estudos sobre microáreas de risco utilizou dados nacionais do *Child Health Supplement* [Suplemento de Saúde Infantil] da *National Health Interview Survey* [Pesquisa Nacional de Entrevista sobre Saúde] de 1988, ligado aos dados no nível do condado a partir do *Area Resource File* [Arquivo de Recursos da Área] do Ministério da Saúde e Assistência Social. O estudo demonstrou que as crianças que residiam em condados cujo número de médicos de atenção primária estava no quintil superior tinham metade da chance de usar uma unidade de emergência como sua fonte de atenção primária, em relação a crianças de locais onde o número de médicos de atenção primária situava-se nos quintil mais baixo (Halfon *et al.*, 1996). Assim, as diferenças no uso das unidades de emergência, particularmente quanto a necessidade de atenção não é urgente, pode servir como uma medida da adequação da organização e da prestação de serviços para atender às necessidades da população.

Qualquer comunidade com taxas de hospitalização mais altas do que o esperado para problemas sensíveis à atenção ambulatorial deveria examinar seus serviços ambulatoriais para determinar se estão adequados na oferta da atenção necessária na comunidade. Por exemplo,

os serviços sociais adicionais ou enfermeiras para visitação ajudariam a manter os indivíduos sob atenção em casa quando a severidade de sua doença apenas não requer hospitalização? Os serviços de saúde estão localizados de forma que os indivíduos que necessitam podem chegar até eles? Os incentivos econômicos para a oferta de determinados serviços corrompem? Os serviços do médico são de má qualidade? O excesso de hospitalização é apenas um resultado das diferenças idiossincráticas na propensão dos médicos locais a hospitalizar pacientes devido a características específicas daqueles pacientes?

ATENDENDO ÀS PRIORIDADES DE SAÚDE DA COMUNIDADE

Muitos peritos que trabalham na área dos serviços locais de saúde em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento, acreditam que a orientação para a comunidade requer a consideração não apenas das necessidades de saúde da comunidade, mas também a capacitação das comunidades para que desempenhem o papel principal na identificação dos determinantes destas necessidades no planejamento de soluções para atendê-las. Estas abordagens são incomuns em países industrializados, mas, onde existem, podem servir como modelos para outros.

A experiência em países desenvolvidos e em desenvolvimento indica que a mudança contínua de comportamento é melhor promovida pela participação da família e da comunidade do que pela abordagem usual que estimula a dependência dizendo às pessoas o que é de seu melhor interesse (Taylor, 1995).

Em algumas áreas do Canadá, a necessidade de serviços de saúde baseada na comunidade é bem reconhecida. Os serviços de saúde baseados na comunidade (CSCs) implicam enfoque sobre uma variedade abrangente de serviços de saúde não-institucionais e relacionados que são, geralmente, sinônimo dos serviços de atenção primária. Como a idéia do CSCS foi desenvolvida a partir da

experiência com vários tipos diferentes de unidades de saúde em diferentes províncias (incluindo centros de saúde comunitários e os Centros Locais de Serviços Comunitários (CLSC – *Centres Locaux des Services Communitaires*) em Quebec, além de redes de organizações de atenção primária e órgãos de saúde pública), não há um modelo organizacional. Os CSCs compartilham metas em comum, entretanto, incluindo efetividade do serviço, eficiência econômica, equidade, empoderamento do consumidor e da comunidade e qualidade de vida no trabalho para aqueles que trabalham no sistema. Embora existam poucas experiências em outros lugares que possibilitem a especificação de características organizacionais para alcançar estas metas, existem alguns princípios fundamentais que orientam as atividades, incluindo maior atenção à identificação das preferências do consumidor para participar na tomada de decisões nos serviços de saúde (ver Capítulo 9); integração de serviços com as abordagens multissetoriais e interdisciplinares (ver Capítulo 5); o uso do financiamento baseado na população ajustado para os diferentes níveis de saúde para alcançar uma maior equidade nos serviços; e uma clara definição da área de captação do serviço (embora seja reconhecido que o tamanho ótimo de captação seja desconhecido).

A orientação para a comunidade do esforço canadense fica evidente a partir das metas dos elementos estruturais de um sistema de saúde local. A Tabela 14.6 indica as metas para definição da população, os recursos que são necessários para oferecer os serviços e as habilidades da equipe, os mecanismos de financiamento, a estrutura de administração, a estrutura organizacional e o sistema de informações. A ênfase no envolvimento da comunidade em todos os níveis da tomada de decisão é evidente. Nenhuma meta específica para o desempenho ou resultados do CSC está prescrita, uma vez que se reconhece que as comunidades diferem e que as necessidades mudam de lugar para lugar e de época para época. Entretanto, um modelo para o desenvolvimento dos planos da comunidade e a avaliação com base nos componentes da estrutura, processo e resultado orientam as atividades das diferentes comunidades.

Tabela 14.6

Serviços de saúde baseados na comunidade no Canadá: metas estruturais

População atendida
Organizações do CSC atendem uma comunidade identificável definida pelo território geográfico ou necessidade comum
Os CBHSs são prontamente acessíveis para a população atendida e os subgrupos que devem ser atingidos
Recursos
As organizações do CSC utilizam e apoiam os profissionais com melhor relação custo-efetividade do serviço
Habilidades do profissional
Os profissionais dos CSCs possuem as habilidades necessárias para as funções que lhes são indicadas
Regulamentação organizacional
A legislação sob a qual os profissionais dos CSCs atuam possibilita o manejo de recursos humanos conforme custo-efetividade
Financiamento
Mecanismos de financiamento para as organizações e profissionais dos CSCs facilitam a relação custo-efetividade e o uso criativo dos dólares disponíveis para os serviços de saúde
Administração
A estrutura da administração assegura a representação e envolvimento adequados por parte da comunidade atendida na formação, implementação e avaliação da política dos CSCs
As obrigações das comissões administrativas dos CSCs, expressas na legislação provincial e territorial, estão claras
Os membros da comissão dos CSCs entendem suas obrigações legais e possuem as habilidades necessárias para administrar a organização de forma efetiva
Estrutura organizacional
Os CSCs são estruturados para facilitar as abordagens de custo-efetividade e de prestação de serviço orientadas para o consumidor
Sistemas de informação
Os sistemas de informação que facilitam o planejamento, prestação, monitoramento e avaliação dos CSCs estão presentes e são utilizados

Fonte: Wanke *et al.* (1996)

Os consultórios individuais, de atenção primária, também podem se engajar nas atividades que identificam e respondem às necessidades de saúde da comunidade. Um destes esforços, o *Patient Advisory Council* [Conselho de Assessoria ao Paciente], tem sido utilizado com sucesso em uma unidade de família de taxa por serviço, em Minnesota. A unidade definiu sua população de pacientes e convidou todos os membros a se unirem ao conselho e comparecerem a quatro reuniões por ano. Além disso, as atividades contínuas do Conselho são direcionadas para a melhoria de vários aspectos dos serviços. A tomada de decisão é compartilhada com o Conselho. Um

comitê do Conselho (*Services Improvement Committee* [Comitê para Melhoria dos Serviços]) ajudou a unidade a melhorar o entendimento das necessidades da comunidade. Como resultado, a unidade teve menos processos por imperícia do que as outras na área. Além disso, os dados epidemiológicos mostram que a unidade identifica os problemas psicossociais na população em taxas comparáveis àquelas verificadas a partir dos estudos na comunidade, enquanto as taxas em outras unidades são muito mais baixas (Seifert e Seifert, 1982).

Conforme aumenta a capacidade de coletar dados a partir de um número e variedade crescentes de fontes, novas possibilidades para identificação de tipos diferentes de necessidades de saúde surgirão na comunidade. Um conjunto de dados padronizados para a atenção ambulatorial que relata, rotineiramente, todos os problemas e diagnósticos feitos no consultório ou no centro de saúde esclarecerá a existência de problemas que, geralmente, não causam morte ou hospitalização. Novos sistemas para o esclarecimento e categorização de tipos diferentes de incapacitação, limitação da atividade e interferência com os papéis sociais como resultado dos problemas de saúde tornarão possível utilizar estes tipos de informações para avaliar as necessidades de saúde da comunidade de outras formas que não as estatísticas tradicionais de morbidade e mortalidade. Abordagens melhores e menos custosas para a pesquisa das populações fora das unidades de saúde fornecerão um outro caminho para identificar novos tipos de necessidades em saúde, além de fornecer um quadro mais completo das necessidades de saúde do que aquele obtido a partir de dados a respeito dos indivíduos que já receberam os serviços.

O desenvolvimento de tecnologia para coleta e processamento de informações certamente facilitará o alcance das etapas iniciais da COPC. A tecnologia médica aprimorada expandirá a definição de *necessidades de saúde*; conforme os problemas existentes são resolvidos, novos desafios em outro nível de necessidade surgirão. A atenção orientada para a comunidade não pode ser alcançada em todos os lugares, nem no mesmo grau. Entretanto, é um conceito que agora é apropriado para a consideração conforme os desafios do século XXI se aproximam.

ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE PÚBLICA ORIENTADAS PARA A COMUNIDADE

O advento da atenção gerenciada, na qual as unidades de medicina clínica assumem a responsabilidade por toda a atenção de uma população definida, provavelmente confundirá os limites entre a saúde pública convencional e a medicina clínica. A Tabela 14.7 delinea os diferentes tipos de intervenção dentro dos sistemas de serviços de saúde. As linhas da tabela indicam o tipo de população para a qual a intervenção é indicada, indo verticalmente para baixo a partir das populações agregadas (nas quais a intervenção objetiva atingir a população como um todo, e não os indivíduos), para populações como um todo, mas objetivando atingir indivíduos dentro destas populações, para indivíduos dentro destas populações que são selecionados de acordo com a presença de algum fator de risco suspeito ou conhecido, ou para indivíduos porque têm alguma característica individual. As colunas da tabela são divididas de acordo com o tipo de função, variando de primária (quando a intervenção é indicada para impedir a ocorrência de um problema), para secundária (na qual a patologia é detectada antes que se manifeste) e para terciária (que envolve o impedimento da progressão da patologia, sua reversão ou correção de seus efeitos). A Tabela 14.8 identifica o *locus* de responsabilidade pela intervenção conforme seu tipo. É improvável que os serviços da medicina clínica assumam a responsabilidade por todas ou pela maioria das atividades da linha superior da tabela, envolvendo atividades referentes ao planejamento, monitoramento ou regulamentação ambiental; monitoramento ou regulamentação de produtos; ou recursos sociais e legais para abordar as ameaças à saúde da população. Por outro lado, as intervenções nas outras nove células poderiam, teórica ou realmente, recair no reino da responsabilidade tanto do setor de saúde pública como da medicina clínica, particularmente se a saúde pública for definida como “esforços organizados da comunidade com o objetivo de prevenir doenças e promover a saúde” (Holland *et al.*, 1991).

Tabela 14.7
Exemplos de intervenções por tipo de função e grupo alvo

Meta	Tipo de função		
	Primária	Secundária	Terciária
Generalizada			
populações	Planejamento ambiental	Monitoramento ambiental e controle de produtos	Defesa pública, mobilização da comunidade (recurso jurídico e social)
indivíduos	Campanhas de educação em saúde, imunizações	Exame para fenilcetonúria, exame para câncer de mama	Sistemas de informação†: padronização, coleta, análise e disseminação dos dados
Seletiva	Engenharia genética‡	Exame para detecção de chumbo no sangue	Alcance/acesso, por exemplo, visita domiciliar
Indicada	Controle de doença transmissível, antibióticos profiláticos, diretrizes da unidade	Acompanhamento freqüente de recorrência da doença	Tratamento de problemas: avaliação da qualidade dos serviços clínicos

* Tipo de função: Primária: intervenção para impedir que um problema ocorra; secundária: intervenção em um estágio antes do problema se manifestar; terciária: correção para reverter as manifestações do problema

† As atividades envolvem o monitoramento das estatísticas de saúde e a pesquisa do estado de saúde, acesso e experiências pessoais com os serviços

‡ Esse esforço deve sempre ser considerado ético ou prático.

Tabela 14.8
Locus de responsabilidade para as intervenções pelo tipo de função e grupo alvo

Meta	Tipo de função		
	Primária	Secundária	Terciária
Generalizada			
populações	SP	SP	SP
indivíduos	SP/AC	SP/AC	SP/AC
Seletiva	?	SP/AC	SP/AC
Indicada	SP/AC	SP/AC	SP/AC

SP: saúde pública; AC: atenção médica clínica

Fonte: Starfield (1996).

O potencial de colaboração entre a medicina clínica e a saúde pública foi documentado por uma revisão de mais de 500 iniciativas existentes nos Estados Unidos em meados dos anos 90 (Lasker, 1997). Seis tipos de “sinergias” foram identificadas:

- melhoria dos serviços através da coordenação da atenção para os indivíduos;

- melhoria do acesso à atenção por meio do estabelecimento de estruturas para a oferta de serviços para o não-segurado;
- melhoria da qualidade e do custo-efetividade dos serviços mediante aplicação de uma perspectiva populacional à unidade médica;
- utilização da unidade clínica para identificar e tratar dos problemas de saúde da comunidade;
- fortalecimento da promoção e proteção da saúde através de campanhas de mobilização da comunidade;
- formação da futura orientação do sistema de saúde pela colaboração acerca de política, treinamento e pesquisa.

Assim, parece provável que o campo da atenção primária orientada para a comunidade possa, com o tempo, se fundir com o da saúde pública com muitos modelos diferentes de trabalho em equipe se unindo em diferentes áreas, dependendo das escolhas feitas pelas próprias localidades. O papel das administrações centrais e regionais será estabelecer a estrutura para avaliação das necessidades e os princípios gerais para avaliação do impacto. A ausência generalizada de sucesso no mundo todo no alcance de uma forte orientação para a comunidade de qualquer sistema de atenção primária, outros além dos locais conforme descritos anteriormente neste capítulo, pode ser devida à fluidez dos limites entre os dois campos orientados para a população e, especialmente, à ausência de metas e obrigações claras para que a atenção e a energia das comunidades sejam focalizadas.

REFERÊNCIAS

BILLINGS, J. ANDERSON, G.; NEWMAN, L. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Aff*, n. 15, p. 239 – 49, 1996.
_____ et al.. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff*, v. 12, n. 1, p. 162 – 73, 1993.

_____ ; HASSELBLAD, V. *Use of Small Area Analysis to Assess the Performance of the Outpatient Delivery System in New York City*. Lume, NH: The Codman Research Group, Inc., 1989.

_____ ; Teicholz, N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Aff*, n. 9, p. 158 – 65, 1990.

BINDMAN, A. B. et al. Preventable hospitalization rates and access to health care. *JAMA*, n. 274, p. 305 – 11, 1995.

BRAVEMAN, P.; MORA, F. Training physicians for community-oriented primary care in Latin America: Model programs in Mexico, Nicaragua, and Costa Rica. *Am J Public Health*, n. 77, p. 485 – 90, 1987.

BUNKER, J.; FRAZIER, H.; MOSTELLER, F. Improving health: measuring the effects of medical care. *Milbank Q*, n. 72, p. 225 – 58, 1994.

CASANOVA, C.; STARFIELD, B. Hospitalizations of children and access to primary care: A crossnational comparison. *Int J Health Serv*, v. 25, n. 2, p. 283 – 94, 1995.

DUTTON, D. *Children's Health Care: The Myth of Equal Access*. In: Select Panel for the Promotion of Child Health, Better Health for Our Children: A National Strategy. Washington, DC: US-GPO, v. 4, p. 357 – 440, 1981. (U.S. Department of Health and Human Services, PHS Pub. No. 79-55071).

FIHN, S.; WICHER, J. Withdrawing routine outpatient medical services: Effects on access and health. *J Gen Intern Med*, n. 3, p. 356 – 62, 1988.

HART, J. T. *A new type of general practitioner*. *Lancet* 1983; ii: 2729.

HALFON, N. et al. Routine emergency department use for sick care by children in the United States. *Pediatrics*, v. 98, n. 1, p. 28 – 34, 1996.

HOLLAND, W. W. *European Community Atlas of "Avoidable Death."* 2.ed. Oxford: Oxford University Press, 1993. (Commission of the European Communities health services research. Series; 6, 9. v. 1, 2).

_____ ; DETELS, R.; KNOX, G. (Ed.). *Oxford Textbook of Public Health, v. 1: Influences of Public Health*. 2.ed. Oxford: Oxford University Press, 1991.

HOLTZMAN, N. Rare diseases, common problems: recognition and management. *Pediatrics*, n. 62, p. 1056 – 60, 1978.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Community Oriented Primary Care, v.1: A Practical Assessment*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1984.

KARK, S. L. *Community Oriented Primary Health Care*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1981.

_____. From medicine in the community to community medicine. *JAMA*, n. 228, p. 1585 – 6, 1974.

LASKER, R. *The Committee on Medicine and Public Health: Medicine and Public Health, The Power of Collaboration*. New York: New York Academy of Medicine; 1997.

LUKE, B. et al. The association between occupational factors and preterm birth: A United States nurses' study. Research Committee of the Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses. *Am J Obstet Gynecol*, v. 173, n. 3, pt. 1, p.: 849 – 62, 1995.

LURIE, N. et al. Termination of Medical benefits. A follow-up study one year later. *N Engl J Med*, n. 314, p. 1266 – 8, 1986.

MANT, D.; ANDERSON, P. Community general practitioner. *Lancet*, n. 2, p. 1114 – 17, 1985.

NUTTING, P.; CONNOR, E. *Community Oriented Primary Care, v.2: A Practical Assessment, Case Studies*. Washington, DC: National Academy Press, 1984.

_____; _____. Community-oriented primary care: an integrated model for practice, research, and education. *Am J Prev Med*, n. 2, p. 140 – 7, 1986.

PARCHMAN, M.; CULLER, S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J Fam Pract*, n. 39, n. 2, p.123 – 8, 1994.

PERRIN, J. M. et al. Primary care involvement among hospitalized children. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, n. 150, p. 479 – 86, 1996.

PICKLES, W. N. *Epidemiology in Clinical Practice*. Bristol: John Wright and Sons, 1938.

ROEMER, M. et al. Copayments for ambulatory care: Penny-wise and pound-foolish. *Med Care*, n. 13, p. 457 – 66, 1975.

- RUTSTEIN, D. et al. Measuring the quality of medical care: A clinical method. *N Engl J Med*, n. 296, p. 582 – 8, 1976.
- SEIFERT, M.; SEIFERT, Jr., M. The patient advisory council concept. In: CONNOR, E.; MULLAN, F. (Ed.) *Community Oriented Primary Care: Conference Proceedings*. Washington, DC: National Academy Press, Institute of Medicine, 1982. p 307 – 312.
- STARFIELD, B. *Effectiveness of Medical Care: Validating Clinical Wisdom*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1985.
- _____. Public health and primary care: A framework for proposed linkages. *Am J Public Health*, v. 86, n. 10, p. 1365 – 9, 1996.
- _____ et al. Continuity and coordination in primary care: Their achievement and utility. *Med Care*, v. 14, n. 7, p. 625 – 36, 1976.
- TAYLOR, C. E. H. Christopherson Lecture: Lessons for the United States from the Worldwide Child Survival Revolution. *Pediatrics*, n. 96, p. 342 – 6, 1995.
- THOMPSON, R. S. et al. Primary and secondary prevention services in clinical practice. Twenty years' experience in development, implementation, and evaluation. *JAMA*; v. 273 n. 14, p. 1130 – 5, 1995.
- UNICEF/UNFPA/OPS/OMS/MINSAP. *Cuba's Family Doctor Programme*. Distributed at the 3rd International Seminar on Primary Care. Havana, Cuba, Mar. 12 – 16, 1991.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Public Health Service. Promoting Health/ Preventing Disease: Year 2000 Objectives for the Nation*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1980.
- _____. *Promoting Health/ Preventing Disease: Year 2000 Objectives for the Nation*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1990. (DHHS Pub. No. (PHS) 90- 50212).
- WANKE, M. et al. *Building a Stronger Foundation: A Framework for Planning and Evaluating Community-Based Health Services in Canada 1995*. Health Promotion and Program Branch, Health Canada. Ottawa: Canadian Dept of Supply and Services, 1996.

WEISSMAN, J.; GATSONIS, C.; EPSTEIN, A. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA*, n. 268, p. 2388 – 94, 1992.

WHITE KL, WILLIAMS TF, GREENBERG BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med*, n. 265, p. 885 – 92, 1961.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000, v. 5: 2nd evaluation, European Region*. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1994.

V

Política de Saúde e Atenção Primária



15. SISTEMAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM NAÇÕES OCIDENTAIS INDUSTRIALIZADAS

O capítulo 1 contém uma descrição da relação entre as características da atenção primária em 11 nações ocidentais industrializadas diferentes, e sua relação com os níveis de saúde e custos dos serviços de saúde. Aquele estudo utilizou informações referentes ao final dos anos 80. Desde aquela época, os sistemas de saúde de muitos países passaram por reformas no financiamento e organização. A maioria das reformas, que ainda está em andamento, foi projetada para reduzir o aumento inexorável nos custos da atenção à saúde em todo o mundo, como um resultado de tecnologias novas e caras, do envelhecimento da população e da mudança nos padrões de morbidade. A extensão na qual as reformas mudaram a unidade de atenção primária não é bem conhecida; apenas algumas delas foram projetadas especificamente para fazê-lo. Embora os pilares filosóficos da maioria dos sistemas nacionais de saúde possam não ter sido afetados, este pode não ser o caso para as políticas de saúde específicas relacionadas ao alcance dos objetivos da atenção primária. Por exemplo, a imposição de co-pagamentos pode afetar o acesso aos médicos de atenção primária e o alcance da atenção ao primeiro contato, particularmente, se as reformas não forem acompanhadas por exigências de “porta de entrada”. A reorientação dos serviços de atenção primária de médicos individuais para grupos pode interferir com a longitudinalidade se interferir na manutenção de fortes relações interpessoais entre os pacientes e seus profissionais. O melhor planejamento e organização dos serviços conseqüente à formação de grupos formais ou de sistemas de saúde que integram os serviços de atenção primária com serviços de consultoria (secundário) e de

encaminhamento (terciário) pode alterar a integralidade dos serviços oferecidos pelos profissionais de atenção primária e mudam a natureza da coordenação da atenção de formas imprevistas.

Este capítulo apresenta dados a respeito das características de sistemas nacionais de saúde que conduzem à orientação para a atenção primária (prioridades políticas no nível nacional), bem como as informações a respeito das características da unidade que refletem uma boa atenção primária. Apenas nações industrializadas estão incluídas na comparação para minimizar os possíveis efeitos que causam confusões de características históricas, culturais e filosóficas amplamente discrepantes de países orientais e ocidentais e o impacto da riqueza nacional sobre as características e funções do sistema de saúde. Apenas países com populações de 5 milhões de habitantes ou mais são apresentados, embora informações comparáveis estejam disponíveis sobre vários países menores (ver, por exemplo, Grant *et al.* [1997] referente à Nova Zelândia). Outros países que atendem a estes critérios foram omitidos porque não existem dados atuais comparáveis disponíveis.

As características da política incluem quanto o sistema regula a distribuição de recursos por todo o país; o tipo modal de profissional de atenção primária; a forma de financiamento dos serviços de atenção primária; a porcentagem de médicos em atividade envolvidos na atenção primária, e não em outra atenção especializada; a proporção de honorários profissionais médios dos médicos de atenção primária em comparação a outros especialistas; o local mais comum de serviços de atenção primária; a necessidade de um cadastro de pacientes para identificar a comunidade atendida pelas unidades; providências para acesso 24 horas; necessidade de divisão de custos por parte dos pacientes; a forma de reembolso dos médicos de atenção primária e outros especialistas; o papel do médico de atenção primária na prestação de atendimento hospitalar a seus pacientes; se os especialistas possuem ou não consultórios na comunidade fora dos hospitais; e a força dos departamentos acadêmicos de clínica geral em atenção primária.

As características da prática incluem atenção ao primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; centralização na família; orientação para a comunidade; e frequência de visitas domiciliares.

A seção a seguir descreve os países e suas características. *Para classificar a orientação da atenção primária de cada país, cada característica recebeu um escore de 0 (denotando a ausência ou um fraco desenvolvimento da característica) a 2 (denotando um alto nível de desenvolvimento da característica). Um escore 1 foi atribuído se havia um desenvolvimento moderado da característica. A Tabela 15.1 descreve os critérios para os escores do sistema de saúde e das características da unidade. Os escores não ponderados para cada país tiveram sua média calculada para derivação de um “escore de atenção primária”.

Os escores para cada país refletem as características da forma mais comum dos serviços apenas e não de outros sistemas que possam prestar a atenção mais adequada a determinados segmentos da população.

Nas descrições que seguem dos países, a classificação para cada uma das características que recebeu um escore está indicada entre parênteses.

* As principais fontes de informação são Organization for Economic Cooperation and Development Health Policy Studies No. 7 (1995); Fry e Horder (1994); Boerma *et al.* (1994) (reimpressão da publicação de 1993); Statistics Netherlands (1996); e documentos oficiais (como perfis dos países OMS-EURO). Estou particularmente em dívida com John Horder, que me levou a muitas fontes publicadas de informações e me forneceu o benefício de sua grande sabedoria. Outros indivíduos (e organizações) que foram de grande ajuda incluem Juan Gervas (Madri); Wienke Boerma na NIVEL; Ellie Tragakes e Janet Leifelt (OMS-EURO); Stephen Buetow, Martin Roland, Francois Mennerat (St. Eienne); Simone Sandier (Paris); Jande Maeseneer (Ghent); Ruut de Melker (Utrecht); Margo Rowan e equipe da Canadian Medical Association (Ottawa); Robert Reid (Canadá); Bronnie Veale (Flinders, Austrália); Anne Staehr Johansen (Copenhague); Esko Kalimo, Ilkka Vohlonen e Pertti Kekki (Helsinki); Lenart Carlsson e Lars Linder (Estocolmo); Alexandra Prados (Granada); Jon Orueta (Bilbao); Sebastian Juncosa (Barcelona); e Javier Elola (Madri).

Tabela 15.1
Critérios para classificação dos sistemas de saúde e características da unidade relacionadas à Atenção Primária

Características do sistema de saúde
<i>Tipo de sistema.</i> Atenção primária regulada ou centros de saúde pública são considerados como tendo o maior compromisso com a atenção primária. A atenção primária regulada implica que as políticas nacionais influenciam a localização da unidade médica de forma que estejam distribuídas por toda a população, e não concentradas em determinadas áreas geográficas. Presume-se, também, que os centros de saúde pública representam a distribuição equitativa dos recursos médicos. Os escores intermediários denotam sistemas em que os incentivos para a distribuição equitativa estão presentes e são moderadamente efetivos.
<i>Financiamento.</i> Os sistemas baseados nos impostos recebem os escores mais altos porque são, geralmente, mais progressivos no financiamento do que outras formas de financiamento. Os sistemas baseados na seguridade social recebem um escore intermediário porque a porcentagem para as contribuições do empregado não está geralmente ligada ao nível de renda. O financiamento, através de companhias de seguro privado basicamente, recebe o escore mais baixo.
<i>Tipo de profissional de atenção primária.</i> Generalistas (médicos de família ou generalistas) são o protótipo dos médicos de atenção primária porque a natureza de seu treinamento é devotada exclusivamente à prática de atenção primária. Os pediatras e internistas generalistas são considerados profissionais de atenção primária “intermediários” porque seu treinamento tem um maior enfoque na subespecialidade. Outros especialistas não são considerados médicos de atenção primária porque seu treinamento é focado em questões de subespecialidade.
<i>Porcentagem de médicos em atividade que são especialistas.</i> Um valor igual ou abaixo de 50% é considerado indicativo de uma orientação em direção à atenção primária. Os valores de 51%-69% são considerados intermediários, e os valores acima de 70% são considerados como indicando um sistema orientado para a especialidade.
<i>Honorários profissionais dos médicos de atenção primária em relação aos especialistas.</i> Uma alta proporção (0,9:1 ou mais) do salário médio dos médicos de atenção primária para os médicos de especialidades é considerada um incentivo para a atenção primária. Uma baixa proporção (0,8:1 ou menos) é considerada um incentivo para o sistema orientado para a especialidade. As proporções entre 0,8 e 0,9 são consideradas intermediárias.
<i>Divisão de custos para a atenção primária.</i> O escore mais alto é indicado quando não há qualquer exigência para co-pagamento, ou ela é muito baixa. Os escores intermediários são indicados onde os co-pagamentos são baixos e/ou onde há tetos máximos estabelecidos no nível de pagamentos. Os baixos escores são indicados onde os co-pagamentos são substanciais e/ou onde não existe teto máximo.
<i>Cadastros de pacientes.</i> Os escores mais altos são indicados onde há exigências do sistema para cadastros pessoais. Os escores intermediários são indicados onde há cadastros de grupos e/ou onde a existência destas listas, de fato, não é necessária. O escore mais baixo é indicado onde nenhum cadastro está presente.
<i>Exigências para cobertura 24 horas.</i> Onde existe cobertura 24 horas pessoal ou delegada por obrigação legal, o escore máximo é indicado. Onde há uma obrigação social e não legal, é indicado um escore intermediário. O escore mais baixo reflete a ausência de ambas.
<i>Força dos departamentos acadêmicos de medicina de família.</i> Os escores mais altos são indicados quando estes departamentos são tão fortes quanto das outras especialidades. Os escores intermediários são atribuídos onde a força não é uniforme no país, sendo os baixos escores atribuídos ao local onde a medicina de família tem pouca prioridade ou prestígio na educação e treinamento médico.

Tabela 15.1
Critérios para classificação dos sistemas de saúde e características da unidade relacionadas à Atenção Primária (continuação)

<p>As características do sistema que não recebem escores para a atenção primária são onde a atenção é prestada (porque não há evidências de que um tipo de local seja melhor que outro), o tipo de reembolso de generalistas e de especialistas (porque o impacto do tipo de reembolso sobre os incentivos para a prática da atenção primária é desconhecido), se os generalistas atendem ou não os pacientes hospitalizados (porque há poucas evidências sobre o impacto deste aspecto de um sistema de serviços de saúde), se os especialistas estão restritos ou não a hospitais (porque as consultorias com os médicos de atenção primária podem ser aprimoradas pela unidade especializada limitada na comunidade), trabalho em equipe e extensão de visitas domiciliares, porque as contribuições destas funções da atenção primária são desconhecidas. Embora a indicação dos serviços de atenção primária para uma área geográfica definida seja considerada conducente para a orientação para a comunidade e, por isso, detenha, potencialmente, um alto nível de atenção primária, nenhum ponto é indicado porque a orientação para a comunidade é avaliada diretamente.</p>
<p>Classificação das Características da Unidade</p>
<p><i>Primeiro Contato.</i> O primeiro contato implica que as decisões a respeito da necessidade de serviços especializados são tomadas depois da consulta com o médico de atenção primária. As exigências para o acesso a especialistas por meio do encaminhamento da atenção primária são consideradas mais consistentes com o aspecto do primeiro contato da atenção primária. A capacidade do paciente de se auto-encaminhar é considerado conducente a um sistema de saúde orientado para a especialidade. Onde há incentivos para reduzir o acesso direto a especialistas, mas não há exigência para um encaminhamento, é indicado um escore intermediário.</p>
<p><i>Longitudinalidade.</i> A longitudinalidade denota a extensão da relação com um profissional ou unidade de saúde no decorrer do tempo que não é baseada na presença de tipos específicos de diagnósticos ou problemas de saúde. As classificações mais altas são atribuídas onde a relação é baseada no cadastramento ou registro (cadastro de pacientes) com um profissional específico. As taxas mais baixas são atribuídas onde não há uma relação implícita ou explícita ao longo do tempo, e os escores intermediários são indicados onde esta relação existe por omissão e não por intenção.</p>
<p><i>Integralidade.</i> A medida da integralidade é o quanto uma completa variedade de serviços é diretamente oferecida pelo médico de atenção primária ou especialmente providenciada por outro local. As classificações mais altas são atribuídas para providências para a prestação universal de benefícios extensivos e uniformes e para a atenção de crianças, idosos e mulheres, bem como outros adultos, atenção obstétrica de rotina prestada pelos profissionais de atenção primária, consideração das necessidades de saúde mental na unidade de atenção primária, realização de cirurgias menores e diversos aspectos da atenção preventiva. Os escores mais altos são indicados quando a maioria destes serviços é realizada na unidade de atenção primária. Os escores intermediários são indicados quando menos do que a maior parte dos serviços são oferecidos ou quando menos da maioria oferece a maior parte deles, mas como rotina. Os escores mais baixos são indicados quando a oferta da maioria destes serviços não é, geralmente, característica da unidade de atenção primária.</p>
<p><i>Coordenação.</i> A atenção é considerada coordenada onde existem diretrizes formais para a transferência de informações entre os médicos de atenção primária e os especialistas. Onde isto ocorre para apenas determinados aspectos da atenção (como a atenção de longa duração), são atribuídas classificações intermediárias. As classificações inferiores refletem a ausência geral de diretrizes para a transferência de informações a respeito dos pacientes.</p>
<p><i>Centralização na família.</i> As altas classificações são atribuídas onde assumem explicitamente a responsabilidade pela atenção centrada na família.</p>
<p><i>Orientação para a comunidade.</i> As altas classificações são atribuídas onde os profissionais utilizam dados da comunidade no planejamento para os serviços ou para a identificação de problemas. Os valores intermediários são indicados onde os dados clínicos derivados da análise de dados da unidade são usados para identificar as prioridades para a atenção. Baixas classificações são indicadas onde há pouca ou nenhuma tentativa em utilizar dados para planejar ou organizar os serviços.</p>

CARACTERÍSTICAS DOS PAÍSES EM RELAÇÃO À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Alemanha

Tipo de sistema: não regulado * (0)

Financiamento: mais de 1.000 fundos separados cobrem mais de 90% da população (contribuições empregador-empregado) (1)

Tipo de profissional de atenção primária: médicos generalistas (embora outros especialistas possam oferecer a “atenção primária”) (1)

Porcentagem de médicos em atividade que são especialistas: 81% (0)

Honorários profissionais dos médicos de atenção primária em relação aos especialistas: 1:1,4 no setor ambulatorial; disparidade muito maior no sistema como um todo (0)

Divisão de custos para a atenção primária: apenas de determinados serviços; exceção para baixa renda (2)

Cadastro de pacientes: não. Cartões com chip vinculam o paciente e o médico por períodos de três meses (0)

Exigências para cobertura 24 horas: os médicos nas áreas locais dividem a cobertura (1)

Força dos departamentos acadêmicos de medicina de família: alguns são fortes (1)

* Em 1993, a *Health Care Structure Law* [Lei da Estruturação da Atenção à Saúde] mudou algumas das políticas referentes aos serviços de saúde na estrutura ambulatorial. Pela primeira vez, existe uma clara separação entre médicos generalistas e especialistas no setor ambulatorial, com treinamento obrigatório em clínica geral e consultorias exigidas com um médico generalista antes de consultar um especialista. Certos serviços de médicos generalistas (especialmente preventivos) receberão taxas mais altas, apesar do amplo espectro da clínica, incluindo procedimentos diagnósticos, permanecer desencorajado. A legislação para estabelecer a proporção de médicos fixos para a população de cada área geográfica, com uma relação de 1 médico generalista para 2.000 habitantes e com quase 60% de todas as áreas fechadas para novas unidades (e menos áreas abertas para os médicos generalistas do que para os especialistas), não é aceita pelos médicos e é esperado que eles recorram à justiça.

Atenção primária organizada por área geográfica definida: não
Unidade mais comum da prática de atenção primária: consultório individual

Reembolso dos médicos de atenção primária: taxa por serviço
Reembolso de especialistas: taxa por serviço (salário em hospitais)
Atenção dos médicos generalistas para pacientes hospitalizados: não
Especialistas restritos aos hospitais: não

Primeiro contato: não* (0)
Longitudinalidade: fraca (0)
Integralidade: fraca* (0)
Coordenação: fraca (0)
Centralização da família: fraca (0)
Orientação para a comunidade: fraca (0)

Austrália

Tipo de sistema: atenção primária parcialmente não-regulada; incentivos para unidades em áreas rurais; número de cobranças deve ser racionado por área (1)

Financiamento: seguro nacional de saúde, universal, baseado nos impostos (2)

Tipo de profissional de atenção primária: médico de família/generalista (2)

Porcentagem de médicos em atividade que são especialistas: mais generalistas do que especialistas (2)

Honorários profissionais dos médicos de atenção primária em relação aos especialistas: aproximadamente 1:2 (0)

Divisão de custos para a atenção primária: 80% dos médicos generalistas conta bruta (os pacientes não pagam nada). De outra forma, baixo co-pagamento. (2)

Cadastro de pacientes: nenhum (0)

Exigências para cobertura 24 horas: parte da obrigação no registro vocacional (serviços substitutos) (0)

Força dos departamentos acadêmicos de medicina de família: moderada (1)

Unidade mais comum da prática de atenção primária: unidade isolada
Reembolso dos médicos de atenção primária: taxa por serviço, contas extras permitidas (20% dos médicos generalistas fazem isso)

Reembolso de especialistas: taxa por serviço (na prática de consultório)

Atenção dos médicos generalistas para pacientes hospitalizados: não, exceto em áreas rurais

Especialistas restritos aos hospitais: não

Atenção primária organizada por área geográfica definida: não

Primeiro contato: sim; acesso a especialistas através do encaminhamento da atenção primária (2)

Longitudinalidade: variável (1)

Integralidade: variação extensiva (2)

Coordenação: fraca entre os médicos generalistas e os especialistas (0)

Centralização da família: sim (2)

Orientação para a comunidade: moderada a ruim (0)

Bélgica

Tipo de sistema: atenção primária não regulada (0)

Financiamento: virtualmente universal (98%); mais da metade (52%) através de contribuições empregador-empregado (1)

Tipo de profissional de atenção primária: profissional de família (geral) (2)

Porcentagem de médicos em atividade que são especialistas: 46% (1)

Honorários profissionais dos médicos de atenção primária em relação aos especialistas: não disponível

Divisão de custos para a atenção primária: alta (25%), exceto 10% para grupos “vulneráveis” (0)

Cadastro de pacientes: não (0)

Exigências para cobertura 24 horas: não (0)

Força dos departamentos acadêmicos de medicina de família: regular (1)

Unidade mais comum da prática de atenção primária: consultórios individuais de médicos generalistas

Reembolso dos médicos de atenção primária: taxa por serviço, direto do paciente, reembolsado parcialmente, exceto isenção de pagamento para baixa renda. Taxa negociada, o médico não está vinculado a ela (conta extra permitida)

Reembolso de especialistas: taxa por serviço

Atenção dos médicos generalistas para pacientes hospitalizados: não

Especialistas restritos aos hospitais: não

Atenção primária organizada por área geográfica definida: não

Primeiro contato: não (0)

Longitudinalidade: não (0)

Integralidade: fraca. Atenção preventiva feita principalmente pela saúde pública, incluindo atenção relacionada à gestação, saúde mental de pacientes ambulatoriais, saúde escolar, saúde ocupacional, atenção preventiva para menores de 5 anos (0)

Coordenação: fraca (0)

Centralização da família: fraca (0)

Orientação para a comunidade: fraca (0)

Canadá

Tipo de sistema: parcialmente regulado (incentivo). Em Quebec, regulado, mas má distribuição global dos médicos de família (1)

Financiamento: cobertura universal; baseado nos impostos (2)

Tipo de profissional de atenção primária: médicos generalistas e pediatras (1,5)

Porcentagem de médicos em atividade que são especialistas: 49% (2)

Honorários profissionais dos médicos de atenção primária em relação aos especialistas: aproximadamente 2:3 (mais alta em áreas rurais) (0)

Divisão de custos para a atenção primária: não (2)

Cadastro de pacientes: não. Algumas propostas para introdução de registros (0)

Exigências para cobertura 24 horas: moderada (por obrigação social) (1)

Força dos departamentos acadêmicos de medicina de família: forte (2)

Unidade mais comum da prática de atenção primária: unidades em grupo (67%)

Reembolso dos médicos de atenção primária: taxa por serviço (negociada), mas a taxa por procedimentos é baixa. Algumas províncias estabelecem cobertura global

Reembolso de especialistas: taxa por serviço (negociada)

Atenção dos médicos generalistas para pacientes hospitalizados: basicamente em áreas rurais

Especialistas restritos aos hospitais: não

Atenção primária organizada por área geográfica definida: não

Primeiro contato: sim, por meio de incentivos (os especialistas recebem menos se o paciente for auto-encaminhado) (1)

Longitudinalidade: variável (1)

Integralidade: boa. A atenção preventiva é boa na atenção primária; em áreas rurais, os médicos generalistas fazem metade de todos os partos normais e 20% das cesarianas (2)

Coordenação: moderada. Política profissional, mas nem sempre seguida (0,5)

Centralização da família: geralmente boa (1)

Orientação para a comunidade: variável (0,5)

Dinamarca

Tipo de sistema: atenção primária regulada (2)

Financiamento: virtualmente universal; baseado nos impostos (2)

Tipo de profissional de atenção primária: médicos de família (generalistas) (2)

Porcentagem de médicos em atividade que são especialistas: 75%, incluindo especialistas baseados na comunidade com acesso direto (0)

Honorários profissionais dos médicos de atenção primária em relação aos especialistas: 1:1 (2)

Divisão de custos para a atenção primária: baixa (2)

Cadastro de pacientes: sim (2)

Exigências para cobertura 24 horas: sim, obrigação legal (2)

Força dos departamentos acadêmicos de medicina de família: forte (2)

Unidade mais comum da prática de atenção primária: unidade isolada/ em grupo (33%/49%)

Reembolso dos médicos de atenção primária: cerca de 1/4 de capitação, 3/4 de taxa por serviço incluindo cirurgias menores, alguns exames diagnósticos, atenção relacionada à gestação, atestados, mas *não* para atenção preventiva

Reembolso de especialistas: taxa por serviço na comunidade; salário em hospitais

Atenção dos médicos generalistas para pacientes hospitalizados: não

Especialistas restritos aos hospitais: sim, exceto oftalmologistas e otorrinolaringologistas, bem como especialistas “Midi” que realizam cirurgias pequenas, angiografia

Atenção primária organizada por área geográfica definida: sim (raio de 10 km)

Primeiro contato: sim, mas com acesso direto a otorrinolaringologistas e oftalmologistas (2)

Longitudinalidade: sim, mas deve mudar se sair da área do médico (2)

Integralidade: alta. Serviços preventivos fortemente desenvolvidos; excelentes relacionamentos com as enfermeiras comunitárias, de saúde mental (2)

Coordenação: moderada. Os médicos generalistas recebem devolução de especialistas e enfermeiras de pacientes ambulatoriais, mas fraca comunicação com os especialistas nos hospitais (1)

Centralização da família: alta. As crianças são indicadas aos mesmos médicos generalistas que os pais (2)

Orientação para a comunidade: moderada (1)

Espanha

Tipo de sistema: regulado (2)

Financiamento: 99%; a maior parte baseada nos impostos (2)

Tipo de profissional de atenção primária: médicos de família (generalistas) e pediatras (1,5)

Porcentagem de médicos em atividade que são especialistas: 63% (1)

Honorários profissionais dos médicos de atenção primária em relação aos especialistas: aproximadamente equivalente (2)

Divisão de custos para a atenção primária: não (2)

Cadastro de pacientes: sim (2)

Exigências para cobertura 24 horas: em áreas rurais. Serviço delegado nas áreas urbanas (grande uso do serviço de emergência) (0)

Força dos departamentos acadêmicos de medicina de família: fraca (0)

Unidade mais comum da prática de atenção primária: centros de saúde (em áreas reformadas)

Reembolso dos médicos de atenção primária: salário (alguns utilizam a capitação)

Reembolso de especialistas: salário (nos hospitais); salário no setor ambulatorial (parte do serviço hospitalar)

Atenção dos médicos generalistas para pacientes hospitalizados: não

Especialistas restritos aos hospitais: não

Atenção primária organizada por área geográfica definida: sim, os centros de saúde atendem de 5.000 a 25.000 habitantes

Primeiro contato: sim, mas com livre acesso a pediatras e oftalmologistas (2)

Longitudinalidade: forte associação com o médico individual de atenção primária (2)

Integralidade: moderada. Pouca na ginecologia e em cirurgias menores (1)

Coordenação: fraca qualidade de comunicação (0)

Centralização da família: boa. O tamanho do cadastro inclui os membros da família (2)

Orientação para a comunidade: fraca a boa (depende do centro de saúde) (1)

Estados Unidos

Tipo de sistema: não regulado; cerca de 20% Organizações de Manutenção da Saúde (HMOs), 50% outra atenção gerenciada; 30% outros (0)

Financiamento: 16% não cobertos, provavelmente duas vezes esse valor em algum momento durante o ano (0)

Tipo de profissional de atenção primária: médicos de família (generalistas), internistas generalistas, pediatras (1)

Porcentagem de médicos em atividade que são especialistas: 61% (se medicina interna geral e pediatria forem contados como atenção primária; mais de 80% em caso contrário) (1)

Honorários profissionais dos médicos de atenção primária em relação aos especialistas: 0,6-0,7 (0)

Divisão de custos para a atenção primária: alta (20% a mais das deduções, geralmente menos no caso da HMO) (0)

Cadastro de pacientes: sim nas HMOs, algumas vezes em outras atenções gerenciadas; Não em outras (0-1)

Exigências para cobertura 24 horas: sim nas HMOs; não em outras (0-1)

Força dos departamentos acadêmicos de medicina de família: alguns excelentes (1)

Unidade mais comum da prática de atenção primária: geralmente grupos (especialmente individuais e multiespecializados)

Reembolso dos médicos de atenção primária: variável. A maioria ainda cobra taxas pelo serviço

Reembolso de especialistas: a maioria por taxa por serviço (salário e bonificação nos estabelecimentos acadêmicos)

Atenção dos médicos generalistas para pacientes hospitalizados: variável

Especialistas restritos aos hospitais: não

Atenção primária organizada por área geográfica definida: não

Primeiro contato: sim nas HMOs; variável em outras atenções gerenciadas; não em outras (0-2)

Longitudinalidade: variável, provavelmente diminuindo com o passar do tempo (0)

Integralidade: variável. A atenção preventiva está aumentando (HMOs); cobertura global provavelmente diminuindo com as novas exclusões de cobertura financeira (0)

Coordenação: variável, depende do estabelecimento e do patrocínio. Provavelmente fraca no geral (0)

Centralização da família: boa para os médicos de família; ruim para outros (fraca no geral) (0-1)

Orientação para a comunidade: fraca (0)

Finlândia

Tipo de sistema: público, baseado no centro de saúde (atenção primária regulada) com setor privado substancial (2)

Financiamento: 100%; baseado nos impostos (2)

Tipo de profissional de atenção primária: médicos de família (generalistas) (2)

Porcentagem de médicos em atividade que são especialistas: 63% – 68% (1)

Honorários profissionais dos médicos de atenção primária em relação aos especialistas: 1:1 (2)

Divisão de custos para a atenção primária: substancial (\$17-\$20 ou 50 marcos para as três primeiras consultas num ano, exceto crianças e idosos) (1)

Cadastro de pacientes: apenas um terço dos médicos generalistas possui cadastro (1)

Exigências para cobertura 24 horas: sim, pelos médicos nos centros de saúde (2)

Força dos departamentos acadêmicos de medicina de família: forte (2)

Unidade mais comum da prática de atenção primária: centros de saúde (55% de todas as consultas)

Reembolso dos médicos de atenção primária: salário e taxa por serviço por hora extra em 60%; capitação e taxa para serviços por hora extra (40%)

Reembolso de especialistas: salário, mas no setor privado pagamento substancial por taxa por serviço com cobrança direta aos pacientes; 40% das consultas particulares são encaminhadas pelo setor público

Atenção dos médicos generalistas para pacientes hospitalizados: não, mas a maioria dos centros de saúde possui leito para atenção crônica/asilo

Especialistas restritos aos hospitais: sim no setor público (cerca de 70%), não no setor privado (30%). Especialistas em hospitais geralmente trabalham em outros horários no setor privado

Atenção primária organizada por área geográfica definida: sim

Primeiro contato: sim, no setor público. Efetivamente, apenas cerca de 25% das pessoas têm atenção ao primeiro contato. Qualquer paciente pode ir a um médico particular e pedir um encaminhamento a um hospital (1)

Longitudinalidade: moderada. A escolha do médico é limitada, mas possível. No geral, fraca durante 1990-95, mas melhorando devido ao aumento do uso de cadastros (36%) (1)

Integralidade: variação extensiva; excelente variedade de serviços (2)

Coordenação: nenhuma diretriz formal; fraca coordenação com especialistas, boa na atenção a longo prazo (1)

Centralização da família: fraca (0)

Orientação para a comunidade: alta (2)

França

Tipo de sistema: não regulado (0)

Financiamento: 100%; seguro social empregador-empregado (65%) (1)

Tipo de profissional de atenção primária: médicos de família (generalistas) e especialistas (ginecologistas para muitas mulheres e pediatra para a atenção preventiva em crianças) (1)

Porcentagem de médicos em atividade que são especialistas: 50% (2)

Honorários profissionais dos médicos de atenção primária em relação aos especialistas: 1:2 (0)

Divisão de custos para a atenção primária: alta; 30% do programa de taxas combinado e acréscimo na cobrança são comuns, mas os co-pagamentos são zero para grupos vulneráveis e doença de longa duração. Os pacientes pagam e são reembolsados pelo seguro social ou privado, se o tiverem (0)

Cadastro de pacientes: não. Algumas propostas para instituir registros (0)

Exigências para cobertura 24 horas: moderada (obrigação social) (1)
Força dos departamentos acadêmicos de medicina de família: fraca (0)

Unidade mais comum da prática de atenção primária: unidade isolada (80%)

Reembolso dos médicos de atenção primária: taxa por serviço (de acordo com o programa de taxas com cobertura global das despesas para serviços de médicos generalistas); há uma lista de mais de 4.000 serviços que são reembolsáveis); um terço dos médicos generalistas atende em hospitais e, assim, é assalariado; 15% trabalham em centros de saúde (assalariados)

Reembolso de especialistas: taxa por serviço, exceto em hospitais (assalariado)

Atenção dos médicos generalistas para pacientes hospitalizados: não

Especialistas restritos aos hospitais: não

Atenção primária organizada por área geográfica definida: não

Primeiro contato: não (0)

Longitudinalidade: embora a maioria dos pacientes possa nomear seu médico generalista, geralmente vão a outro lugar (0)

Integralidade: fraca; a atenção preventiva, geralmente, não está integrada à clínica geral (0)

Coordenação: fraca. Nenhuma troca de informações entre os generalistas e os especialistas. A partir de 1997 os pacientes devem trazer a “carte santé” (registro de consultas e procedimentos), mas menos de 50% deles o fazem (0)

Centralização da família: fraca (0)

Orientação para a comunidade: fraca (0)

Países Baixos

Tipo de sistema: regulado (2)

Financiamento: 70% da população no sistema “público” (sistema de seguro social empregador-empregado); 30% com seguro privado; 100% no programa de cobertura para catástrofes (baseado nos

impostos) (planos para converter todo o sistema em baseado nos impostos) (1)

Tipo de profissional de atenção primária: médicos de família (generalistas); enfermeiras comunitárias independentes; parteiras independentes; fisioterapeutas independentes (2)

Porcentagem de médicos em atividade que são especialistas: 67% (1)

Honorários profissionais dos médicos de atenção primária em relação aos especialistas: 2:3 (0)

Divisão de custos para a atenção primária: nenhuma para pacientes “públicos” (70%) (0)

Cadastro de pacientes: sim. Tamanho médio do cadastro de 2.350 pacientes. Em grupos, o cadastro pode ser a lista do grupo (2)

Exigências para cobertura 24 horas: sim (obrigação legal) (2)

Força dos departamentos acadêmicos de medicina de família: forte (2)

Unidade mais comum da prática de atenção primária: consultório individual (54%) ou pequenos grupos

Reembolso dos médicos de atenção primária: capitação para pacientes “públicos” (2/3); 1/3 por taxa por serviço

Reembolso de especialistas: salário desde 1995

Atenção dos médicos generalistas para pacientes hospitalizados: não

Especialistas restritos aos hospitais: sim

Atenção primária organizada por área geográfica definida: sim

Primeiro contato: sim, nos setores público e privado (2)

Longitudinalidade: sim (2)

Integralidade: prevenção separada da clínica geral, ou seja, a atenção primária é abrangente, embora não necessariamente através do profissional geral. Extenso trabalho em equipe (2)

Coordenação: fraca. As cartas entre os médicos generalistas e os especialistas são exigidas, mas raramente escritas (1)

Centralização da família: sim (2)

Orientação para a comunidade: fraca, exceto para as relações com as enfermeiras visitantes, fisioterapeutas. (1)

Reino Unido

Tipo de sistema: regulado (2)

Financiamento: 100%; baseado nos impostos (2)

Tipo de profissional de atenção primária: médicos de família (generalistas) (2)

Porcentagem de médicos em atividade que são especialistas: 40% (2)

Honorários profissionais dos médicos de atenção primária em relação aos especialistas: 1:1 (2)

Divisão de custos para a atenção primária: não (2)

Cadastro de pacientes: sim (2)

Exigências para cobertura 24 horas: sim, obrigação legal (2)

Força dos departamentos acadêmicos de medicina de família: forte (2)

Unidade mais comum da prática de atenção primária: grupos (75% dos médicos generalistas trabalham em unidades de 3 ou mais)

Reembolso dos médicos de atenção primária: capitação mais taxas para cirurgias menores, imunizações, visitas domiciliares noturnas, serviços de contracepção, atenção à maternidade, exame de Papanicolaou, vigilância da saúde infantil, manejo de enfermidades crônicas, mais subsídios da unidade

Reembolso de especialistas: salário

Atenção dos médicos generalistas para pacientes hospitalizados: não

Especialistas restritos aos hospitais: sim

Atenção primária organizada por área geográfica definida: sim

Primeiro contato: sim, exceto para doenças sexualmente transmissíveis (2)

Longitudinalidade: sim (2)

Integralidade: ampla variedade de tipos de serviços prestados (2)

Coordenação: fraca com especialistas/pacientes internados, embora melhorando rapidamente (1)

Centralização da família: sim (assume explicitamente a responsabilidade pelas famílias) (2)

Orientação para a comunidade: alta, com relatório de dados e reconhecimento crescente da necessidade de estudar as comunidades (2)

Suécia

Tipo de sistema: regulado (centros de saúde), embora haja falta de médicos generalistas em algumas áreas urbanas e rurais (2)

Financiamento: 100%; baseado nos impostos (2)

Tipo de profissional de atenção primária: médicos de família (generalistas) (2)

Porcentagem de médicos em atividade que são especialistas: 90% (0)

Honorários profissionais dos médicos de atenção primária em relação aos especialistas: maior que 1 (2)

Divisão de custos para a atenção primária: sim, com um máximo para um ano; atenção grátis para crianças e adolescentes (1)

Cadastro de pacientes: não, embora experimentos e planos para mudar o sistema para cadastros com cerca de 2.000 pacientes (0)

Exigências para cobertura 24 horas: não (0)

Força dos departamentos acadêmicos de medicina de família: regular (1)

Unidade mais comum da prática de atenção primária: centros de saúde, embora um número crescente de médicos generalistas independentes sejam pagos por meio do sistema de seguro social e conselhos dos condados

Reembolso dos médicos de atenção primária: salário

Reembolso de especialistas: salário

Atenção dos médicos generalistas para pacientes hospitalizados: não

Especialistas restritos aos hospitais: não. Alguns trabalham nos centros de saúde

Atenção primária organizada por área geográfica definida: sim

Primeiro contato: não. Muitas pessoas vão diretamente ao departamento de pacientes ambulatoriais nos hospitais. Há tentativas para introdução de uma “porta de entrada” (0)

Longitudinalidade: não (0)

Integralidade: variedade de serviços diminuindo devido às demandas por alta produtividade (1)

Coordenação: fraca (0)

Centralização da família: alta (2)

Orientação para a comunidade: os centros de atenção primária são responsáveis por muitos aspectos da saúde pública. Bons dados comunitários a respeito da morbidade (1)

Orientação para a comunidade: fraca (0)

A distribuição de escores para a forma “modal” da organização (Tabela 15.2) indica dois tipos gerais de sistemas. No primeiro grupo estão Bélgica, Estados Unidos, França e Alemanha, todos com escores abaixo de 0,5. Estes países são caracterizados pela ausência de uma característica chave – a regulação da distribuição de recursos – embora a Alemanha possa estar avançando em direção a uma maior regulamentação. O segundo grupo contém os outros sete países, todos com escores de 0,9 ou mais e que, pelo menos, em alguma extensão, regulam a distribuição de recursos. Três destes países têm um escore de atenção primária intermediária (0,9-1,2), enquanto os outros cinco têm de 1,4 para mais.

Tabela 15.2
Escore* da Atenção Primária

País	Escore
Alemanha	0,4
Bélgica	0,4
Estados Unidos	0,4
França	0,3
Austrália	1,1
Canadá	1,2
Suécia	0,9
Dinamarca	1,7
Espanha	1,4
Finlândia	1,5
Países Baixos	1,5
Reino Unido	1,9

* Países organizados em três agrupamentos de acordo com a força da atenção primária. Quanto maior o escore, mais forte a atenção primária.

Uma característica da atenção primária surgiu a partir destas comparações atualizadas e que não foi observada na comparação anterior (Starfield, 1992). Ou seja, a força do sistema de atenção primária não é sinônimo da orientação da atenção primária dos próprios médicos de atenção primária. Alguns países têm uma atenção primária forte, mas não devido às características da prática dos médicos de atenção primária. Por exemplo, na Figura 1.5, foi encontrado que os Países Baixos têm a classificação mais alta para as características do sistema que conduzem à atenção primária, mas apenas a sexta classificação para as características da unidade. A Suécia ficou em quarto (com a Espanha) para as características do sistema, mas teve a oitava colocação para as características da unidade. Isto ocorre porque os dois países organizam sua atenção primária de forma que os profissionais não-médicos, freqüentemente trabalhando em organizações sem fins lucrativos separadas (como nos Países Baixos) ou nos conselhos de condados (no caso da Suécia), assumam muitas das funções da atenção primária, especialmente em relação aos aspectos de sua integralidade. No Reino Unido, este também é o caso, mas como estes profissionais estão, geralmente, ligados às unidades, as próprias unidades têm alta classificação quanto às características. Assim, as conclusões a respeito da força da atenção primária como um nível do sistema de saúde devem ser distinguidas da força da atenção primária representada pelas características de unidades clínicas individuais. As considerações históricas e culturais determinarão a melhor forma de alcançar as funções da atenção primária em cada país.

Quando comparado com os achados anteriores (Starfield, 1992) há, sim, uma similaridade marcante de classificações para as características individuais e para as classificações dos diferentes países, apesar do fato de que as fontes de informação foram completamente diferentes. Além disso, os esforços para a reforma da atenção à saúde orientados, basicamente, pela contenção de despesas, não alteraram a orientação de cada país. Os países que eram orientados de forma ruim para a atenção primária, há uma década, continuam assim; os países fortes em atenção primária antes do início das reformas permanecem fortemente orientados para a atenção primária.

A classificação dos países, conforme foi obtida nesta pesquisa, com dados e peritos, está confirmada pelos estudos realizados por outros utilizando métodos similares, mas não idênticos. Wensing e colaboradores (não publicado) pesquisaram uma amostra de pacientes que freqüentavam, pelo menos, 12 unidades de clínica geral, em oito países da Europa, para determinar suas expectativas em relação à prática geral. Eles caracterizaram, de forma independente, a força da atenção primária nos países utilizando os dados do Estudo Europeu de encaminhamentos, da *Organization for Economic Cooperation and Development*, além da literatura. Utilizando os 11 critérios apresentados por Starfield (1992), descritos no Capítulo 1, as classificações (para os países incluídos neste capítulo) foram as seguintes (da mais alta para a mais baixa): Dinamarca; Reino Unido e Países Baixos (juntos em segundo); Suécia; Alemanha. Roland e Sibbald (não publicado) pesquisaram um perito em cada um de 24 países da Europa. Os dados estão disponíveis para cinco dos nove países europeus descritos neste capítulo. Sua classificação para a força da atenção primária foi (da melhor para a pior): Reino Unido, Suécia, Finlândia, Bélgica, França. Os escores e as classificações foram os mesmos, não importando se foram usadas apenas as características da atenção primária conforme descritas neste capítulo ou se foi utilizado um conjunto maior, incluindo vários itens* adicionais. Assim, parece que as pontuações e classificações apresentadas neste capítulo são relativamente robustas e, provavelmente, descrevem de forma adequada a condição da atenção primária nos diferentes países.

* Treinamento dos médicos de atenção primária em estabelecimentos de atenção primária; históricos médicos abrangentes dos pacientes mantidos pelos médicos de atenção primária; médicos de atenção primária trabalham em equipes multidisciplinares, incluindo enfermeiros comunitários; pessoas de todas as rendas têm um acesso aproximadamente igual à atenção primária; existência de programas de bem-estar social organizados pelo governo para as populações desfavorecidas.

SATISFAÇÃO DA POPULAÇÃO COM SEUS SISTEMAS DE SAÚDE

Embora pesquisas telefônicas comparáveis tenham sido realizadas em muitos dos países no final dos anos 80 (Blendon *et al.*, 1990, 1991) elas não foram repetidas. Entretanto, as pontuações para satisfação referentes ao ano de 1996 estão disponíveis a partir de entrevistas pessoais nos 15 países-membros da União Européia (Mossialos, 1997). A pesquisa obteve informações a respeito de dois aspectos da satisfação: satisfação geral e mudanças necessárias. Três grupos de países poderiam ser distinguidos com base nos dados combinados destes dois aspectos, como segue:

- Países com alta satisfação da população: Dinamarca, Finlândia, Áustria
- Países com satisfação intermediária da população: Bélgica, Alemanha, Países Baixos, Suécia e França
- Países com baixa satisfação da população: Espanha, Reino Unido, Itália, Grécia, Portugal e Irlanda

Embora os métodos da pesquisa telefônica anterior e da pesquisa domiciliar mais recente sejam diferentes, a natureza das perguntas (que se referiam ao sistema de saúde como um todo, e não à atenção primária em específico) foi relativamente similar, de forma que é possível tentar tirar conclusões a respeito das mudanças ao longo do tempo. No estudo anterior, a classificação para a satisfação foi (da mais alta para a mais baixa) Canadá, Países Baixos, França, Alemanha Ocidental, Austrália, Suécia, Japão, Reino Unido, Itália, Espanha, Estados Unidos, sugerindo, assim, consistência para, pelo menos, os países nas duas comparações.

A interpretação das respostas de satisfação nacionalmente cruzadas são necessariamente tênues porque as diferenças culturais podem ser responsáveis pelas diferentes expectativas e, por isso, diferentes avaliações. Parece mais plausível que a satisfação percebida seja uma resposta não apenas às características do sistema, mas também à sua estabilidade. Nas pesquisas anteriores, dois países em particular (Reino Unido e Espanha) já tinham iniciado reformas importantes; as populações de ambos os países relataram baixa satisfação. As populações destes países ainda estão entre as mais insatisfeitas, talvez porque suas

reformas ainda estejam incompletas ou não sejam adequadas. No caso do Reino Unido, elas estão sendo revertidas em alguma medida. Infelizmente, os países de classificação mais alta (Dinamarca e Finlândia) não foram incluídos nas pesquisas anteriores, de forma que não é possível julgar a natureza das tendências nestes países ou entre eles.

INDICADORES DE SAÚDE EM 12 PAÍSES

Dezesseis indicadores estavam disponíveis para os 12 países. Quatro pertenciam aos indicadores em pediatria (Tabelas 15.3 e 15.4), 10 pertenciam à expectativa de vida nas idades de 1, 15, 40, 65 e 80 anos para homens e mulheres, separadamente (Tabela 15.5), e dois (masculino e feminino) pertenciam ao total de anos de vida potencial perdidos na idade de 70 anos, devido a condições preveníveis. (Tabela 15.6) Além disso, os anos de vida perdidos por suicídio e causas externas estão disponíveis, separadamente, para homens e mulheres. Algumas das tabelas contêm informações adicionais a respeito dos indicadores de saúde não incluídos nas tabulações finais da classificação dos países.

Tabela 15.3

Porcentagem de crianças com baixo peso ao nascer (menos de 2.500g) em crianças nascidas em hospitais, do início a meados dos anos 90

País	Porcentagem
Alemanha ^a	6,1
Bélgica ^d	6,5
Estados Unidos ^c	7,2
França ^a	6,2
Austrália ^c	6,3
Canadá ^b	6,0
Suécia ^a	4,4
Dinamarca ^b	5,2
Espanha ^c	5,4
Finlândia ^a	4,1
Países Baixos ^{d*}	4,9
Reino Unido ^b	7,0

^a1995; ^b1994; ^c1993; ^d1992

*Já que quase um terço das crianças nasce fora dos hospitais nos Países Baixos, e tem menor probabilidade de nascer abaixo do peso, o número para todos os nascimentos nos Países Baixos provavelmente é menor

Fonte: Fitos de dados da *Organization for Economic Cooperation and Development* (1997)

Tabela 15.4

Taxas de mortalidade infantil neonatal, pós-neonatal e total, 1993 e 1996*

	Taxa de mortalidade neonatal (1993)	Taxa de mortalidade pós-neonatal (1993)	Taxa de mortalidade infantil (1993)	Taxa de mortalidade infantil (1996)
Alemanha	3,1	2,7	5,8	5,3
Bélgica	4,2	4,0	8,2	7,0
Estados Unidos†	5,3	3,1	8,4	8,0
França	3,3	3,5	6,8	5,0
Austrália	3,9	2,2	6,1	5,7
Canadá	4,2	2,2	6,3	6,0
Suécia	3,1	1,7	4,8	4,0
Dinamarca	3,6	1,8	5,4	5,5
Espanha	4,6	2,6	7,2	5,5
Finlândia	3,0	1,4	4,4	4,0
Países Baixos	4,5	1,8	6,3	5,2
Reino Unido‡	4,1	2,1	6,2	6,0

* Exceto para Bélgica e França (1992) e Espanha (1991) no caso da taxa neonatal e pós-neonatal

† As taxas de mortalidade relativamente altas para os Estados Unidos, como um todo, também são encontradas entre a população branca (maioria), apenas com uma taxa de mortalidade neonatal de 4,3, uma taxa de mortalidade pós-neonatal de 2,5 e uma taxa de mortalidade total de 6,8.

‡ Apenas para Inglaterra e País de Gales. As taxas para Irlanda do Norte são 4,94; 2,13 e 7,07, respectivamente.

Fonte: NCHS, 1997, p. 105; e fitas de dados da *Organization for Economic Cooperation and Development* (1997)

A Tabela 15.7 contém informações a respeito da porcentagem de mulheres e homens que fumam e ingerem bebidas alcoólicas em litros *per capita* nas idades de 15 anos ou mais.

Tabela 15.5
Expectativa de vida

	1 ano		Aos 15 anos		Aos 40 anos		Aos 65 anos		Aos 80 anos	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
Alemanha ^{a,c}	79,0	72,5	65,2	58,7	40,7	35,0	18,3	14,6	7,9	6,4
Bélgica ^{a,d}	na	na	na	na	41,2	35,3	18,3	14,0	8,1	6,3
Estados Unidos ^{a,c}	78,8	72,0	65,1	58,3	40,7	35,5	19,0	15,5	9,0	7,2
França ^{a,e}	81,5	73,3	67,7	59,6	43,2	36,3	20,6	16,1	9,0	7,1
Austrália ^{d,b}	80,5	74,6	66,7	60,9	42,1	37,2	19,7	15,7	8,9	7
Canadá ^{d,b}	80,4	74,3	66,6	60,5	42,5	37,5	20,1	16,2	9,5	7,5
Suécia ^{d,b}	80,2	74,9	66,4	61,1	42,4	37,6	19,2	15,6	8,7	6,9
Dinamarca ^{d,c}	77,3	72,2	63,5	58,4	39,0	34,6	17,6	14,1	8,1	6,4
Espanha ^{a,a}	80,6	73,3	66,9	59,6	42,9	36,7	19,8	15,8	8,5	7
Finlândia ^{c,b}	79,6	72,2	65,7	58,4	41,3	34,8	18,6	14,5	7,9	6,4
Países Baixos ^{c,b}	79,8	74,0	65,9	60,3	41	35,7	18,7	14,4	8,1	6,2
Reino Unido ^{c,c}	78,9	73,6	65,1	59,8	40,6	35,9	18,4	14,7	8,6	6,7

^a1996; ^b1995; ^c1994; ^d1993; ^e1992 nd não disponível (a (s) primeira (s) letra (s) refere-se ao nascimento, 1 ano, 15 anos; a segunda letra refere-se a 40, 65 e 90 anos)

Para taxas de morte padronizadas por idade: 1994 exceto na Austrália, Canadá, França, Suécia, 1993; e Estados Unidos, Dinamarca e Espanha, 1992.

Fonte: Nascimento 1 ano, 15 anos: OMS (1993, 1994, 1995); 40, 65 e 80 anos: fitas de dados do *Office of Economic Cooperation and Development* (1997).

Tabela 15.6
Anos potenciais de vida perdidos por 100.000 (abaixo de 70 anos)

	Todos, exceto suicídio		Suicídios		Todos, exceto causas externas	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
Alemanha ^a	3.494,3	6.671,4	141,3	477,9	2.994,3	5.101,0
Bélgica ^c	3.952,8	7.020,4	221,3	588,0	3.157,8	4.986,4
Estados Unidos ^c	4.656,1	8.503,9	121,5	523,5	3.861,8	5.976,0
França ^b	3.296,5	7.212,7	231,8	703,5	2.557,7	5.031,4
Austrália ^b	3.201,6	5.485,1	119,3	535,9	2.683,2	3.799,2
Canadá ^c	3.413,0	5.789,1	157,3	601,2	2.811,9	3.988,7
Suécia ^b	2.875,5	4.739,3	223,9	488,3	2.315,1	3.392,4
Dinamarca ^b	4.167,3	6.373,4	244,7	594,4	3.488,9	4.728,7
Espanha ^d	3.333,2	7.450,5	56,2	216,6	2.837,1	5.604,1
Finlândia ^a	2.930,1	6.228,8	298,2	1208	2.157,4	3.350,9
Países Baixos ^b	3.406,5	5.501,8	151,5	324,3	3.035,7	4.538,4
Reino Unido ^c	3.762,3	5.941,1	83,1	346,8	3.359,2	4.710,8

^a1994; ^b1993; ^c1992; ^d1991; ^e1989.

Fonte: Fitas de dados do *Office of Economic Cooperation and Development* (1997).

Tabela 15.7
Porcentagem de indivíduos com 15 anos ou mais que fumam e ingerem bebidas alcoólicas em litros *per capita* – 1991

	Fumam*		Ingerem bebidas alcoólicas†
	Mulheres	Homens	
Alemanha	21,5	35,6	14,2
Bélgica	24,0	33,0	11,8
Estados Unidos	23,5	28,1	9,6
França	19,2	37,8	15,7
Austrália	26,6	29,9	10,0
Canadá	26,0	26,0	8,8
Suécia	24,4	25,7	6,3
Dinamarca	40,6	47,3	11,6
Espanha	24,5	43,5	13,6
Finlândia	22,0	33,0	9,2
Países Baixos	32,7	44,3	9,9
Reino Unido	29,0	31,0	8,9

* 1991 exceto para Austrália, 1989; Alemanha, 1995; França, 1990; Espanha, 1995; Reino Unido, 1994.

† 1991 exceto para Países Baixos e Espanha, 1990; e Estados Unidos, 1987.

Fontes: Fitas de dados do *Office of Economic Cooperation and Development* (1997); Schieber *et al.* (1994)

Custo da atenção

A Tabela 15.8 mostra os custos *per capita* (em dólares norte-americanos). São expressos nas paridades do poder de compra, que expressa a conversão das diferentes moedas para um valor padrão que paga pelo mesmo conjunto de mercadorias e serviços nos diferentes países. Os dados nas Tabelas 15.2 e 15.8 mostram que estes países que são mais orientados para a atenção primária têm custos globais mais baixos para seus serviços de saúde.

Tabela 15.8
Custo da atenção *per capita*
(em dólares norte-americanos)*

Alemanha	2,222
Bélgica	1,693
Estados Unidos	3,708
França	1,978
Austrália	1,776
Canadá	2,002
Suécia	1,405
Dinamarca	1,430
Espanha	1,131
Finlândia	1,389
Países Baixos	1,756
Reino Unido	1,304

* Em paridades do poder de compra
Fonte: Anderson, 1997

Desempenho geral

A Tabela 15.9 é uma tabela resumida que fornece os escores e a classificação da atenção primária (com a melhor, sendo considerada a n° 1) e as classificações para os indicadores de saúde considerados indicadores centrais para a saúde de um país.

Tabela 15.9
Score e classificação da Atenção Primária, além de classificações* em 18 indicadores de saúde

	Classificação da Atenção Primária	Lactação† (4)	Infância ‡ (2)	Adulto jovem** (4)	YPLL†† (2)	Adultos mais velhos** (4)
Alemanha	10	4	9	9	9	9
Bélgica	10	11	11,5	10,5	9	12
Estados Unidos	10	12	11,5	10,5	12	3,5
França	12	5,5	5	4	5	2
Austrália	7	7	2	2	3	3,5
Canadá	6	8	4	1	4	1
Suécia	8	2	3	5	2	11
Dinamarca	2	3	10	12	11	10
Espanha	5	9	1	3	9	5
Finlândia	3,5	1	6	8	1	7
Países Baixos	3,5	5,5	7	6	6	8
Reino Unido	1	10	8	7	7	6

* Para obter a classificação, as classificações para cada um dos grupos de indicadores (que geralmente incluem casas decimais) foram reclassificadas de acordo com sua ordem. Os componentes dos indicadores compostos foram igualmente ponderados.

† Proporção de mortalidade neonatal, pós-neonatal, infantil e baixo peso ao nascer.

‡ Consiste da expectativa de vida na idade de 1 ano. Enquanto não seja exclusivamente um indicador da infância, exclui o impacto substancial da mortalidade infantil sobre a expectativa de vida.

** Expectativa de vida aos 15 e aos 40 anos (não disponível para a Bélgica) e nas idades de 65 e 80 anos, respectivamente.

†† Anos de vida potencial perdidos [*years of potential life lost*]. Abaixo de 70 anos, todas as causas exceto as externas. Média de classificação de homens e mulheres. Quando todas as causas são incluídas, a classificação dos países é (da melhor para a pior) Suécia (1), Austrália (2), Países Baixos (3), Finlândia (4), Canadá (5), Reino Unido (6), Espanha (7), Alemanha (8), França (9), Dinamarca (10), Bélgica (11), Estados Unidos (12).

A comparação destes dados com os dados do final dos anos 80 (Starfield, 1992) revela uma consistência geral na classificação para os países individuais. Entretanto, existem dois países para os quais as classificações mudaram substancialmente em vários indicadores. Os Países Baixos têm classificações relativamente mais baixas do que era o caso, anteriormente, para a taxa de mortalidade neonatal e pós-neonatal, expectativas de vida para 1 ano de idade, durante a adolescência, aos 65 e aos 80 anos, e anos potenciais de vida perdidos. Em comparação, a Austrália tem melhorado sua classificação relativa para expectativa de vida para 1 ano de idade e na adolescência e para anos de vida potencial perdidos.

A extensão na qual estas mudanças são conseqüentes à mudança na orientação para a atenção primária merece mais estudos. Entretanto, é digno de nota que a Austrália tenha melhorado o sistema de atenção primária em muitos aspectos, incluindo o fortalecimento da base acadêmica para treinamento na unidade de família. Embora seu escore de atenção primária não reflita esta melhora, isto pode ocorrer porque as novas taxas de atenção primária contêm quatro itens adicionais, nos quais a Austrália tem uma classificação relativamente baixa. Utilizando apenas os 11 indicadores originais, o escore para Austrália melhorou de 1,1 para 1,3.

Existe uma relação geral entre a extensão da orientação para a atenção primária dos países e sua classificação nos indicadores de saúde, de tal forma que os países com uma melhor orientação para a atenção primária tendem a ter melhores classificações nestes indicadores de saúde do que os países com uma fraca orientação para a atenção primária. Entretanto, uma vez que as classificações da atenção primária alcançam um nível médio não parece haver mais melhoras do estado de saúde. Em particular, Dinamarca, Finlândia e Reino Unido não se classificam muito bem para os indicadores de saúde como poderia ser esperado, dado seus elevados escores de atenção primária. Na Dinamarca, a melhora menos favorável na expectativa de vida e mortalidade, em relação aos outros países, foi analisada e atribuída a um aumento da participação feminina na força de trabalho na ausência da falta de apoios sociais melhores, a um aumento no desemprego, altas taxas de fumantes e consumidores pesados de álcool, e a um aumento na desigualdade social (Ministry of Health, 1994). Em pelo menos algumas partes da Finlândia, as dietas são ricas em gordura saturada. No Reino Unido, os maus níveis de saúde podem refletir muitos anos de mau financiamento do sistema de saúde de forma que, embora a infra-estrutura da atenção primária seja forte, ela pode não estar recebendo apoio financeiro suficiente.

Entretanto, na média, fica claro que os quatro países com baixa orientação para a atenção primária (Bélgica, França, Alemanha, Estados Unidos) também têm desempenhos piores para todos os grupos de indicadores de saúde. Em todos os países, a construção de

um enfoque de atenção primária parece primeiro precisar de um comprometimento nacional da política e de uma organização adequada da prática. Uma vez que esta infra-estrutura esteja no lugar, a atenção se volta para a adequação dos serviços de atenção primária para atender as necessidades da população – um imperativo para *todos* os países.

Infelizmente, os indicadores que estão disponíveis para avaliar o estado de saúde dos países não são os mais apropriados para avaliar o impacto da atenção primária, porque muitos deles refletem a adequação dos serviços oferecidos pelos médicos que não os de atenção primária. O monitoramento dos indicadores sugerido no Capítulo 13, caso fiquem disponíveis, pode oferecer mais de uma oportunidade para avaliar as contribuições especiais da atenção primária à saúde, tanto dentro dos países como entre eles.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, G. F. In search of value: an international comparison of cost, access, and outcomes. *Health Affairs* 1997; 16: 163 – 71.
- BAGGESEN, O. *The Danish Health Care System*. 5.ed. Organization of General Practitioners in Denmark, Aug. 1994.
- BATTISTA, R. et al. Lessons from the eight countries. *Health Policy*, n. 30, p. 397 – 421, 1994.
- BLENDON, R. et al. Spain's citizens assess their health care system. *Health Aff*, v. 10, n. 3, p. 216 – 28, 1991.
- _____ et al. Satisfaction with health systems in ten nations. *Health Aff*, v. 9, n. 2, p. 185 – 92, 1990.
- BOERMA, W.; DE JONG, F.; MULDER, P. *Health Care and General Practice Across Europe*. Utrecht: Nivel/Dutch College of General Practitioners, 1994.
- _____; VAN DER ZEE, J.; FLEMING, D. Service profiles of general practitioners in Europe. *Br J Gen Pract*, n. 47, p. 481 – 6, 1997.
- BUETOW, S. What do general practitioners and their patients want from general practice and are they receiving it? A framework. *Soc Sci Med*, n. 40, p. 213 – 21, 1995.

_____ ; ARIAS, L.; PETERSON, C. Defining the care content of general practice in Australia. *Aust Fam Physician*, n. 24, p. 1495 – 9, 1995.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. *Cost-effectiveness of primary health care providers: A systematic review*. Ottawa: Canadian Medical Association, Apr. 25, 1995. (Working Paper; 95 – 04).

FRY, J.; HORDER, J. *Primary Health Care in an International Context*. London: The Nuffield Provincial Hospital Trusts, 1994.

GÉRVAS, J. et al. La Organización y la práctica de la medicina general/ de familia en Europa. *Rev Salud Publica*, n. 5, p. 33 – 48, 1997.

_____ ; PÉRES FERNÁNDEZ, M.; STARFIELD, B. Primary care financing and gatekeeping in western Europe. *Fam Pract*, n. 11, p. 307 – 17, 1994.

GRANT, C.; FORREST, C.; STARFIELD, B. Primary care and health reform in New Zealand. *NZ Med J*, n. 110, p. 35 – 9, 1997.

HARRIS, M.; FRITH, J. Continuity of care: In search of the Holy Grail. *Med J Aust*, n.164, p. 456 – 7, 1996.

MINISTRY OF HEALTH. *The Life Expectancy Committee: Lifetime in Denmark*. Copenhagen, Denmark. Ministry of Health, 1994.

MOSSIALOS, E. Citizens' views on health care systems in the 15 member states of the European Union. *Health Economics*, n. 6, p. 109 – 16, 1997.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. *Health, United States 1996 – 7 and Injury Chartbook*. Hyattsville, MD: DHHS, 1997. (DHHS Pub. No. (PWS) 97 – 1232).

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT *New Directions in Health Care Policy*. Paris, Organization for Economic Cooperation and Development, 1995. (Health Policy Studies; 7).

_____. *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Paris; Organization for Economic Cooperation and Development, 1992. (Health Policy Studies; 2).

ORTÚN, V.; GÉRVAS, J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)*, n. 106, p. 97 – 102, 1996.

SCHIEBER, G.; POULLIER, J-P; GREENWALD, L. Health System Performance in OECD Countries, 1980 – 1992. *Health Affairs*, n. 13, p. 100 – 112, 1994.

STARFIELD, B. *Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy*. New York: Oxford University Press, 1992. cap. 15.

STATISTICS NETHERLANDS. *International Comparison of Health Care Data, Phase I: Intramural Health Care*. Voorburg: Heerlen, 1996.

SWEDISH INSTITUTE FOR HEALTH SERVICES DEVELOPMENT. *Health Care in Sweden: The facts*. Stockholm: Spri, 1996.

VOHLONEN, I.; PEKURINEN, M.; SALTMAN, R. Reorganizing primary medical care in Finland: The personal doctor program. *Health Policy*, n. 13, p. 65 – 79, 1989.

WEBSTER I. GENERAL PRACTICE: A rising phoenix. *Med J Aust*, n. 164, p. 709 – 10, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *General Practice Profiles*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. Germany, August 1995.

16. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA

As informações que você tem não são as que você quer, as informações que você quer não são as que você precisa e as informações que você precisa não existem.

Ditado irlandês

Os prontuários médicos sempre foram importantes na atenção aos pacientes. Os sistemas de informação são uma extensão dos prontuários médicos para atender não apenas às necessidades individuais do paciente, mas também às necessidades da população pelos serviços de atenção primária (bem como para outros níveis da atenção à saúde). Este capítulo aborda, primeiro, os usos tradicionais dos prontuários médicos para a atenção clínica e as mudanças que foram feitas para torná-los mais úteis. A discussão, a seguir, se volta para a informatização e seu potencial para melhorar não apenas a atenção clínica, mas também o planejamento, a prestação de serviços, a avaliação dos serviços para as populações e as bases do conhecimento nas quais encontra-se o progresso da prestação dos serviços de saúde. Embora a importância dos prontuários médicos e dos sistemas de informação transcenda a atenção primária, o foco deste capítulo está nas questões de relevância especial para a atenção primária, já que os profissionais de atenção primária são os coordenadores da atenção e, portanto, os principais mantenedores das informações a respeito dos pacientes.

A atenção médica depende, em grande escala, da transferência de informações. Por este motivo, tanto os sistemas médicos como os profissionais devem manter e fornecer informações, gerais e específicas, de forma que outros sistemas, assim como outros profissionais, que prestam atendimento ou avaliam a qualidade da atenção tenham acesso não apenas às informações, mas que possam encontrá-las em um formulário aplicável para a prática da atenção médica geral e seus aspectos associados. Além disso, a transferência de informações é, frequentemente, necessária para propósitos médico-legais, para documentar a atenção oferecida.

Um tipo bem diferente de transferência de informações envolve a relação entre o paciente e médico. Isto foi discutido no Capítulo 9, enquanto este capítulo discute os aspectos acima citados.

PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Os prontuários médicos e os sistemas de informações servem a quatro funções. Em primeiro lugar, são importantes como um auxílio à memória dos profissionais na atenção aos pacientes e como uma ferramenta epidemiológica no planejamento da atenção às populações. Em segundo, os prontuários médicos são documentos legais importantes: é considerado que o que aparece num prontuário reflete os processos da atenção e, portanto, fornece evidências quando estes processos são colocados à prova. Em terceiro, os prontuários médicos influenciam os processos de atenção. O Capítulo 11, referente à coordenação da atenção, documentou como os conteúdos dos prontuários médicos afetam o que os pacientes sabem a respeito de sua atenção e como eles respondem a este conhecimento. Em quarto lugar, os prontuários médicos servem como uma fonte de informações a respeito da qualidade da atenção e indica como melhorá-las.

Como a atenção primária é um processo de longa duração, e não episódico (como nas hospitalizações), as exigências a respeito do prontuário diferem daquelas da atenção aos pacientes internados. Os prontuários devem facilitar a revisão do paciente por um período de

tempo, e não apenas em determinado momento. Até agora, a ciência da informação ainda não aperfeiçoou as técnicas que melhor se ajustam a este desafio. A maior parte do uso dos prontuários médicos ainda enfoca a revisão de consultas específicas ou, na melhor das hipóteses, episódios de doenças. Estes usos são mais limitados por seu enfoque, basicamente, apenas sobre determinados processos da atenção, mais notavelmente os processos de diagnóstico e tratamento em uma consulta ou episódio. Como resultado, os prontuários não são tão úteis na avaliação do reconhecimento pelos profissionais das necessidades dos pacientes, de seu entendimento, de sua aceitação e de sua participação nos processos de atenção, ou o processo de reavaliação em espiral do ciclo da atenção.

Há poucas dúvidas quanto a importância dos prontuários na atenção clínica. Frequentemente os prontuários são melhores do que a lembrança dos médicos para alguns tipos de informações. Por exemplo, quando os pacientes foram acompanhados para determinar seu estado de saúde seis meses depois de uma hospitalização, a precisão de uma previsão a respeito de seu prognóstico feita no momento da alta dependeu da base para a previsão. Quando a previsão foi baseada nas informações do prontuário médico, ela foi, frequentemente, mais precisa do que quando originou-se de lembranças do médico que prestou atendimento ao paciente (Linn *et al.*, 1974). Embora existem déficits sistemáticos de informações nos prontuários médicos (Thompson e Osborne, 1976; Zuckerman *et al.*, 1975) eles refletem, com exatidão, muitos aspectos da atenção. Isto inclui problemas importantes que foram identificados pelos médicos como problemas que precisavam de acompanhamento, medicações prescritas (embora não necessariamente todas aquelas que o paciente está tomando) e exames com resultados anormais (Starfield *et al.*, 1979). A queixa principal do paciente, pelo menos conforme interpretação do profissional, geralmente é registrada; as informações relacionadas ao histórico da doença atual são registradas em cerca de três quartos das vezes. Os elementos do último histórico médico são registrados de forma infrequente (Romm e Putnam, 1981) e determinados tipos de informações, como características sociais,

raramente são apresentados nos prontuários médicos (Chamberlin, 1971). O histórico e as características familiares também são raros nos prontuários.

O prontuário médico completo convencional é um documento escrito à mão sobre a consulta do paciente e contém um resumo da “queixa principal” do paciente, uma seção de tamanho variável contendo o “histórico médico passado”, uma seção contendo o histórico relacionado à queixa seguida por uma seção intitulada “exame físico” (que freqüentemente é limitada à descrição do estado da parte do corpo mais relacionada à queixa principal). Existe, também, uma seção contendo os “diagnósticos” ou “impressões”, a qual pode conter qualquer número de itens sem nenhuma exigência de que estejam em qualquer forma padrão ou codificável, e ainda outra seção chamada “plano” ou “liberação”. Estas anotações do profissional estão em uma seção do prontuário; relatórios laboratoriais e observações da consulta estão em outras seções. Os prontuários mantidos neste formato são conhecidos como “orientados pela fonte” porque cada item é inserido em um registro de acordo com sua fonte. Uma modificação do “prontuário orientado para a fonte” é o prontuário médico “estruturado”. O uso dos formulários estruturados para determinar o registro de informações em categorias específicas resulta em níveis mais altos de desempenho e melhor registro (Duggan *et al.*, 1990; Holmes *et al.*, 1978; Cheney e Ramsdell, 1987). Entretanto, quando o formulário estruturado é simplesmente uma lista de itens que requerem uma verificação sobre sua exatidão, os itens podem ser registrados como realizados mesmo que não o tenham sido (Duggan *et al.*, 1990).

Outra modificação das anotações orientadas pela fonte emprega algoritmos para guiar e documentar a atenção. Na cidade de Nova York, este sistema foi implementado em várias clínicas de atenção primária baseadas em hospitais. Estas diretrizes melhoraram a documentação nos prontuários médicos; também melhoraram a adesão às diretrizes no manejo de diversos problemas para os quais elas foram desenvolvidas; estas incluíam asma, otite média e gastroenterite (Cook e Heidt, 1988).

A *orientação pelo tempo* é uma alternativa ou, mais comumente, um suplemento para a orientação pela fonte. Na ficha orientada pelo tempo, as informações são registradas por um item particular que é seguido, ao longo do tempo, em um fluxograma. Este tipo de registro é particularmente adequado para a atenção especializada, em que há um número limitado de itens que são seguidos ao longo do tempo. Estes tipos de registros, geralmente, dependem da tecnologia da computação devido à sua organização e dependência do registrar ao longo do tempo.

A *orientação pelo problema* é um terceiro formato útil para a atenção primária. Um prontuário médico orientado para o problema (POMR – *Problem Oriented Medical Record*) contém uma lista de problemas, geralmente na frente da ficha, consistindo de uma lista de todos os problemas atualmente ativos atualizados a cada consulta. Os problemas resolvidos são riscados. Em alguns casos, o problema pode ser um sintoma ou sinal que ainda não foi resolvido, ou que pode nunca ser resolvido, em um diagnóstico padrão. Em um POMR completo, cada prontuário contém uma base de dados com um histórico completo, exame físico e resultados laboratoriais na visita inicial. Cada consulta é registrada no formato SOAP. Ou seja, para cada problema relacionado na lista de problemas, existe um registro de dados subjetivos (o que o paciente diz a respeito do problema), dados objetivos (o que o profissional encontra nos exames físicos ou laboratoriais), *avaliação* (a consideração do estado do problema por parte do profissional) e *plano* (o que deve ser feito a respeito do problema). Embora o impacto total do formato SOAP não tenha sido documentado, a lista de problemas melhora o reconhecimento e acompanhamento dos problemas de uma consulta de atenção primária para outra, particularmente se existir um profissional diferente (Simborg *et al.*, 1976). A lista de problemas, bem como os tratamentos e consultas de acompanhamento, é facilmente informatizada; estas listas informatizadas oferecem os mesmos benefícios que as listas redigidas à mão (Johns *et al.*, 1977). Uma vantagem importante deste tipo de prontuário é que especifica claramente os problemas do paciente, possibilitando assim interligar o diagnóstico e o tratamento ao que é importante para o paciente e às avaliações dos resultados.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Uma senhora idosa tem um bom relacionamento com seu médico de família, mas ela também estava se consultando com vários especialistas; foi hospitalizada várias vezes e estava tomando seis medicamentos diferentes. Para ela, era difícil atualizar cada um de seus profissionais a respeito da atenção prestada por outros. Quando seus prontuários foram colocados em um computador, um resumo impresso de suas doenças, tratamentos e respostas ficou disponível e era regularmente atualizado. Cada profissional sabia exatamente quais medicamentos ela estava recebendo e quais exames estava fazendo. Com um prontuário por escrito sobre seu atendimento, ela entendeu melhor sua saúde, sentiu-se mais confortável e foi capaz de se comunicar com seus profissionais de forma mais efetiva.

Um relato do Canadá, 1996

Os sistemas de informação são agregações de prontuários individuais, ou, pelo menos, de determinadas partes destes prontuários. Estes sistemas podem incluir identificadores dos indivíduos (geralmente na forma de um número exclusivo) ou podem ser anônimos. No primeiro caso, é possível interligar as informações de diferentes épocas e lugares em que os indivíduos buscaram atendimento. No último caso, a interligação é possível apenas para o nível da agregação dos dados, geralmente por área geográfica. Ou seja, a relação entre as diferentes características pode ser estudada no nível agregado, o que pode não refletir as relações no nível individual, ou seja, a falácia ecológica. A Figura 16.1 retrata os tipos diferentes de informação que, geralmente, estão interligadas nos sistemas de informação com a capacidade de fazê-lo (Roos *et al.*, 1998). Os sistemas de informação na atenção primária têm três objetivos principais: administrativo, atenção clínica nos níveis individual e populacional e geração de conhecimento.

As funções administrativas tradicionais requerem que as informações sejam obtidas e transferidas para acompanhar o curso dos processos de prestação dos serviços de saúde, de forma que o financiamento e reembolso sejam adequados e oportunos. Com o advento

de avaliações institucionalizadas mais formais da qualidade da atenção, os sistemas de informação estão sendo cada vez mais usados para a revisão da atenção por outros, e não por aqueles que a geraram, ou seja, grupos de observação, gerentes e organizações de revisão externa.

Figura 16.1
Tipos de informação num sistema de informação.



Adaptado de Roos *et al.* (1977)

A atenção clínica envolve as funções básicas da transferência das informações necessárias a respeito das necessidades de saúde dos indivíduos e a atenção à saúde no manejo clínico, acompanhamento e coordenação da atenção que ocorre em diferentes momentos e em diferentes lugares para o indivíduo. Cada vez mais, os sistemas de informação estão servindo para uma função clínica adicional: avaliação e garantia de qualidade pelos próprios profissionais individuais e grupos de profissionais, de forma que eles possam se engajar em uma melhora contínua da qualidade. A primeira tentativa sistemática de tornar os prontuários médicos úteis para a pesquisa ocorreu na Inglaterra no *Royal College of General Practitioners*. Os estudos de morbidade realizados em meados da década de 50 pelo *College* e o

General Register Office of England and Wales [Escritório de Registro Geral da Inglaterra e do País de Gales] mostraram que uma proporção substancial de diagnósticos em atenção primária não poderiam receber códigos de doenças e que quase metade (45%) dos problemas observados na clínica geral não poderiam ser classificadas pelo Código Internacional de Doenças (CID) porque eram complexos de sintomas, não doenças. Como não poderiam ser codificadas, foi impossível realizar estudos sobre sua história natural e sobre o impacto da atenção médica sobre elas. Subseqüentemente, o *College* apoiou o desenvolvimento de um esquema de codificação útil para a atenção primária e aplicou-o a um método de indexação chamado *E-book* (devido a Eimerl, seu criador). O sistema consistia de uma série de pequenas folhas, uma para cada paciente, inseridas num livro de registro de folhas soltas dividido em seções separadas de acordo com o diagnóstico. Incluía informações a respeito do paciente e do tipo de consulta e tinha vários espaços para codificar os itens de interesse especial para o profissional. O sistema poderia fornecer o número de episódios de doença e o número de consultas por episódio em um determinado período de tempo. Quando combinado com um registro de sexo-idade (uma lista de todos os pacientes na unidade, com seu sexo e idade), os dados do *E-book* eram úteis para a pesquisa epidemiológica, bem como para as investigações clínicas (Last, 1965).

As informações da unidade clínica são usadas não apenas para pacientes individuais, mas também para toda a população eletiva para receber atenção na unidade de atenção primária. Três tipos de informações são necessários para este propósito: distribuição geográfica (área de residência) dos pacientes cadastrados, características daquela população (como indicadores de classe social) que influenciam a incidência e prevalência de diferentes doenças e características que deveriam ser levadas em consideração na decisão sobre as estratégias de manejo adequadas, a distribuição de idade-sexo daquela população, e os dados da prescrição. Shanks e Crayford (1996) forneceram exemplos gráficos da utilidade destas informações para comparar as unidades de saúde em diferentes áreas e para avaliar o quanto estão levando em consideração as necessidades locais no

monitoramento da saúde. Por exemplo, uma revisão dos dados idade-sexo indicou que os homens de todas as idades têm menor probabilidade do que as mulheres de receber tratamento para hipertensão, apesar da prevalência mais alta de hipertensão em homens. Então, a unidade teve de decidir se dedicava mais atenção em persuadir os homens na comunidade a ter sua pressão arterial medida.

Outro uso, ainda, de um sistema de informação é para a pesquisa sobre a efetividade dos serviços. Como a justificativa para as intervenções está cada vez mais baseada nas evidências dos estudos sistemáticos, os sistemas de informação estão crescendo bastante como fontes de dados para avaliar os méritos relativos de diferentes abordagens para o diagnóstico e o manejo.

Os prontuários médicos informatizados e os sistemas de informação estão se tornando essenciais conforme a prática médica entra em uma era da medicina baseada em responsabilidade e em evidências. Três imperativos estão direcionando os sistemas de atenção à saúde para melhores modos de transferência de informações: o desaparecimento dos limites tradicionais entre a medicina clínica e a saúde da população; a progressiva perda de distinção entre as funções administrativa e clínica; e o aumento da cobertura de grupos vulneráveis de pacientes por sistemas privados de saúde, e não em programas de saúde patrocinados pelo governo. Os sistemas de saúde integrados que atendem a grandes populações definidas estão assumindo funções que anteriormente eram assumidas pelo setor público. As informações a respeito da saúde da população e da atenção à saúde são tão fundamentais quanto as informações a respeito dos pacientes individuais. A perda de nitidez das funções administrativa e clínica está ocorrendo como resultado da necessidade de responsabilidade pelos gastos dos financiamentos; os pagadores precisam de informações para assegurar que seus gastos sejam justificáveis de acordo com o estado atual do conhecimento clínico, e as informações a respeito da atenção clínica são componentes cada vez mais importantes do co-pagamento pelos serviços. Em países (como os Estados Unidos) em que as populações vulneráveis, que antes recebiam atendimento em organizações separadas patrocinadas

pelo governo, agora são absorvidas pelos sistemas de saúde privados, precisando ser observada a responsabilidade pela qualidade de suas necessidades de atenção.

Um modelo para a aplicação de informação baseada na unidade de saúde para propósitos baseados na população é fornecido pelo *Population Health Information System* [Sistema de Informação em Saúde da População] (POPULIS) na província de Manitoba, Canadá (Roos e Shapiro, 1995). Este sistema usa uma base de dados administrativa bem projetada derivada dos registros de queixas que podem ser interligados às informações hospitalares, estatísticas vitais e dados do censo, além de dados de pesquisa. Os indicadores da saúde estão em seis categorias: perfil demográfico da área geográfica, baixo peso ao nascer, indicadores da penetração do sistema de atenção à saúde, indicadores de mortalidade, dados de hospitalização e dados da unidade. Os dados de queixas das consultas médicas contêm os diagnósticos codificados pelo CID – Modificação Clínica.

Uma ampla variedade de perguntas de relevância clínica e política têm sido bordadas por este sistema, incluindo correlatos de variação na hospitalização, procedimentos médicos e cirurgia, e a relação entre estes processos de atenção e os custos, bem como os resultados (tanto os desejados quanto os adversos). Assim, os sistemas de dados que são relativamente comuns nos países industrializados, utilizando formulários de queixas para reembolso ou formulários de consultas para o monitoramento dos serviços, podem ser adaptados para servir a propósitos muito maiores e tão importantes quanto o reembolso para os serviços clínicos individuais, ou seja, para geração de conhecimento e monitoramento da saúde da população (Roos *et al.*, 1995).

POTENCIAL DA INFORMATIZAÇÃO NO CONSULTÓRIO

A larga disponibilidade de computadores facilita muitos aspectos da localização, armazenamento e transmissão de informações. Tanto as funções do prontuário médico como as do sistema de informação

podem ser simultaneamente acessadas. A legibilidade da escrita manual não é mais um problema, e até mesmo a segurança das informações é, tecnicamente, mais fácil de assegurar porque podem ser colocadas proteções na localização de informações eletrônicas mais facilmente do que no caso de registros em papel. As informações para propósitos administrativos, monitoramento da qualidade e propósitos de pesquisa não necessitam mais ser manualmente codificados; o software pode pegar palavras, classificá-las em categorias adequadas e transmiti-las, quando necessário.

A computadorização de determinados tipos de informações facilita alguns aspectos da atenção mesmo na ausência de um prontuário médico informatizado. Por exemplo, o uso de lembretes gerados por computador pelos médicos de atenção primária aumenta os pedidos indicados de mamografias (Chambers *et al.*, 1989), bem como de outros serviços preventivos indicados, como imunizações para tétano, exames de Papanicolaou, exames de mama e exames para sangue oculto nas fezes (Turner *et al.*, 1989).

Entretanto, a direção clara é rumo à implementação mais difundida dos prontuários médicos eletrônicos. Estes estão em uso em muitos lugares por mais de 25 anos. O protótipo mais conhecido e mais antigo é o *Computer-Stored Ambulatory Record* [Registro Ambiental Armazenado no Computador] (COSTAR), que tem sido utilizado há muitos anos no *Harvard Community Health Plan* [Planos de Saúde Comunitária de Harvard] (atualmente Harvard-Pilgrim). O sistema permite a transferência de informações entre as unidades de forma que os registros de indivíduos que consultam outras unidades estejam sempre disponíveis para que o médico os veja. Este registro substitui os prontuários médicos escritos à mão ou datilografados; não há prontuário médico exceto para informações que não podem ser informatizadas, como eletrocardiogramas e outros materiais gráficos, e os resumos completos da alta hospitalar. O computador dá entrada para informações quando o profissional as registra num formulário autocodificador especificamente projetado para as necessidades de cada especialidade no Plano de Saúde. Pode haver entrada de texto corrido, tanto escrito como ditado. O computador libera informações de três

formas: um formulário contendo dados das consultas individuais, um relatório do problema resumindo o estado médico atual do paciente, e fluxogramas mostrando a mudança em um determinado item no decorrer do tempo. O sistema inclui informações sobre cobrança, contas a receber, transferências eletrônicas de reclamações, escala de pessoal e dos recursos, diretrizes de serviços preventivos, lembretes para os médicos sobre vacinas necessárias (Barton e Schoenbaum, 1990) e informações médicas. Várias centenas de unidades nos Estados Unidos estão utilizando este sistema desde 1993 (Barnett *et al.*, 1993).

O potencial do prontuário informatizado do paciente foi mais explorado nos Países Baixos, onde mais de um quarto dos 6.400 profissionais gerais os instituíram em seus consultórios; quase 40% destes clínicos não trabalham mais com prontuários médicos em papel. Como resultado, mais de um quarto dos médicos generalistas holandeses baseiam-se completamente nos prontuários médicos informatizados (Van der Lei *et al.*, 1993). O sucesso do prontuário médico eletrônico no sistema holandês é um resultado do alcance em atender aos quatro desafios principais: desenvolvimento de um vocabulário clínico padrão, desenvolvimento de métodos para facilitar a interação direta do médico com o sistema, o apoio de sociedades profissionais-chave no desenvolvimento de padrões e programas educacionais (em particular, o *Dutch College of General Practitioners* e a *Dutch Association of General Practitioners* [Associação Holandesa de Clínicas Gerais]), e as contribuições governamentais para os custos do desenvolvimento e utilização. O governo holandês, por exemplo, reembolsa 60% dos custos do médico generalista para a informatização dos consultórios com prontuários informatizados dos pacientes.

O sistema utiliza o texto corrido como a base do prontuário clínico; entretanto, alguns itens necessitam de codificação para uso de todo o potencial do sistema. Os diagnósticos são codificados conforme a Classificação Internacional de Atenção Primária, que foi projetada especificamente para a atenção primária, mas é compatível com o CID mantido pela Organização Mundial da Saúde. A liderança por parte das sociedades profissionais nos Países Baixos foi fundamental na adoção deste sistema como um sistema de codificação

padronizado para problemas e diagnósticos. Nomes e dosagens de medicamentos são necessários para interligar o sistema de computação aos computadores da farmácia. Outros dados que são codificados incluem exames laboratoriais, medição de sinais vitais, encaminhamentos a outros profissionais de saúde e cadastramento em estudos de pesquisa (O próprio sistema identificará o código adequado para estes itens de informação).

Um vocabulário padronizado e controlado é tão crucial na implementação dos prontuários informatizados dos pacientes quanto os vocabulários e códigos padronizados nos sistemas de codificação usados nos formulários de queixas, de consultas e outros resumos de registros. Ele permite que os computadores busquem e escolham informações rapidamente, resumam-nas, identifiquem informações clínicas importantes e localizem-nas de forma seletiva, conforme for indicado. Anexos do prontuário, como medicamentos que não devem ser utilizados simultaneamente e diretrizes clínicas para atenção preventiva ou a atenção de problemas específicos podem, facilmente, ser incorporados no sistema de informação para indicar automaticamente a atenção contra-indicada ou indicada para os pacientes individuais.

O sucesso holandês no alcance da inserção de informações feita diretamente pelo médico é importante para minimizar erros na transcrição e fornecer a oportunidade de uma devolução direta e lembretes para o clínico, conforme os dados forem inseridos. As organizações profissionais lideraram o caminho no desenvolvimento do vocabulário padrão e dos padrões para identificação do paciente, segurança do registro e transmissão eletrônica de dados. A *Dutch National Bureau of Health* [Escritório Nacional Holandês de Saúde] tem a responsabilidade de fornecer os padrões para a troca eletrônica de informações (Van der Lei *et al.*, 1993). Como ocorre em todos os lugares, as decisões a respeito da extensão na qual as informações para outros usos não-clínicos devem ser anônimas e o tipo e extensão do uso de identificadores exclusivos de pacientes que não permitem a ligação do número ao nome da pessoa, exceto para propósitos clínicos, estão sujeitos a discussões e considerações políticas.

“Cartões inteligentes” são outra tecnologia com utilidade considerável na atenção à saúde, incluindo a atenção primária. Desenvolvidos há mais de 20 anos na França, eles oferecem um mecanismo de transferência de informações com excelentes oportunidades de confidencialidade e segurança nas informações. As informações nos cartões são de propriedade do paciente, que tem o direito e a oportunidade de decidir quais informações não devem ser registradas e o direito de apagar informações que já estão no cartão. O registro de informações é permitido apenas aos usuários autorizados e os pacientes devem digitar seu próprio número de identificação pessoal cada vez que alguém quiser acesso às informações no cartão. O cartão em si é de propriedade do emitente (geralmente o governo ou seguradora); uma cópia é geralmente retida pelo profissional de atenção primária do paciente. A tecnologia do cartão inteligente cria um registro de usuários, de forma que há um registro das transações, que não podem ser apagadas. Uma utilidade específica, que também é compartilhada por registros clínicos automatizados é a facilitação da redação e preenchimento da prescrição. Certos campos de dados podem estar protegidos e reservados para uso apenas por alguns profissionais. Por exemplo, informações sobre consultas psiquiátricas podem ser protegidas contra o acesso de qualquer pessoa pelo paciente ou ter a entrada restrita apenas para indivíduos selecionados. Por causa destas limitações, os cartões inteligentes são utilizados, basicamente, para a atenção clínica particularmente em relação à coordenação da atenção dos pacientes individuais, e não para análises de dados úteis para a documentação de problemas nas populações, para uso pelos profissionais para analisar sua própria prática, ou para responder a questões de pesquisa complexas, embora exista um potencial para o uso na compilação de estatísticas e para aspectos limitados da pesquisa.

Vários modelos do uso bem sucedido dos cartões inteligentes documentam sua contribuição para a unidade de atenção primária. Por exemplo, o teste-piloto *Exeter Care Card* incluía 13 mil pacientes, oito farmacêuticos da comunidade, duas unidades de medicina geral, uma unidade odontológica geral, um hospital comunitário e um hospital geral, todos dentro de um distrito no Reino Unido. Os dados podiam ser

registrados nos cartões diretamente ou a partir de um registro clínico automatizado. A avaliação do sistema mostrou que seu uso estava associado à redução do custo da prescrição, redução dos custos de investigações laboratoriais, redução no risco de doença iatrogênica (especialmente em relação à atenção odontológica), reduções no tempo para comunicação das informações, e acesso imediato às informações necessárias para a atenção ao paciente. A aceitação por parte do paciente do sistema de cartão foi elevada (Neame, 1997).

Os cartões também são usados em uma cidade (Rimouski) na província de Quebec, com 7.250 pacientes e 300 profissionais de saúde (incluindo médicos generalistas e equipes de atenção primária). Cinco categorias de informações foram incluídas no cartão: identificação, emergência, vacinações, medicações e atenção continuada (histórico, consultorias, acompanhamento). O cartão foi projetado para reduzir a duplicação dos exames, reduzir o risco de interações medicamentosas e melhorar a qualidade, continuidade e integridade da atenção. Como resultado deste teste-piloto, Quebec emitiu 7 milhões de cartões inteligentes desde 1998.

O uso dos cartões inteligentes tem um potencial considerável para a atenção fornecida quando os pacientes viajam. Por este motivo, a Comunidade Européia está desenvolvendo os padrões (incluindo padrões de privacidade) para os “*Eurocards*” (Tervo-Pellikka e Schaefer, 1995).

Uma barreira considerável à implementação do prontuário informatizado do paciente e ao uso dos cartões inteligentes é a ausência geral de conhecimento de computação entre os profissionais. Embora a maioria dos médicos nos países industrializados tenha computadores em seus consultórios, em sistemas de taxa por serviço eles geralmente são utilizados apenas pelo pessoal administrativo para cobrança e outras transações administrativas. A porcentagem de médicos de atenção primária que utiliza computadores para propósitos clínicos varia consideravelmente entre os países (Wilson e Purves, 1996). A extremidade inferior da variação é representada pela Suíça, Estados Unidos e Áustria e a superior pela Islândia, Reino Unido, Canadá, Países Baixos e Suécia. Assim, parece que os países com orientação mais forte

para a atenção primária (ver Capítulo 15) têm mais probabilidade de ter profissionais que utilizem computadores para propósitos clínicos. Embora os dados decorram de um pequeno levantamento de pesquisados selecionados e podem não ser exatamente precisos, eles fornecem a magnitude relativa do desafio em relação à melhora do potencial do uso de informações em diferentes países.

CÓDIGOS E SISTEMAS DE CODIFICAÇÃO

O CID, mantido pela Organização Mundial da Saúde, foi originalmente desenvolvido para codificar as causas de mortalidade. Com o passar dos anos ele foi modificado e expandido, primeiro para facilitar a codificação dos diagnósticos hospitalares e depois para codificação da morbidade em unidades de pacientes ambulatoriais. As revisões subsequentes do CID incluíram códigos para os sintomas, de forma que era, pelo menos teoricamente, possível rastrear as doenças a partir de sua apresentação inicial até seu diagnóstico final.

Apesar deste potencial, o CID não tem sido muito útil na atenção primária porque é um compêndio de todos os diagnósticos possíveis, a maioria deles incomum e raramente vistos, se é que foram observados, na unidade de atenção primária. Assim, ele é um instrumento incômodo, não prontamente útil para os profissionais de atenção primária, pelo menos para outros propósitos que não aqueles de indicação de um diagnóstico para fins de cobrança. Em 1979, a *World Organization of National College Academies*, e *Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* desenvolveram uma classificação especificamente para uso na atenção primária (World Organization of National Colleges, 1979). Esta classificação, conhecida como Classificação Internacional de Problemas de Saúde na Atenção Primária (ICHPPC-2 [*International Classification of Health Problems in Primary Care*]), é compatível com o CID, mas muito mais breve e fácil de usar na prática clínica. Assim, desde os anos 80, está disponível um mecanismo prático para codificação de diagnósticos da atenção primária.

Embora muitos pesquisadores reconheçam a necessidade de uma melhor base de informação, foi o envolvimento do governo no financiamento e na prestação direta do atendimento que deu a ela uma consideração difundida nos Estados Unidos. Se os programas públicos fossem responsáveis pelos contribuintes, teria de haver um método de gerar e utilizar informações. No final dos anos 60, o *U.S. National Center for Health Statistics* patrocinou uma série de conferências que levou à publicação de três conjuntos de “dados mínimos”: um conjunto para a atenção de longa duração, um conjunto para atenção de pacientes internados e um conjunto para a atenção ambulatorial. Parte deste esforço levou ao reconhecimento da importância da codificação dos problemas atuais, bem como dos diagnósticos. Quando os problemas atuais são esclarecidos e registrados, torna-se possível estudar e entender a história natural da evolução dos problemas e sua resposta a diferentes formas de intervenção, facilitando, assim, a geração de conhecimento e uma melhor atenção ao paciente. O trabalho pioneiro do *National Center* estimulou um projeto colaborativo internacional para planejar e testar um sistema de nomenclatura de problemas na atenção primária (Lamberts e Wood, 1987). A base para o programa de codificação, a Classificação Internacional da Atenção Primária (*ICPC-International Classification of Primary Care*), é uma matriz numérica alfa bi-axial em que existem “componentes” e “capítulos”. Cada motivo para consulta é categorizado como um de sete componentes:

- Sintoma ou queixa.
- Diagnóstico, exame ou procedimento preventivo.
- Tratamentos, procedimentos ou medicações.
- Recebimento de resultados de exames.
- Administrativo.
- Diagnóstico.
- Todos os outros.

Cada motivo também é indicado para um dos 17 capítulos indicados por letras, 15 dos quais são sistemas do organismo, um é para problemas que cruzam os sistemas ou são de natureza geral, e um é para problemas sociais. Dentro dos capítulos estão códigos específicos, organizados de forma similar entre os capítulos, de acordo com o

componente adequado. Por exemplo, os primeiros 29 códigos em cada capítulo referem-se a sintomas ou queixas específicos; os códigos 30-49 referem-se a procedimentos de diagnóstico específicos; os códigos 50-59 são modalidades terapêuticas; os códigos 60 e 61 são, respectivamente, resultados de exames ou procedimentos e resultados de outros profissionais; o código 62 é um procedimento administrativo; os códigos 63-69 são vários outros motivos (incluindo a instituição de um encaminhamento ou uma consulta por iniciativa de outra pessoa que não seja o paciente); e os códigos 70-99 são os diagnósticos específicos mais comuns dentro do capítulo. O sistema de codificação para os sintomas/queixas e componentes de diagnóstico é compatível com o CID, a ICHPPC-2 e com a *Classification of Diseases, Problems and Procedures of the British Royal College of General Practitioners* [Classificação de Doenças, Problemas e Procedimentos do Colégio Britânico de Clínicos Gerais] (1984). A segunda edição da ICPC contém definições para todas as rubricas, uma classificação de severidade e uma ferramenta para medir o estado funcional (World Organization of National Colleges, 1998).

A disponibilidade de sistemas uniformes codificarem os problemas atuais e motivos para consulta facilitará muito tanto a pesquisa como a prestação de serviços de atenção primária. Ela levará a um maior entendimento da distribuição dos problemas de saúde e o impacto de vários métodos para manejá-los, além de concentrar a atenção sobre o aspecto mais fundamental, mas relativamente negligenciado da atenção: o reconhecimento dos problemas dos pacientes por parte dos profissionais.

DESAFIOS AOS AVANÇOS NO PRONTUÁRIO MÉDICO E NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

A capacidade tecnológica não é mais a barreira para sistemas de informação efetivos. As novidades no desenvolvimento de sistemas de computação são tais que, essencialmente, não existem barreiras para a transferência rápida e precisa de informações com a devida segurança para manter sua confidencialidade. Os desafios resultam da ausência de uma estrutura para decidir quais informações devem ser incluídas;

como as informações devem ser registradas, com que detalhes e em que formato; e mecanismos para assegurar a padronização, de forma que as mesmas informações sejam interpretadas da mesma forma, não importando sua fonte. Em 1996, o Congresso norte-americano sancionou uma lei (PL 104-191) que exigia que o *Department of Health and Human Services* [Ministério da Saúde e Assistência Social] recomendasse padrões para privacidade das informações individualmente identificáveis para transações administrativas e para as informações clínicas que as acompanham. Os pontos principais que apóiam esta “simplificação administrativa” são que as informações

- Devem estar interligadas entre os locais para que seja possível acompanhar os pacientes em diferentes unidades e níveis de atenção.
- Devem estar interligadas entre períodos de tempo para que seja possível rastrear os problemas dos pacientes do início à resolução.
- Conduzir à interligação entre “entradas” e “saídas”, ou seja, ajudar a determinar se os problemas clínicos melhoram e o mecanismo pelo qual as intervenções dos serviços de saúde contribuem ou não para esta melhora.

Conforme a meta de padronização do conteúdo dos prontuários médicos, quer em papel ou informatizados, o *U.S. National Committee on Vital and Health Statistics* realizou audiências e conduziu investigações a respeito dos itens de informação em grandes sistemas de informação de serviços de saúde em todo o país. Suas deliberações resultaram em um conjunto proposto de “dados centrais” que contém 42 itens de informação em três categorias: dados de cadastramento do paciente, dados do profissional e dados da consulta (depois categorizada como paciente internado, paciente ambulatorial e todos os tipos de consultas não importando onde ocorrem). A Tabela 16.1 relaciona os itens de informações de acordo com o fato de serem considerados prontos ou não para a implementação por causa de experiências a longo prazo e/ou a disponibilidade de abordagens amplamente aceitas para categorização das informações. São fornecidas as definições de cada item pronto para implementação (U.S. Department of Health and Human Services, 1996).

Tabela 16.1
Elementos dos dados centrais de saúde propostos para a padronização relacionados por presteza para implementação

Elementos prontos para implementação
2. Data de nascimento
3. Sexo
4. Raça e etnia
5. Residência
6. Estado Civil
10. Escolaridade
11. Relação do paciente com o titular/responsável
14. Data de internação (paciente internado)
15. Data da alta (paciente internado)
16. Data da consulta (paciente ambulatorial e serviços médicos)
20. Localização do endereço da consulta (paciente ambulatorial)
24. Diagnóstico principal (paciente internado)
25. Diagnóstico primário (paciente internado)
26. Outros diagnósticos (paciente internado)
27. Qualificador para outros diagnósticos (paciente internado)
29. Principal diagnóstico responsável pela prestação de serviços (paciente ambulatorial)
30. Outros diagnósticos (paciente ambulatorial)
31. Causa externa da lesão
32. Peso do recém-nascido no parto
33. Procedimento principal (paciente internado)
34. Outros procedimentos (paciente internado)
35. Datas dos procedimentos (paciente internado)
36. Procedimentos e serviços (paciente ambulatorial)
37. Medicações prescritas
39. Liberação (paciente ambulatorial)
41. Lesão relacionada ao trabalho
Elementos substancialmente prontos para implementação, mas necessitando de um trabalho adicional
7. Arranjo para moradia/residência
17. Identificação da unidade
18. Tipo de unidade/local da consulta
19. Identificação do profissional de atenção à saúde (paciente ambulatorial)
21. Identificação do médico responsável (paciente internado)
22. Identificação do cirurgião (paciente internado)
23. Especialidade do profissional de atenção à saúde
38. Liberação do paciente (paciente internado)
40. Fontes esperadas de pagamento do paciente
42. Total de encargos cobrados
Elementos que requerem uma quantidade substancial de estudo e avaliação
1. Identificador pessoal/exclusivo
8. Estado de saúde auto-relatado
9. Estado funcional
12. Ocupação atual ou mais recente
13. Tipo de consulta
28. Motivo declarado pelo paciente para consulta ou queixa principal (paciente ambulatorial)

Fonte: U.S. Department of Health and Human Services (1996)

Existem desafios adicionais que requerem consideração, especialmente para a atenção primária. O mais urgente deles é a certeza do diagnóstico. Na atenção primária, os pacientes têm maior probabilidade de se apresentarem inicialmente com problemas que não podem receber um diagnóstico. Como foi observado acima, a ICPC fornece um meio para a categorização destes problemas de forma padronizada. Entretanto, em alguns países, existem incentivos poderosos para que os profissionais indiquem um código de diagnóstico, ao invés de um código do problema, porque os sistemas de reembolso estão vinculados à presença de um diagnóstico (como geralmente é o caso quando os médicos são reembolsados por taxa por serviço). Sob estas circunstâncias, os prontuários médicos podem registrar que há a suspeita de um diagnóstico específico, ou seja, é uma condição de “exclusão” (R/O), mas raramente este é o caso. Os sistemas de saúde como o *Harvard Community Health Plan* (atualmente Harvard-Pilgrim) incorporou estes modificadores há tempos. Eles incluem “exclusão”, “pós-estado”, “em remissão” e “remissão parcial” (K. Coltin, comunicação pessoal). Algumas das unidades no *Kaiser Health Plan* [Plano Kaiser de Saúde] funcionam de forma similar; os modificadores típicos são “exclusão” (R/O) ou “provável” (S. Cohn, comunicação pessoal, 1997). Na grande maioria dos casos nos Estados Unidos, a transação administrativa registra o diagnóstico como se fosse um diagnóstico seguro, tornando, assim, impossível rastrear o curso dos problemas a partir de sua primeira apresentação até sua resolução nos sistemas de informação computadorizados. Além disso, isso complica o trabalho de entender o processo diagnóstico, porque as investigações diagnósticas não podem ser vinculadas à natureza dos problemas do paciente. Na medida em que as necessidades exclusivas da unidade de atenção primária são cada vez mais reconhecidas, os sistemas de classificação de problemas deveriam se tornar mais amplamente aceitáveis e utilizados. Em alguns países (como os Países Baixos), os problemas, e não os diagnósticos, são codificados, caso um diagnóstico seguro não seja alcançado.

Outro grande desafio para codificar as informações clínicas é a falta de padronização dos métodos para codificar os diagnósticos, os exames diagnósticos e seus resultados e as intervenções terapêuticas. Como foi observado acima, o CID, hoje em sua décima revisão, é a base para o diagnóstico da mortalidade e de pacientes internados em todo o mundo. A codificação dos problemas nos estabelecimentos primários é mais comumente feita com a ICPC, mas muitos países, incluindo a maioria das unidades nos Estados Unidos e no Reino Unido, não a utilizam. No Reino Unido, a classificação Read é o padrão para a codificação de vários tipos de informações clínicas e relacionadas (National Health Service, 1995). Estas incluem:

- Empregos.
- Histórico e observações.
- Distúrbios.
- Investigações.
- Operações e procedimentos.
- Regimes e terapias.
- Prevenção.
- Causas de lesões e envenenamentos.
- Morfologia tumoral.
- Estágio e escalas.
- Administração.
- Medicamentos.
- Aparelhos e equipamentos.
- Unidades de medida.
- Organismos.
- Sítio anatômico.
- Valores adicionais.
- Categorias dependentes do contexto (certos qualificadores, como “histórico de”).
- Atributos (como aparecimento).

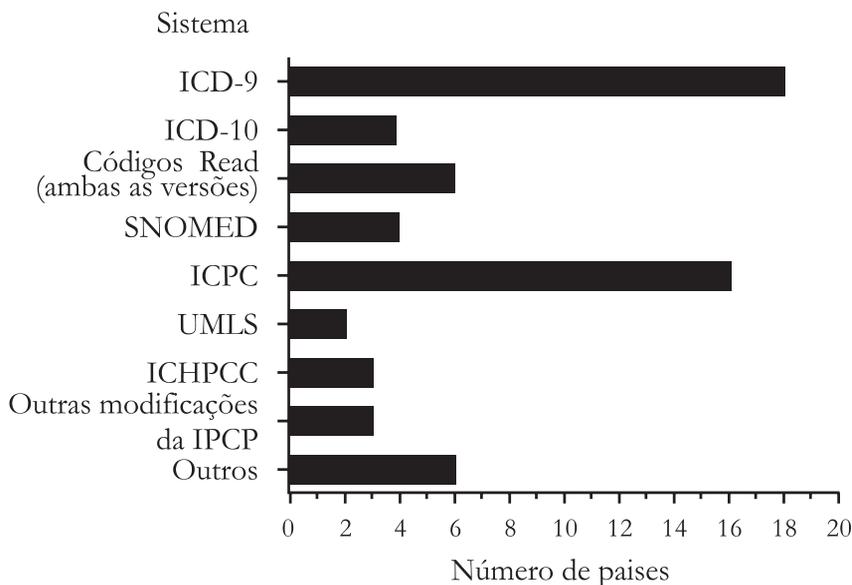
Embora ainda existam algumas limitações do sistema, o Departamento de Saúde Nacional no Reino Unido adquiriu o sistema

e o está utilizando como padrão para todas as unidades, mantendo-o e atualizando-o, quando necessário (Smith *et al.*, 1995).

Vários outros sistemas de codificação são usados em todo o mundo para diversos aspectos dos serviços de saúde. A Figura 16.2 indica o número de países que utilizam os principais sistemas (Wilson e Purves, 1996). Cada um destes sistemas tem seus pontos fortes e fracos, e nenhum é amplamente aceito. A maioria deles foi desenvolvida para aplicações específicas em instituições específicas, e cada um tem pontos fracos e fortes (Cimino, 1996). Conforme observado acima, o sistema de classificação Read é promovido no Reino Unido. Nos Países Baixos, o sistema Elias

Figura 16.2

Número de países que utilizam vários sistemas de codificação da atenção primária e de nomenclatura.



CID-9, Código Internacional de Doenças, Nona Revisão; CID-10, Código Internacional de Doenças, Décima Revisão; SNOMED, Nomenclatura Sistematizada da Medicina Humana e Veterinária; ICPC, Classificação Internacional de Atenção Primária; UMLS, Sistema de Linguagem Médica Unificada; ICHPCC, Classificação Internacional de Problemas de Saúde na Atenção Primária (Wilson e Purves, 1996).

está em uso na maioria das unidades gerais de saúde e é baseado na ICPC para codificação de diagnósticos e motivos para consulta em um contexto de prontuário informatizado do paciente (Duisterhout *et al.*, 1992). Conforme os prontuários eletrônicos tornam-se mais amplamente adotados, pode haver a convergência de vários sistemas em um, que apoiará o uso de informações bem além de um contexto clínico ou sistema de saúde em particular. A complexidade do desafio fica evidente a partir de um grande número de tentativas diferentes para planejar um sistema com relevância, viabilidade e aceitação universal (Chute *et al.*, 1998).

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

Os prontuários informatizados dos pacientes (CPR – *Computerized Patient Records*) têm a probabilidade de se tornarem o método de rotina para armazenamento de informações referentes às necessidades de saúde e à atenção à saúde no futuro próximo, substituindo até mesmo os prontuários médicos em papel. Facilitarão muito os principais objetivos dos sistemas de informação de saúde: apoiar a atenção ao paciente e melhorar sua coordenação; melhorar a produtividade dos profissionais de atenção à saúde e reduzir os gastos administrativos associados ao sistema em papel; e apoiar a pesquisa clínica, epidemiológicas e dos serviços de saúde.

Não existem barreiras técnicas para o registro de dados e sua manutenção no formato informatizado nos países em que o uso da computação é difundido. Entretanto, existem impedimentos que podem interferir nas aplicações nos serviços de saúde.

Quando as informações são computadorizadas, deve-se tomar decisões em relação aos dados a serem registrados e aos detalhes que serão incluídos. No mínimo, os elementos relacionados no conjunto de dados centrais (ver discussão anterior neste capítulo) devem ser incluídos para fornecer informações básicas numa forma padronizada.

Ameaças à privacidade geram preocupação tanto em prontuários informatizados quanto em registros dos pacientes e podem causar

preocupações ainda maiores devido ao potencial de muito mais pessoas e órgãos poderem ter acesso a um sistema que é utilizado para propósitos múltiplos. Atender os propósitos de um sistema CPR requer que cada indivíduo na população receba um identificador exclusivo que é usado para todas as transações relacionadas à saúde. Embora a maioria dos países indique este número aos indivíduos na população, alguns utilizam os números que são limitados apenas às informações relacionadas à saúde, enquanto outros utilizam um identificador exclusivo multifunção. Neste último caso, os receios quanto à perda da privacidade aumentam porque o conhecimento a respeito do estado de saúde e da atenção à saúde pode ser vinculado aos dados de outros sistemas, como o sistema judiciário, e, assim, ser usado para ameaçar os direitos dos indivíduos. A limitação do identificador exclusivo para propósitos relacionados à saúde apenas reduz, mas não elimina, o potencial para dano ao indivíduo, particularmente nos sistemas de saúde em que o acesso do indivíduo aos serviços de saúde e à cobertura do seguro de saúde podem ser comprometidos pela divulgação de suas informações pessoais. Entretanto, o potencial para salvaguardar a privacidade pode ser maior com a informatização, porque os mecanismos para tornar os dados seguros são mais fáceis do que no caso de prontuários em papel.

Uma terceira barreira potencial à implementação refere-se à capacidade da rede de informações. Como uma das vantagens do CPR é a capacidade de interligar várias fontes de informações a respeito das pessoas e sua atenção à saúde, a garantia da capacidade da rede é fundamental.

O *Institute of Medicine* [Instituto de Medicina] dos Estados Unidos propôs padrões para o desenvolvimento e emprego dos sistemas CPR (Dick e Steen, 1991; Dick *et al.*, 1997). Várias condições são propostas para sua implementação:

- Os dados devem ser registrados pelo indivíduo que os coleta para otimizar a precisão.
- O sistema deve incluir, de forma confiável, dados de todas as fontes e permitir sua localização, quando necessário.

- O prontuário pode ser usado ativamente no processo de prestação de atendimento à saúde, e todas as informações relevantes devem ser incluídas.
- O sistema é importante no processo de garantia de qualidade e geração de conhecimento por meio da pesquisa de diversos tipos, incluindo aquela que envolve observações ao longo do tempo, em diferentes lugares e obtidas por meio de diferentes mecanismos, incluindo levantamentos, registros e estatísticas vitais.
- Os usuários devem ser proficientes com as ferramentas possibilitadas pela computação, incluindo bancos de dados bibliográficos e sistemas de apoio de decisão clínica.

Para que o potencial do CPR seja alcançado, os países devem desenvolver padrões para os componentes de informações e a forma pela qual eles são registrados no computador, criar leis e regulamentações que protejam a privacidade do paciente e desenvolver padrões para garantir a confidencialidade e procedimentos para manter a segurança do sistema, com a imposição de várias penas pelo uso não autorizado.

Quinze recomendações em cinco categorias de atividades foram feitas para maximizar a segurança dos sistemas CPR (National Research Council, 1997). Embora as recomendações fossem específicas para os Estados Unidos, elas podem ser generalizadas para aplicação a qualquer sistema nacional de saúde, como segue:

1. Todas as organizações que lidam com informações identificadoras de pacientes – não importando o tamanho – devem adotar um conjunto de políticas, práticas e procedimentos técnicos e organizacionais estabelecidos abaixo.
2. Os governos e a indústria de atenção à saúde devem agir para criar a infraestrutura necessária para apoiar a privacidade e segurança das informações eletrônicas em saúde.
3. Deve haver um comitê publicamente responsável por manter os padrões de segurança das informações de saúde para desenvolver e atualizar os padrões de privacidade e segurança para todos os usuários das informações de saúde.

Os membros devem fazer parte de organizações que representem o amplo espectro de usuários e assuntos das informações de saúde.

4. Os governos devem fornecer o financiamento inicial para o estabelecimento de uma organização para a indústria de atenção à saúde para promover um maior compartilhamento de informações a respeito das ameaças à segurança, incidentes e soluções para os problemas.
5. Os governos devem trabalhar com organizações não-governamentais para promover e estimular um debate público informado para determinar um equilíbrio adequado entre as preocupações quanto a privacidade dos pacientes e as necessidades de informação de vários usuários das informações de saúde.
6. Organizações que coletam, analisam ou disseminam as informações de saúde devem adotar um conjunto de práticas de informação que sejam condizentes com a legislação de privacidade.
7. Os governos nacionais devem trabalhar com as unidades governamentais locais e por área, pesquisadores de saúde e a indústria da atenção à saúde para estabelecer um programa para promoção da conscientização do consumidor em relação às questões de privacidade na saúde e o valor das informações de saúde para a atenção ao paciente, administração e pesquisa. Também devem realizar estudos que desenvolverão um conjunto de recomendações para aprimorar a conscientização que o consumidor tem dos fluxos e usos dos dados de saúde.
8. Grupos profissionais e industriais devem dar continuidade e expandir seus papéis de liderança na educação dos membros a respeito das questões de privacidade e segurança.
9. Os governos devem realizar estudos para determinar a extensão e as condições nas quais os usuários de informações de saúde necessitam de dados que contenham os identificadores dos pacientes.

10. Os governos devem determinar formas apropriadas de oferecer aos consumidores um ponto de contato centralizado, visível, em relação às preocupações quanto à privacidade.
11. Qualquer esforço para desenvolver um identificador individual universal deve pesar as supostas vantagens de cada identificador em relação às preocupações quanto à privacidade. Os métodos para identificar os indivíduos e vinculá-los a seus prontuários devem ser acompanhados por uma estrutura política explícita que defina a natureza e o caráter das vinculações que violam a privacidade e especifique as sanções legais para a criação das mesmas. Devem facilitar a identificação das partes que conectam os registros, de forma que aqueles que fizerem uso impróprio das ligações possam ser responsabilizados por sua criação. Eles devem ser unidirecionais ao ponto que seja tecnicamente viável, facilitar a vinculação adequada de determinadas informações dos registros de saúde a respeito da pessoa ou fornecidas por ela, mas impedir que a identidade de uma pessoa seja facilmente deduzida.
12. Os governos devem tomar atitudes para aprimorar as tecnologias de segurança de informações para aplicação na atenção à saúde.
13. Os governos devem estabelecer as ligações formais com grupos profissionais e não-governamentais para facilitar a troca de conhecimento técnico a respeito da segurança das informações.
14. Os governos devem apoiar a pesquisa de métodos de identificação e vinculação de registros, resolvendo os problemas da atenção anônima e os pseudônimos que interferem, necessariamente, com o alcance da qualidade da atenção para os pacientes individuais; referentes a auditorias de rastreamento de forma que aqueles que utilizam o sistema CPR de forma errônea possam ser

identificados; e referentes às ferramentas para que os direitos vigorem e sejam gerenciados.

15. Os governos devem financiar unidades de teste para explorar as diferentes abordagens para controle do acesso aos dados que possam ser incorporados em operações existentes.

Além disso, é sabido que toda e cada organização que coleta, mantém ou, de alguma forma, utiliza informações de atenção à saúde deve estar constantemente ciente das ameaças à confidencialidade e segurança das informações individualmente identificáveis e desenvolver seus próprios padrões para manter a confidencialidade e identificar quaisquer violações na política indicada para assegurá-la.

O uso de computadores na unidade de atenção primária não facilita, necessariamente, a transferência de informações entre a atenção primária e outros tipos de atenção. Um estudo em seis países da Europa mostrou que os profissionais nos países com sistemas de atenção primária mais fortes (Reino Unido, Dinamarca, Países Baixos) têm maior tendência de fazer uso de computadores para manter os prontuários médicos, mas o uso de computadores para a transferência de informações a respeito dos pacientes é limitado em todos os lugares devido a barreiras culturais e legais (DeMaeseneer e Beolchi, 1995).

Cada país desenvolverá suas próprias abordagens, ajustadas a suas necessidades específicas. Serão necessários intercâmbios nacionais para assegurar a relativa compatibilidade, já que, como resultado do comércio e de viagens internacionais, haverá troca de informações entre fronteiras nacionais em relação aos indivíduos.

As seções anteriores deste capítulo indicam que muitos países e grupos de países já fizeram avanços importantes ao tratar dos desafios dos dados informatizados e sua tradução em informações. Os potenciais e possibilidades para aprimorar a efetividade e equidade da atenção decorrente de novas tecnologias são enormes e merecem ser almejados dentro do interesse de melhorar a saúde dos pacientes e das populações.

REFERÊNCIAS

- BARNETT, O.; JENDERS, R.; CHUEH, H. The computer-based clinical record – Where do we stand? *BMJ*, n. 119, p. 1046 – 8, 1993.
- BARTON, M.; SCHOENBAUM, S. Improving influenza vaccination performance in an HMO setting: The use of computer-generated reminders and peer comparison feedback. *Am J Public Health*, n. 80, p. 534 – 6, 1990.
- CHAMBERLIN, R. Social data in evaluation of the pediatric patient: Deficit in outpatient records. *J Pediatr*, n. 78, p. 111 – 6, 1971.
- CHAMBERS, C. et al. Microcomputer-generated reminders, improving the compliance of primary care physicians with mammography screening guidelines. *J Fam Pract*, n. 29, p. 273 – 80, 1989.
- CHENEY, C.; RAMSDELL, J. Effect of medical records' checklists on implementation of periodic health measure. *Am J Med*, n. 83, p. 129 – 36, 1987.
- CHUTE, C.; COHN, S.; CAMPBELL, J. A framework for comprehensive health terminology systems in the United States: Development Guidelines, Criteria for Selection, and Public Policy Implications. *J Am Med Informatics Assoc*, 1998. (mimeografado).
- CIMINO, J. Review paper: Coding systems in health care. *Methods Inform Med*, n. 35, p. 273 – 84, 1996.
- COOK, C. D.; HEIDT, J. *Assuring Quality Out-Patient Care for Children: Guidelines and a Management System*. New York: Oxford University Press, 1988.
- DEMAESENEER, J.; BEOLCHI, L. *Telematics in Primary Care in Europe*, Amsterdam: IOS Press, 1995.
- DICK, R.; STEEN, E. (Ed.). *The Computer-Based Patient Record: An Essential Technology for Health Care*. Washington, DC: National Academy Press; 1991.
- DICK, R.; STEEN, E.; DETMER, D. (Ed.). *The Computer Based Patient Record: An Essential Technology for Health Care*. Rev.Ed. Washington D.C.: National Academy Press, 1997.

- DUISTERHOUT, J. et al. Implementation of ICPC coding in information systems in primary care. In: LUN, K. et al. (Ed.). *MEDINFO 92*. Amsterdam: North Holland, 1992, p. 1483 – 8.
- DUGGAN, A.; STARFIELD, B.; DEANGELIS, C. Structured encounter form: The impact on provider performance and recording of well-child care. *Pediatrics*, n. 85, p. 104 – 13, 1990.
- HOLMES, C. et al. Toward the measurement of primary care. *Milbank Q*, n. 56, p. 231 – 52, 1978.
- JOHNS, C. et al. A minirecord; an aid to continuity of care. *Johns Hopkins Med J*, n. 140, p. 277 – 84, 1977.
- LAMBERTS, H.; WOOD, M. (Ed.). *International Classification of Primary Care (ICPC)*. World Health Organization of National Colleges, Academics, and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians. Oxford: Oxford University press, 1987.
- LAST, J. Primary medical care. Record keeping. *Milbank Q*, v. 33, n. 2, p. 266 – 76, 1965.
- LINN, B. et al. Validity of impairment ratings made from medical records and from personal knowledge. *Med Care*, n. 12, p. 363 – 8, 1974.
- NATIONAL HEALTH SERVICE. *The Read Codes Version 3*: Centre for Coding and Classification, Loughborough, England: NHS Centre for Coding and Classification, 1995.
- NEAME, R. Smart cards: The key to trustworthy health information systems. *BMJ*, n. 314: p. 573 – 7, 1997.
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL. *For the Record: Protecting Electronic Health Information*. Washington, DC: National Academy Press, 1997.
- ROMM, F.; PUTNAM, S. The validity of the medical record. *Med Care*, n. 19, p. 310 – 5, 1981.
- ROOS, L. et al. Administrative databases. In: COLTON, T.; ARMITAGE, P. (Ed.). *Encyclopedia of Biostatistics*. Chichester, England: John Wiley and Sons, 1998.
- _____ et al. A population-based approach to monitoring adverse outcomes of medical care. *Med Care*, v. 33, n.12, supl, p. s127 – 38, 1995.

_____ ; SHAPIRO, E. Health and health care: Experience with a population-based health information system. *Med Care*, v. 33, n.12, supl., DS1 – 146, 1995.

SHANKS, J.; CRAYFORD, T. Information for a primary care-led health service: Health needs assessment. In: LITTLEJOHNS, P.; VICTOR, C. (Ed.). *Making Sense of a Primary Care-Led Health Service*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1996. p 30 – 44.

SIMBORG, D. et al. Information factors affecting problem follow-up in ambulatory care. *Med Care*, n. 14, p. 848 – 56, 1976.

SMITH, N.; WILSON, A.; WEEKES, T. Use of Read codes in development of a standard data set. *BMJ*, n. 311, p. 313 – 5, 1995.

STARFIELD, B. et al. Concordance between medical records and observations regarding information on coordination of care. *Med Care*, n. 17, p. 758 – 66, 1979.

TERVO-PELLIKKA, R.; SCHAEFER, O. *EUROCARDS, The AIM DGXIII concerted action on Patient Data Cards: Privacy Aspects.*, Finland: Committee on European Normalization-Technical Committee, Tervo-Pellikka and Schaefer, 1995.

THOMPSON, H.; OSBORNE, C. Office records in the evaluation of quality of care. *Med Care*, n. 14, p. 294 – 314, 1976.

TURNER, B.; DAY, S.; BORENSTEIN, B. A controlled trial to improve delivery of preventive care: Physician or patient reminders? *J Gen Intern Med*, n. 4, p. 403 – 9, 1989.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Report of the National Committee on Vital and Health Statistics: Core Data Element*. Washington, DC: National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control, 1996. (US-GPO No. 1996-722-677/83245).

VAN DER LEI, J. et al. The introduction of computer-based patient records in the Netherlands. *Ann Intern Med*, v. 119, n. 10, p. 1036 – 41, 1993.

WILSON, R. G.; PURVES, I. N. Coding and nomenclatures: A snapshot from around the world. In: MOVING TOWARD INTERNATIONAL STANDARDS IN PRIMARY CARE INFORMATICS: Clinical

Vocabulary. Oct. 1996. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research, 1996. (AHCPR Pub. No. 96-0069).

WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES, AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS. *ICPC-2: International Classification of Primary Care*. 2.ed. Oxford: Oxford University Press, 1998.

_____. *ICHPPC-2: International Classification of Health Problems in Primary Care*. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 1979.

ZUCKERMAN, A. et al. Validating the content of pediatric outpatient medical records by means of tape-recording of doctor-patient encounters. *Pediatrics*, n. 56, p. 407 – 11, 1975.

17. NECESSIDADES DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisar é ver o que todos vêem e pensar o que ninguém mais pensou.

Albert-Szent-Gyorgyi

O contínuo aprimoramento do conhecimento baseado em evidências é o fundamento para o progresso em todos os campos de esforço. A atenção primária não é exceção. Os capítulos anteriores deste livro documentaram o estado atual do conhecimento sobre a organização e prestação de serviços de atenção primária; o leitor astuto reconhecerá que ainda existe muito a ser aprendido! Este capítulo identifica aquelas áreas que são de alta prioridade para a pesquisa na atenção primária na esperança de que um número cada vez maior de profissionais acadêmicos e clínicos se engaje no estimulante processo de contribuir com seu conhecimento para melhorar a efetividade, a eficácia e a equidade do nível básico de todos os sistemas de serviços de saúde.

Desde que o livro anterior de Starfield sobre atenção primária foi escrito (1990), muito foi aprendido a respeito da atenção primária e suas contribuições para o trabalho dos sistemas de serviço de saúde. Muitas das vantagens da atenção primária foram agora documentadas, principalmente por meio de estudos a respeito dos benefícios dos componentes separados da atenção primária. A maior parte da documentação referente às vantagens da atenção primária como um todo está baseada em alguns poucos estudos que compararam custos e resultados nas áreas que diferem na força de sua atenção primária, medida pelo número de médicos de atenção primária ou pela presença

de características do sistema de saúde que refletem uma forte atenção primária. Como resultado da negligência histórica da própria atenção primária como um assunto de interesse acadêmico, ainda existe um grande acúmulo de questões que precisam de respostas. A maioria das questões é a mesma de 1990, mas pesquisas realizadas nos anos mais recentes pelo menos ajudaram a avivar seu enfoque.

Dois tipos principais de pesquisa são necessários para promover a eficácia da atenção primária: a pesquisa básica e a pesquisa relacionada à política. A pesquisa básica inclui os métodos que são importantes na medição, enquanto a pesquisa relacionada à política contribui com informações que ajudam na tomada de decisão. Esta última se refere tanto à pesquisa clínica quanto à pesquisa sobre as formas de organização, financiamento e prestação de serviços e sobre o treinamento em atenção primária. (Um quarto tipo de pesquisa, pesquisa e avaliação dos sistemas de saúde relevantes à atenção primária, é considerado no capítulo 18.)

PESQUISA BÁSICA

Muitos aspectos da pesquisa básica facilitariam muito a medição da atenção primária. Esta seção resume as questões que são de importância especial no aprimoramento do conhecimento a respeito dos problemas e da prática da atenção primária.

Medição do estado de saúde

A justificativa definitiva para uma intervenção dos serviços de saúde é seu impacto sobre o estado de saúde. Conforme foi observado no Capítulo 2, o estado de saúde tem vários componentes; qualquer um deles, quer individualmente ou em combinação, pode ser influenciado pelos serviços de saúde. Embora existam várias técnicas para avaliação do estado de saúde em adultos (McDowell e Newell, 1996), muito ainda tem de ser feito, particularmente no desenvolvimento de medidas que sejam clinicamente úteis. A *WONCA – World Organization of National Colleges and Academies*

[Organização Mundial de Faculdades e Academias Nacionais] de prática de medicina de família/generalista desenvolveu um método ilustrado para avaliação do estado de saúde em adultos. O instrumento (COOP/WONCA) é, geralmente, preenchido pelos próprios pacientes. Os quadros tratam de forma física, sentimentos, atividades diárias, atividades sociais, mudanças na saúde e saúde global. Um quadro adicional para dor e um para sono estão sendo desenvolvidos. Os quadros foram publicados em chinês, dinamarquês, holandês, finlandês, francês, alemão, hebraico, italiano, japonês, coreano, norueguês, português, espanhol (catalão, castelhano e galego), eslovaco, sueco e urdo (WONCA, 1998). Uma área primordial para pesquisa é o teste deste e de outros instrumentos quanto à sua utilidade para melhorar o reconhecimento e o manejo dos pacientes. Outra área importante para o trabalho de desenvolvimento refere-se ao estado de saúde das crianças; é grande a necessidade de métodos que sejam adequados às diferentes faixas etárias na infância (Starfield, 1987).

Medição de *case-mix* e severidade da doença

As comparações de efetividade da atenção, ao longo do tempo ou entre as unidades ou sistemas de saúde, devem levar em consideração as diferenças iniciais na extensão ou grau de doença das diferentes populações. Embora existam várias técnicas para esta medição (Gold, 1988), nenhuma está suficientemente bem desenvolvida para ser amplamente aceita. A WONCA (1998) também desenvolveu e testou uma medida de severidade da doença para uso em pacientes adultos. Conhecida como sistema DUSOI (*Duke University Severity of Illness* [Severidade da Doença pela Duke University]), envolve classificação dos sintomas, complicações, prognósticos e possibilidade de tratamento pelo médico para cada problema abordado na consulta. Os escores podem ser agregados quando há mais de um problema de saúde. Testada em 22 unidades voluntárias em nove países, ela foi considerada (pelos profissionais) a mais útil para pesquisa. São indicados testes mais aprofundados sobre a aplicabilidade e utilidade mais amplas.

A atenção primária necessita de uma medida de *case-mix* que facilite a categorização dos indivíduos com mais de um diagnóstico ou tipo de morbidade. As técnicas foram desenvolvidas (Starfield *et al.*, 1991) e usadas para delinear o perfil da prática de clínicos individuais e grupos de profissionais de saúde. Embora tenha sido desenvolvido nos Estados Unidos utilizando o Código Internacional de Doenças–Modificação Clínica (CID-MC), foi modificado para uso com a Classificação Internacional de Atenção Primária (ICPC) na Europa. O trabalho de desenvolvimento de Juncosa e Bolibar e a aplicação organizada e testagem de seu uso em pesquisa baseada na prática colaborativa dirigida por Prados-Torres, Orueta e colaboradores na Espanha são dignos de nota em relação a isso. É indicada uma aplicação e testagem mais amplas em uma variedade maior de estabelecimentos, entretanto, para verificar a contribuição do método para o entendimento da epidemiologia dos problemas na atenção primária, e como eles informam o uso de recursos, tanto para a atenção primária como para a totalidade da atenção prestada às populações (Starfield *et al.*, 1991, 1994; Tucker *et al.*, 1996; Weiner *et al.*, 1996; Salem-Schatz *et al.*, 1994). Finalmente, existe uma necessidade de medidas de severidade da doença que possibilitariam padronizar ou estratificar as populações que podem diferir neste aspecto da doença (Iezzoni, 1997).

Procedimentos para avaliação da qualidade da atenção

A maioria das avaliações da qualidade da atenção trata apenas dos diagnósticos simples. Pouco é sabido a respeito da extensão em que os julgamentos entre diagnósticos coincidem, e não há técnicas disponíveis para avaliar este ponto. As intervenções para melhorar a qualidade da atenção dependem do fato da atenção ser consistentemente fraca ou fraca em apenas algumas áreas; a atenção consistentemente inadequada pede um tipo diferente de intervenção em relação àquela requerida por atenção inadequada para apenas um tipo ou alguns tipos de problemas de saúde específicos. Há uma necessidade por medidas de qualidade da atenção que não dependam da presença de um diagnóstico específico. Estas medidas teriam uma

utilidade considerável na atenção primária porque muitos de seus problemas de saúde nunca alcançam o estágio de um diagnóstico e, inversamente, os pacientes podem ter vários problemas de saúde coexistindo e interagindo sob atendimento a qualquer momento. A maioria das pesquisas sobre qualidade da atenção enfoca a identificação e o entendimento dos erros de omissão. Os estudos mostraram, consistentemente, que cerca de 20% da atenção é inadequada, mas a grande maioria destes estudos foi realizada em estabelecimento de pacientes internados. Além disso, enquanto a pesquisa sobre as causas e correlatos da má conduta médica (incluindo a imperícia médica) tem documentado a extensão dos erros de julgamento, poucas, se houveram, distinguiram os erros por omissão dos erros por cometimento e o impacto relativo de cada um nos danos aos pacientes. Há uma necessidade que força a focar as considerações sobre erros nos ambientes ambulatoriais também, particularmente em relação às intervenções (tanto farmacológicas quanto não farmacológicas) que são desnecessárias e potencialmente perigosas. Além disso, é importante determinar quais métodos de verificação são melhores em separar as responsabilidades relativas das organizações e indivíduos no aprimoramento da qualidade dos serviços porque a maior parte das evidências de uma má qualidade é, pelo menos, parcialmente atribuível ao estabelecimento organizacional no qual o profissional trabalha.

A capacidade de melhorar a qualidade da atenção pode ser estendida por meio do desenvolvimento de novos tipos de técnicas. Em particular, o quê pode ser obtido por meio dos mecanismos que envolvem os pacientes no projeto e da realização das atividades para melhoria da qualidade? Em que medida a satisfação com a atenção por parte dos pacientes é um indicativo adequado para os julgamentos do profissional a respeito da qualidade da atenção? Quais componentes particulares da satisfação estão mais relacionados a estes outros tipos de julgamentos a respeito da qualidade e em que medida eles melhoram o conhecimento a respeito da atenção efetiva acima e além das avaliações profissionais?

Medição da necessidade de encaminhamento e características da atenção referenciada

Quais tipos de problemas sempre são encaminhados, quais são raramente encaminhados e para quais existe variabilidade? * O que é responsável pela variabilidade? Em que medida as expectativas dos pacientes orientam os encaminhamentos, e quais tipos de encaminhamentos podem ser atribuídos basicamente às solicitações ou insistência dos pacientes? Em que medida a política de reembolso do profissional influencia as decisões quanto ao encaminhamento? Quais tipos de problemas exigem envolvimento de especialistas de longo prazo, e quais são melhor manejados por meio de consultorias de curta duração, repetidas, se necessário, em vários momentos no curso da doença, ou pela atenção compartilhada? Quais são os métodos mais efetivos de comunicação com os especialistas, e eles variam com a natureza da relação do especialista com o paciente? Quando os especialistas de atenção terciária devem assumir a responsabilidade pelo manejo de longo prazo, qual o papel apropriado do profissional de atenção primária e quais são os melhores métodos para alcançar a coordenação entre eles? Em que medida a atenção especializada pode ser organizada de forma que os pacientes que não necessitem mais da atenção continuada dos especialistas sejam imediatamente reencaminhados a seu médico de atenção primária? Podem ser desenvolvidos métodos para distinguir a atenção por consultoria (curta duração) da atenção por encaminhamento (longa duração) de forma que os especialistas estejam adequadamente treinados para seus respectivos papéis, tornando a organização da atenção de encaminhamento mais racional? Outra área que necessita de pesquisa refere-se ao desenvolvimento de diretrizes para ajudar os profissionais a decidir quando um encaminhamento a um consultor é desejável.

* A *Agency for Health Care Policy and Research* [Agência para Política e Pesquisa de Atenção à Saúde] nos Estados Unidos identificou os encaminhamentos como uma área particularmente importante de pesquisa devido à negligência do assunto no passado. Um resumo de algumas questões de destaque é dado por Lanier e Clancy (1996).

Desenvolvimento e adaptação de métodos para manejo dos problemas apresentados

A maioria das avaliações da qualidade dos exames diagnósticos começa com um estudo do diagnóstico e examina, retrospectivamente, a adequação ou pertinência dos procedimentos utilizados para alcançá-la. Com exceção da abordagem por algoritmo para avaliar a qualidade da atenção, nenhuma técnica começa com o problema apresentado. O Capítulo 16, referente aos prontuários médicos e sistemas de informação, resume um método de classificação da apresentação de problemas na atenção primária. As técnicas para aplicá-lo possibilitariam que as unidades dos sistemas de saúde julgassem a adequação e a pertinência de todos os problemas apresentados pelos pacientes, não apenas daqueles que resultaram em diagnósticos específicos. A ênfase nos problemas apresentados é ainda mais importante na atenção primária do que em outros tipos de atenção por causa de seu aspecto de primeiro contato e porque as evidências indicam que cerca de metade de todos os “diagnósticos” nas consultas de atenção primária não é resolvida em entidades de diagnósticos codificáveis. Devido ao alto grau de incerteza de diagnóstico da atenção primária, são necessários os melhores métodos para caracterizá-lo. Quando os diagnósticos não são claros, a espera atenta, algumas vezes, envolve a prescrição de uma terapia experimental, ainda que pouco se saiba a respeito da justificativa e impacto de diversas estratégias para intervenção quando os diagnósticos ainda são experimentais. Muitos sistemas de reembolso (particularmente nos Estados Unidos) dependem da indicação de um diagnóstico. Assim, as informações que derivam de registros oficiais (como formulários de queixas) geralmente fornecem estimativas exageradas sobre a incidência e a prevalência de diagnósticos específicos. Os sistemas de saúde pioneiros, como o *Harvard Community Health Plan* (atualmente Harvard-Pilgrim), em Boston, reconheceram este desafio no projeto de seu prontuário médico informatizado e que, portanto, fornecem bases para um melhor entendimento da relação entre os problemas de diagnóstico e os recursos usados para resolvê-los.

Que métodos são melhores para examinar como pacientes e profissionais negociam suas diferenças referentes às necessidades e

opiniões a respeito da causa e do manejo dos problemas de saúde e determinar como chegam a uma solução que leve a um plano de abordagem mutuamente aceitável?

Técnicas para medir a efetividade da atenção e a avaliação da cooperação dos pacientes

Isto envolve o grau no qual os pacientes entendem, aceitam e participam no processo de atenção prescrito pelos profissionais de saúde. As comparações da atenção continuada *versus* a episódica e a avaliação da participação dos pacientes em seu atendimento requerem o desenvolvimento de métodos para coletar as informações a respeito dos pacientes de forma mais exata, conveniente e confidencial. Entre as técnicas potencialmente úteis estão os diários de saúde, os prontuários médicos e os resumos de prontuários médicos pessoais mantidos pelos próprios pacientes.

Que tipos de estilos de comunicação são mais apropriados para os pacientes de subgrupos culturais específicos? Em que medida as diferenças entre os subgrupos culturais podem ser categorizadas e usadas para ensinar treinandos de atenção primária? Os estilos de comunicação que são otimizados na atenção primária são os mesmos que aqueles para a atenção especializada, ou o desafio das relações interpessoais de longa duração e enfocadas no paciente, que caracteriza a atenção primária, pede um tipo diferente de interação do que é o caso na atenção por consultoria de curta duração?

Procedimentos para avaliação da receptividade dos pacientes às recomendações médicas

Existe necessidade de determinar o ponto no qual a falta de receptividade sugere um diagnóstico ou terapia inadequados.

Melhorando a precisão e efetividade da coleta de dados e preservação de registros

Isto resultará em uma avaliação contábil, acompanhamento do paciente e coordenação da atenção aprimorados. As abordagens possíveis variam de registros mantidos pelos pacientes a redes de

informações eletrônicas na atenção primária. Outra abordagem é dirigida ao desenvolvimento e testagem de sistemas de informação que aumentariam a utilidade de grandes bancos de dados que derivam de registros de queixas e outros procedimentos contábeis. Outras técnicas que podem ser exploradas incluem levantamentos em pequenas áreas e observações repetidas de coortes de pacientes para monitorar a atenção ao longo do tempo.

Desenvolvimento de um método para estimar a comunidade atendida por uma unidade de atenção primária

A estimativa desta “população de risco” é necessária como um denominador para calcular as taxas, permitindo, a partir daí, comparações das freqüências relativas entre diferentes estabelecimentos de saúde ou entre diferentes unidades de atenção primária.

Desenvolvimento de métodos para facilitar o uso dos dados da comunidade na unidade de atenção primária

Muitas das secretarias de saúde locais e estaduais, se não todas, coletam dados que podem estar relacionados às características das populações geograficamente definidas. Estes dados são importantes na identificação dos problemas de saúde que devem ser tratados na unidade de atenção primária. Muitas das comunidades, se não a maioria delas, contêm uma ou mais subpopulações que apresentam alto risco de problemas de saúde e suas seqüelas. Estas populações incluem idosos (particularmente os que vivem sozinhos), mulheres com gestação de alto risco e seus bebês, populações minoritárias, populações socioeconomicamente desfavorecidas, trabalhadores migrantes, indivíduos com incapacidades, defetividades ou lesões, e indivíduos sob risco particular para doenças específicas como a síndrome da imunodeficiência adquirida, hipertensão, riscos ocupacionais, exposições ambientais e doenças relacionadas ao estresse. Exemplos de tópicos de estudo incluem o projeto e desenvolvimento de redes de informação coordenadas que possibilitarão que as secretarias de saúde, órgãos de saúde comunitária e profissionais de atenção primária colem, analisem e interpretem

dados sobre as necessidades de saúde. A rede também tornará possível o desenvolvimento de planos para lidar com os problemas de saúde atuais e emergentes.

Desenvolvimento e testagem de formas de examinar a efetividade do treinamento, titulação e atividades educacionais em atenção primária

São necessários métodos para comparar as várias formas em que os programas de residência estão estruturados, as diferenças e similaridades nas abordagens educacionais das várias especialidades de atenção primária e as variações no treinamento de profissionais médicos e não-médicos. São necessários métodos adicionais para buscar indivíduos que sejam treinados em vários tipos de programas para avaliar o impacto de seu treinamento sobre a natureza, extensão e adequação da unidade de atenção primária. Esta avaliação seria útil no auxílio aos programas de treinamento para melhorar sua orientação e intensidade, bem como para guiar suas atividades de educação continuada.

Como os médicos lidam com informações científicas, particularmente quando elas contradizem sua forma atual de prática? Que características determinam se os médicos podem alterar suas práticas com base em sua própria leitura das evidências ou se necessitam de mais mecanismos formais de grupo que sejam baseados em processos de grupo ou no aconselhamento de mentores ou colaboradores respeitados?

PESQUISA RELACIONADA À POLÍTICA DE SAÚDE

A pesquisa relacionada à política de saúde trata de questões pertinentes às decisões a respeito dos serviços quer diretamente, pelo fornecimento de respostas a questões importantes, quer indiretamente, pelo fornecimento de informações que ajudam a entender um problema de forma que as soluções alternativas possam ser colocadas. Na atenção primária, existem três tipos de pesquisas relacionadas à política: pesquisa clínica, pesquisa de serviços de saúde e pesquisa

relacionada ao treinamento em atenção primária. A pesquisa clínica relevante em política de saúde (algumas vezes conhecida como *epidemiologia clínica*) refere-se a processos de atenção direcionados para o reconhecimento de sintomas, sinais e síndromes na unidade de atenção primária, os processos de diagnóstico associados a eles, e o tratamento e a reavaliação das estratégias que vêm após o diagnóstico. A pesquisa dos serviços de saúde refere-se a uma variedade de relações entre os vários componentes da estrutura, do processo e dos resultados da atenção, como foram descritas no Capítulo 2. A pesquisa relacionada à formação em atenção primária refere-se às características e ao impacto do processo para formar os profissionais de atenção primária e manter sua competência na clínica.

Pesquisa em atenção primária clínica

Dentro desta área encontram-se vários aspectos que precisam de mais investigações:

- Descrições da prática de atenção primária em várias configurações organizacionais, ambientes e comunidades, incluindo a incidência de problemas encontrados, padrões de doenças observadas, serviços oferecidos e recursos empregados. Estas informações fornecerão a base para o entendimento dos motivos para as variações nos padrões de prática entre unidades diferentes. Quanto da variação resulta de diferenças nos pacientes e suas doenças, e quanto resulta de diferenças em formas específicas de organização, financiamento e prática? Quanto da variação no uso de exames, procedimentos e encaminhamentos pode ser explicado pelo desconforto dos profissionais com as incertezas, quanto em relação às diferenças nos desejos e necessidades dos pacientes, e quanto em relação às condições da própria unidade?
- Avaliações da efetividade dos medicamentos, dispositivos e procedimentos comuns na unidade de atenção primária. Quais são os benefícios e riscos da tecnologia ou intervenções empregadas na unidade em comparação com

o resultado do exame sob condições de pesquisa controladas? Qual é o impacto sobre a efetividade de várias características dos pacientes, profissionais e ambientes?

- Projeto e testagem de protocolos para exames, diagnóstico e tratamento. Os protocolos buscam fornecer uma revisão mais sistemática da qualidade e dos custos da atenção, para permitir a identificação e avaliação de serviços e profissionais alternativos, e para identificar problemas nos sintomas apresentados, incidência de enfermidade ou efetividade do manejo. Estudos limitados do uso de protocolos para problemas comuns na clínica pediátrica sugerem que eles podem ser de algum benefício; o uso destes protocolos possibilita que profissionais não-médicos assumam alguma carga da atenção em unidades ambulatoriais muito utilizadas?
- Exame da frequência relativa de efeitos adversos sobre os pacientes de processos judiciais sobre responsabilidade médica e sobre a documentação do desempenho do médico que ocorrem por causa de intervenções inadequadas, desnecessárias ou da unidade (erros por cometimento), e não por causa da falha na intervenção (erros de omissão). A percepção difundida dos médicos de que fazer demais é preferível a fazer de menos é confirmada pelas experiências com os resultados do paciente?
- Avaliação de atividades de prevenção, educação do paciente e de autocuidado. Embora a prevenção de enfermidades e a promoção da saúde envolvam atividades que se estendem além do sistema de serviços de saúde, os aspectos que requerem mudanças nos comportamentos de saúde de indivíduos estão, em grande parte, dentro da área da atenção primária. A efetividade de várias abordagens, especialmente aquelas baseadas em grupo, e não nos esforços individuais precisa ser testada. A avaliação do papel dos grupos de apoio no manejo de problemas comuns, como asma na infância ou dor lombar em adultos, contribuiria de forma importante para entender a utilidade potencial dos procedimentos de

grupo ao invés da utilidade das estratégias individuais para manejo da doença e para preveni-la. Embora existam evidências substanciais da pouca consideração das atividades preventivas e de promoção da saúde na atenção primária e evidências de que estas atividades podem ser melhoradas por várias intervenções práticas (Yanos *et al.*, 1995), pouco se sabe a respeito da aplicabilidade e utilidade das diversas intervenções para uma variedade de tipos de atenção preventiva e as populações para as quais são oferecidas.

- Análise do processo de tomada de decisão médica, incluindo tanto as descrições cuidadosas de como as escolhas terapêutica e diagnóstica são feitas como o desenvolvimento e testagem de métodos para melhorar o processo. Como os profissionais de atenção primária com tipos e níveis diferentes de treinamento identificam os indicadores de doença e planejam o manejo e as estratégias de acompanhamento? Quais estratégias prescritas para a tomada de decisão são melhores para aprimorar a efetividade e a efetividade destes processos, e quais são suas limitações e riscos? Estudos deste tipo incluem análises do papel dos modelos matemáticos nos diagnósticos médicos e do uso da teoria de utilidade na estimativa e comparação das preferências dos pacientes pelos tratamentos e resultados alternativos.
- Exames das inter-relações entre os aspectos físico e psicossocial das enfermidades, particularmente como são vistas na atenção primária. A atenção primária é direcionada ao tratamento das pessoas, e não das doenças; freqüentemente os profissionais devem escolher entre uma ampla variedade de queixas e problemas e indicar os rótulos de diagnóstico corretos e as estratégias terapêuticas. A interação dos distúrbios físicos e psicossociais em pacientes pode resultar em sérias distorções nos sinais, sintomas e respostas ao tratamento, e existe, portanto, uma grande necessidade de informações a respeito de como estas inter-relações podem ser mais facilmente reconhecidas e

efetivamente manejadas. Estudos deste tipo incluem o exame das relações entre o estresse e as queixas comuns; análises das formas como tranqüilizantes são usados em consultórios; e as comparações de abordagens não-farmacológicas e farmacológicas para amenizar os problemas de saúde. A variação na forma pela qual os profissionais registram os sintomas e queixas pode ter um papel importante na determinação do processo decorrente do diagnóstico e do manejo. Qual a proporção de pacientes que apresenta múltiplas “queixas importantes”? Onde existem queixas múltiplas, não fica claro que as primeiras na lista são as de maior destaque, e ainda pouco se sabe a respeito de como os profissionais as descrevem e priorizam. Quais sistemas podem ser desenvolvidos que poderiam ser usados na caracterização de “complexos de sintomas” quando queixas múltiplas são encontradas e o que pode ser aprendido a respeito de seu valor prognóstico, tanto para o uso de recursos quanto para os resultados da atenção?

Existe um papel na atenção primária para os profissionais da área que se subespecializam em tipos específicos de problemas clínicos? Em que medida, se houver, esta especialização melhora a qualidade da atenção sem aumentar seus custos? Se a subespecialização é útil, que tamanho de unidade é necessária para justificá-la? No caso específico da saúde da mulher, a subespecialização pode fornecer melhores considerações para as necessidades de saúde das mulheres e melhorar a resposta da atenção primária para elas?

- Exames das diferenças entre usuários e não-usuários dos serviços de saúde por meio da comparação de indivíduos, famílias, comunidades ou unidades. Fatores como variações da condição econômica, educação, valores culturais, estilo de vida, sistemas de apoio familiar e comunitário e atividades de busca ativa da unidade podem indicar as diferentes percepções dos profissionais, pacientes e do público em relação à atenção primária necessária, apropriada e adequada.

Estudos deste tipo incluem exame da adequação e aceitação do atendimento prestado em áreas com poucos serviços médicos e a investigação das barreiras para busca da atenção em vários subgrupos da população.

- Descrições da história natural das doenças comumente encontradas e manejadas nas unidades de atenção primária. São necessárias informações mais completas, por exemplo, a respeito do curso de distúrbios como otite média, artrite, asma, depressão e dor lombar – distúrbios que são caracterizados por ciclos de remissão e exacerbação. Particularmente importante é a extensão dos danos funcionais ao longo do tempo, os efeitos dos distúrbios físicos e mentais coexistentes e a efetividade dos esforços para prevenir a recorrência ou exacerbação.
- A boa atenção primária pode reduzir a probabilidade da comorbidade em determinados indivíduos ou em subgrupos específicos da população? Por exemplo, as populações socioeconomicamente desfavorecidas não apenas apresentam maior probabilidade de se tornarem doentes, como também apresentam maior probabilidade de se tornarem doentes com uma variedade de tipos diferentes de doenças (Starfield *et al.*, 1991). Este é um resultado de maior vulnerabilidade à doença ou um resultado da atenção primária menos adequada? O acesso à atenção primária que atinge longitudinalidade, integralidade e coordenação pode reduzir esta tendência à comorbidade nestes indivíduos e populações?

Pesquisa de serviços de saúde relacionados à atenção primária

A segunda área de pesquisa relacionada à política refere-se a várias questões relacionadas ao alcance de funções importantes da atenção primária e suas inter-relações, à organização e financiamento da atenção primária, e aos desafios crescentes da tecnologia disponível no consultório e em casa:

- Estudos relacionados à longitudinalidade da atenção. A pesquisa relativamente recente fornece a base para o postulado de que uma relação entre os pacientes e um profissional específico é mais salutar do que a relação com apenas um local específico. Entretanto, pouco se sabe a respeito das condições nas quais, ou as populações para as quais, um local específico pode ser tão vantajoso quanto um profissional em particular. Se a coordenação da atenção entre os diferentes profissionais em uma unidade for de alto nível, poder ter um “local específico” em vez de um “médico específico” seria tão vantajoso no alcance dos benefícios da longitudinalidade? Em que medida os benefícios da identificação com um profissional específico podem ser alcançados por meio de outros métodos que não a continuidade do profissional, e quais são as condições sob as quais estas alternativas são úteis? Quais são as situações específicas em que a manutenção de uma relação de longa duração entre o paciente e o profissional pode ser danosa à atenção? Quais os problemas que surgem quando os pacientes preferem um grau de autonomia e uma relação menos pessoal com um profissional do que aquela que comumente se desenvolve em uma unidade de atenção primária e que pode comprometer a efetividade da atenção devido à redução da participação do paciente? Em que medida a “livre escolha” de um profissional de atenção primária leva ao alcance de benefícios de longitudinalidade, particularmente quando a longitudinalidade é avaliada pela verificação da força da relação interpessoal entre profissionais e pacientes?
- Estudos relacionados à atenção ao primeiro contato. Como os benefícios do papel de porta de entrada podem ser mantidos apesar dos incentivos que podem reduzir o acesso a serviços especializados necessários? Porque alguns pacientes preferem desviar dos médicos de atenção primária e ir diretamente a especialistas? Existem variações culturais na aceitação do papel da atenção primária? Estas diferenças

resultam em padrões e resultados diferentes da atenção? Quais podem ser as desvantagens de desencorajar a prática do auto-encaminhamento a especialistas?

- Estudos relacionados à integralidade. Quais problemas são melhor manejados exclusivamente dentro da atenção primária? Inversamente, quais os problemas que devem ser rotineiramente encaminhados a consultores secundários para aconselhamento ou especialistas em atenção terciária para manejo de longa duração? Qual o papel que o empoderamento aumentado exerce no maior reconhecimento dos problemas por parte dos profissionais? O que pode ser feito para maximizar o envolvimento dos profissionais de atenção primária na busca ativa da comunidade, atenção de longa duração e atividades preventivas?
- Estudos relacionados à coordenação. Quais mecanismos facilitam de forma otimizada a comunicação de informações a respeito dos pacientes entre profissionais e entre níveis de atenção?
- Estudos referentes às relações entre os aspectos essenciais da atenção primária. Muito poucos estudos de pesquisa avaliaram simultaneamente o alcance de múltiplas metas da atenção primária; aqueles que foram realizados sugerem que o alcance de uma delas pode custar o alcance de outras (Yanos *et al.*, 1995). Num nível ecológico, ou seja, utilizando os dados agregados a respeito de cada característica, as comparações internacionais mostram que o maior alcance do primeiro contato não está associado ao maior alcance da integralidade (Boerma *et al.*, 1997), mas não se sabe se este é o caso no nível dos consultórios individuais. Em que medida a manutenção de uma relação profissional-paciente de longa duração facilita a atenção ao primeiro contato, a integralidade e a coordenação? Uma maior integralidade da atenção gera uma maior coordenação? Os médicos ou organizações que têm um bom desempenho em uma característica apresentam probabilidade de ter um bom

desempenho em outras, ou elas não estão relacionadas? Quais fatores são responsáveis pelo bom desempenho destas características? Elas são basicamente educacionais ou são mais uma função do ambiente no qual o profissional trabalha? Quais as melhores formas de melhorar simultaneamente o desempenho do primeiro contato, da longitudinalidade, da integralidade e da coordenação?

Estudos relacionados às unidades de referência

Em que medida as variações observadas nas taxas de encaminhamento estão relacionadas às diferentes necessidades dos pacientes, e não às diferenças aleatórias ou sistemáticas nos padrões de clínica do médico? Existem evidências de que existem diferenças nas taxas de encaminhamento para aconselhamento ou intervenções de curta duração e para o manejo continuado da enfermidade de longo prazo, e estas diferenças nas unidades de referência influenciam o estado de saúde dos pacientes? A variabilidade nas taxas de encaminhamento pode estar associada a diferenças (1) no *case-mix*, (2) nas características do paciente, como sexo e idade, (3) nas características do médico, como treinamento ou tempo de clínica, (4) na disponibilidade de recursos dentro de um estabelecimento clínico, bem como os externos, (5) na acessibilidade de práticas especializadas para os pacientes, e (6) nas diferenças nos padrões de prática possivelmente relacionadas às variáveis psicológicas associadas à tolerância da incerteza ou às normas gerais na comunidade. Estas características requerem consideração quando alguém explorar as variações nas taxas de encaminhamento, no entendimento de seu fundamento e no planejamento de formas para mudá-las para alcançar os melhores resultados expressos em termos da saúde dos pacientes.

Estudos relacionados à modificação do padrão de referência

Estudos na Grã-Bretanha mostram que os especialistas tratam os pacientes em casos em que eles poderiam ser tratados por seu médico generalista e que estes profissionais expressam insatisfação

quando os pacientes são contra-referenciados para outros especialistas sem seu consentimento (Wilkin e Dornan, 1990). Em que medida a revisão de seus prontuários médicos pelos consultores pode lembrá-los do envolvimento do médico de atenção primária? Que outros mecanismos para o envolvimento dos consultores podem reduzir a frequência do encaminhamento? Por exemplo, a necessidade de encaminhamento pode ser reduzida por conversas telefônicas entre o consultor e o médico de atenção primária (Hartog, 1988) ou por meio de sessões de consultoria com especialista dentro de um estabelecimento de atenção primária (Tyrer, 1984)? Como as diferenças de opinião entre os médicos de atenção primária e os especialistas são resolvidas? Em que medida os pacientes estão envolvidos na tomada de decisão nestes casos? Todas estas questões são assuntos adequados para pesquisa.

Estudos referentes ao papel dos médicos de atenção primária e dos especialistas

Em muitos países, as tarefas dos médicos de atenção primária, secundária e terciária estão claramente delineadas. Os médicos de atenção primária trabalham muito fora do hospital, os especialistas consultores trabalham em hospitais comunitários e os médicos terciários trabalham basicamente em centros médicos e de ensino regionalizados. Em alguns países, os médicos de atenção secundária podem trabalhar tanto fora como dentro de hospitais. Em que medida a restrição do local de prática de médicos de atenção primária e da atenção não-primária influencia a qualidade, efetividade e custo da atenção?

Estudos relacionados ao trabalho em equipe na atenção primária

Muitas contribuições úteis para a atenção primária são feitas por pessoal não-médico, embora não existam padrões para os diferentes papéis e relações. Conforme foi observado no Capítulo 5, as tarefas delegadas podem substituir aquelas comumente desempenhadas pelos médicos, suplementar o que o médico faz ou complementar as atividades convencionais dos médicos. O treinamento de pessoal não-

médico para a atenção primária seria grandemente facilitado pela informação a respeito de qual função é mais adequadamente assumida por quem. O quão difundido é o uso de pessoal não-médico na prestação de aspectos clínicos da atenção e o quão variáveis são suas tarefas na atenção primária? Os profissionais de enfermagem são mais efetivos do que os médicos em assegurar a prestação dos serviços preventivos necessários, e, em caso afirmativo, existem barreiras para seu emprego para estes propósitos? Com que frequência são realizadas visitas domiciliares, para que propósito e por quem? Sob quais condições os pacientes se relacionam com um profissional não-médico como sua “fonte habitual de atenção” ou como o indivíduo que coordena os diversos aspectos da atenção, e quão bem os principais atributos da atenção primária são alcançados em comparação à atenção por parte dos médicos?

Estudos relacionados à organização e ao financiamento dos serviços de atenção primária

Quais arranjos de financiamento e organizacionais mais facilitam o reconhecimento do problema, a adequação do diagnóstico e dos procedimentos terapêuticos, e a reavaliação depois da instituição da terapia? Em que medida e sob quais condições o manejo por telefone pode substituir as consultas pessoais? Quais formas de organização e financiamento facilitam o desenvolvimento de sistemas de informação para melhorar o conhecimento das necessidades de saúde da comunidade, o reconhecimento dos problemas dos pacientes e a receptividade às intervenções? Como podemos maximizar os incentivos para desenvolver estes sistemas?

Estudos relacionados ao uso da tecnologia na atenção primária

Conforme a tecnologia se expande, mais procedimentos serão realizados no nível da atenção primária, e alguns até serão adequados para uso pelos próprios pacientes. A expansão da tecnologia além dos limites dos hospitais e grandes centros médicos levanta um conjunto de questões para pesquisa. Como a disponibilidade de tecnologia altera

a natureza da atenção primária? A disponibilidade de fazer exames em casa aumenta ou diminui o uso dos serviços de saúde, e isso influencia os pacientes a se desviarem dos médicos de atenção primária e a buscarem diretamente o atendimento de especialistas? As novas tecnologias de exames dirigidos para detectar estágios iniciais da enfermidade desviam a atenção das necessidades para sua prevenção? A disponibilidade difundida dos exames a domicílio impõe uma carga maior de coordenação dos serviços sobre os médicos de atenção primária? Quais sistemas de informação seriam necessários para facilitar o uso eficiente dos dados destas tecnologias baseadas nos domicílios e nos consultórios? O uso cada vez maior de tecnologia irá facilitar ou impedir a expansão dos serviços de atenção primária organizados e integrados?

Em que medida os esforços combinados para lidar com problemas num contexto familiar facilitam o processo de atenção e seu resultado?

Os profissionais que utilizam a família como parte integrante do manejo alcançam a resolução mais rápida e mais completa dos problemas do que os médicos de atenção primária que lidam com o contexto familiar apenas como um adjunto ao manejo?

Pesquisa sobre treinamento em atenção primária

O terceiro tipo de pesquisa relacionada à política de saúde possui três áreas que necessitam de investigação especial:

Como o conhecimento a respeito da distribuição da enfermidade pode ser incluído no currículo médico?

Por meio de qual mecanismo os médicos de atenção primária podem aprender os princípios da atenção primária e como seu conteúdo pode ser mais adequado?

Quais técnicas devem ser usadas para ensinar médicos em treinamento a respeito das limitações de seu conhecimento, bem como a oportunidade da consultoria e do encaminhamento apropriados? Como muito da atenção primária requer lidar com a incerteza, deve ser ensinado aos médicos em treinamento como reconhecer quando a

“espera atenta” alcançou seus limites e a ação subsequente é necessária. Também deve ser ensinado ao treinando em atenção primária técnicas para minimizar a ansiedade que acompanha a incerteza. Como os médicos envolvem os pacientes ao lidar com a incerteza? Quais informações eles fornecem aos pacientes a respeito da probabilidade das várias possibilidades referentes a seus problemas indiferenciados e os prognósticos a eles associados? Como estes mecanismos diferem pela formação cultural do paciente? Quais são os melhores mecanismos para ensinar as técnicas adequadas no ambiente educacional?

Como as abordagens para avaliação da qualidade e sua melhora podem ser incorporadas ao treinamento dos médicos? Os treinandos em atenção primária devem aprender como manter-se atualizados quanto aos avanços científicos em assuntos relacionados à atenção primária e como utilizar computadores para procurar literatura sobre o conhecimento atualizado quando for necessário na atenção aos pacientes. Este treinamento é melhor realizado em conjunto com as atividades clínicas ou como parte de um treinamento científico básico?

MECANISMOS PARA FACILITAR A REALIZAÇÃO DE PESQUISAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Uma proporção muito pequena de pesquisas publicadas refere-se aos tópicos de importância na atenção primária. Com exceção de alguns periódicos dedicados totalmente a tópicos de medicina de família e medicina interna geral e pediatria, menos de 10% e, na maioria dos casos, abaixo de 5% dos textos publicados em periódicos revisados têm qualquer relevância para os problemas encontrados na prática da atenção primária (Starfield, 1990). Até mesmo os periódicos que enfocam a atenção primária apresentam uma preponderância muito maior de tópicos clínicos do que de pesquisa básica ou pesquisa em serviços de saúde relevantes para a atenção primária. Além disso, menos de um quarto de todos os artigos nestes periódicos relatam estudos que ocorreram em ambientes de atenção ambulatorial (Starfield, 1996).

A maioria das abordagens diretas para estimular a realização de pesquisa em atenção primária envolve a provisão de financiamento público ou privado. O governo norte-americano fornece algum financiamento estabelecido para tal pesquisa, principalmente pela *Agency for Health Care Policy and Research* [Órgão de Política e Pesquisa em Atenção Primária]. Entretanto, os valores deste financiamento são apenas uma pequena fração (muito menos de 1%) do financiamento para a pesquisa relacionada à oferta de serviços de saúde. No Reino Unido, onde o enfoque sobre a atenção primária é político tanto para os principais partidos políticos quanto para o governo, uma porcentagem substancial (14%) do dinheiro do governo gasto em pesquisa e desenvolvimento será reservada para a pesquisa em atenção primária (Groves, 1997).

Os mecanismos adicionais para estimular a pesquisa em atenção primária incluem o apoio para o fortalecimento das unidades acadêmicas em atenção primária, especialmente em faculdades de medicina e universidades de prestígio, e o fornecimento de visibilidade para os resultados da pesquisa de atenção primária na mídia pública e profissional. Um importante periódico de atenção primária, ou talvez mais de um, poderia assumir o compromisso de uma revisão anual dos estudos de pesquisa de atenção primária recentes e seus achados. A revisão de Yanos *et al.*, publicada em 1995, referente à pesquisa publicada de 1980 a 1994, fornece um exemplo interessante do potencial para esta proposta.

NÍVEIS DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Para explorar o enorme potencial de pesquisa, é útil dividir as possibilidades em três níveis:

- Pesquisa realizada no nível do profissional individual ou grupo de consultórios.
- Pesquisa realizada por meio da colaboração entre profissionais em muitas unidades (ou centros de saúde) em uma área ou país (ou até mesmo entre países).

- Pesquisa realizada para fins de desenvolver políticas a respeito da organização e da prestação de serviços numa jurisdição política, que pode ser um município, província ou estado, ou nação.

Todos os três níveis de pesquisa são importantes no desenvolvimento e apoio de uma agenda de pesquisa, complementando-se.

Pesquisa no nível do profissional ou consultório individual

O objetivo deste tipo de pesquisa é estimular um espírito de questionamento entre os profissionais. Muitos dos médicos, se não a maioria deles, entram no treinamento médico com um espírito de curiosidade intelectual que geralmente se perde como resultado da natureza didática de seu treinamento. Tendo tempo e estímulo, este espírito geralmente pode ser recuperado. Como o conhecimento em medicina é sempre incompleto e algumas vezes baseado em informações inadequadas, suposições a respeito de práticas “certas” e “erradas” devem ser continuamente sujeitas a validação. Os médicos devem ser incentivados a questionar-se a respeito de sua própria prática. Para a maioria, os médicos estarão interessados em assuntos clínicos, como seus próprios diagnósticos e procedimentos terapêuticos comparados com os de seus colegas na mesma unidade, como os problemas de seus próprios pacientes se comparam com os problemas observados por seus colegas e a respeito da efetividade das escolhas de tratamentos alternativos na melhora de problemas apresentados por seus pacientes. Para realizar este tipo de estudo, só é necessário ter sistemas de informação que possam identificar um conjunto de informações centrais a respeito de cada paciente, as consultas que fez e o que aconteceu em cada consulta (problema apresentado, diagnóstico, tratamento e liberação). O investimento no treinamento de médicos para o uso de dados informatizados e na provisão de fácil acesso aos dados computadorizados facilitará grandemente seu interesse e a realização da pesquisa deste tipo. Keith Hodgkin (1963) e John Fry (1966) descreveram as condições que encontraram em suas unidades há mais de 30 anos. Fry, um médico generalista na Grã-

Bretanha por 45 anos (Fry 1993), referiu-se ao potencial para a pesquisa de longo prazo na unidade como excitante e desafiadora e como indispensável no fornecimento de informações para melhorar o entendimento e o manejo dos problemas de atenção primária. Como exemplos de suas contribuições, citou as seguintes “descobertas”:

1. A síndrome da infecção do trato respiratório superior recorrente na primeira infância é geralmente superada aos 7-8 anos.
2. Distúrbios como asma, enxaqueca, febre do feno e úlcera duodenal não persistem para sempre.
3. Embora a pressão arterial elevada e a doença cardíaca isquêmica sejam problemas relacionados ao envelhecimento, nem todos requerem tratamento intensivo de longa duração.
4. O curso e o resultado de condições psiquiátricas comuns é aquele dos “três terços”: um terço sofre de um único episódio, um terço tem episódios recorrentes e um terço são crônicos e não respondem à “cura”.

Além disso, Fry dividiu os tópicos mais receptivos à pesquisa de unidades isoladas dentro de categorias de estudo conforme a maneira que a unidade é dirigida, incluindo tópicos como volume, tipos e problemas de pacientes, encaminhamentos, visitas domiciliares, uso de unidades de diagnóstico e informações de prescrição; estudos de longa duração de pacientes com enfermidades específicas; estudos do curso e prognóstico de distúrbios comuns; e estudos do impacto de fatores sociais, pessoais e familiares. Hodgkin e Fry realizaram sua pesquisa baseada na unidade sem o benefício dos computadores. Imagine o que poderia ser feito hoje com o benefício dos sistemas automatizados de informações.

Entretanto, deve-se ter atenção ao generalizar os resultados de estudos realizados em uma ou apenas algumas poucas unidades utilizando uma população que pode não ser representativa do público geral. A habilidade para generalizar os achados fica comprometida quando a população em estudo não é representativa da população ou, pelo menos, de um subgrupo identificável da população. A generalização é um desafio em qualquer tipo de pesquisa, mas é

particularmente problemática na atenção primária porque as características do ambiente específico são tão influentes que se tornam um conjunto de fatores que eles mesmos devem ser considerados. Portanto, uma abordagem alternativa promissora para a pesquisa em atenção primária envolve a pesquisa colaborativa, multicêntrica na clínica baseada em consultório.

Pesquisa colaborativa, multicêntrica

Os esforços colaborativos oferecem um potencial muito maior para realizar a pesquisa dos serviços de saúde e a pesquisa clínica porque os diferentes estabelecimentos clínicos quase certamente terão tipos diferentes de características estruturais (por exemplo, pessoal, organização, financiamento) e processuais. Bons protótipos destes esforços colaborativos (Niebauer e Nutting, 1994) incluem o *Ambulatory Sentinel Practice Network* [Rede de Prática Ambulatorial Sentinela] (ASPN) nos Estados Unidos e Canadá, *Pediatric Research on Office Settings* [Pesquisa Pediátrica em Consultórios] (PROS) nos Estados Unidos, (Wasserman, 1998) e o *European General Practice Research Network* [Rede Européia de Pesquisa em Clínica Geral.]

A ASPN, iniciada no final dos anos 70 pelo *North American Primary Care Research Group* [Grupo de Pesquisa Norte-Americano de Atenção Primária], consiste principalmente de médicos de família (Culpepper e Fromm, 1988). Em meados dos anos 80, a *American Academy of Pediatrics* [Academia Americana de Pediatria] organizou uma rede similar, PROS. Ambas as redes envolvem unidades do país na realização de pesquisas sobre tópicos derivados da experiência na unidade e aborda tópicos importantes para os profissionais de atenção primária. Em ambas as redes os médicos vinculados à universidade são valiosos no manejo da pesquisa e no fornecimento das habilidades de pesquisa necessárias para realizar a pesquisa científica. Seus comitês de orientação também incluem profissionais ativos que participam da escolha dos tópicos para estudo.

Algumas redes regionais complementam estas redes nacionais. O *Cooperative Information Project* [Rede Cooperativa de Informações] (COOP) é uma rede de profissionais na Nova Inglaterra que realizou

uma pesquisa colaborativa em conjunto com a *Dartmouth Medical School* por mais de uma década. Outra rede regional é o Pediatric Practice Research Group [Grupo de Pesquisa em Clínica Pediátrica] (PPRG) em Chicago, um esforço conjunto do Children's Memorial Hospital e seu *Institute for Education and Research, Northwestern University*, junto com médicos de consultório. Esta rede assumiu e publicou os resultados de estudos sobre o crescimento infantil, a exposição das crianças a ambientes prejudiciais, o manejo em consultório da ingestão de corpos estranhos, exame de colesterol e a aceitação de novas fórmulas para aleitamento artificial (Christoffel *et al.*, 1988).

PROS e seu precursor baseado em consultorias na Califórnia realizaram estudos de unidades de exames de visão, anemia ferropriva e febre em bebês. Os estudos da ASPN forneceram novas informações a respeito de várias características de diversos problemas importantes na atenção primária, incluindo dor no peito, doença inflamatória pélvica, aborto espontâneo e dor de cabeça (Rosser *et al.*, 1990; Freeman *et al.*, 1988; Green *et al.*, 1988; Becker *et al.*, 1988). Os projetos do COOP abordam a medição do estado funcional nos consultórios médicos (Nelson *et al.*, 1990), um estudo prospectivo sobre fadiga (Kirk *et al.*, 1990), controle de câncer na unidade de atenção primária (Dietrich *et al.*, 1990), uso de antibióticos na atenção primária e muitos outros tópicos (Dartmouth COOP Project Bibliography, 1991).

As redes colaborativas européias baseadas na unidade notáveis são a EUROSENTINEL (Leurquin *et al.*, 1995) e a *European General Practice Research Network* [Rede Européia de Pesquisa Geral] (Jones, 1991). Estas iniciativas são encorajadas e apoiadas pela União Européia na forma de subvenções (COMAC-HSR e BIOMED).

Por anos, muitas colaborações locais entre acadêmicos e profissionais de consultório contribuíram com informações importantes para a atenção primária. A maioria destes esforços colaborativos foi subproduto dos interesses de pesquisadores específicos baseados em centros médicos e, portanto, enfocaram os tópicos que foram gerados dentro dos centros; poucos esforços sobreviveram depois que o pesquisador específico se mudou ou encontrou outros interesses. Apesar disso, o potencial para ligações

mais amplas e mais estáveis entre o médico de atenção primária acadêmico e o profissional de consultório, com papéis aprimorados para os profissionais na geração de importantes tópicos de pesquisa, fica evidente a partir das redes nacionais e regionais existentes.

Pesquisa sistemática para definir as políticas para atenção primária

Este tipo de pesquisa é direcionado especificamente para a resposta às questões para definir a tomada de decisão a respeito da organização e da prestação de serviços, bem como a adequação da preparação e do emprego de pessoal de serviços de saúde. Como estas políticas geralmente são elaboradas em nível nacional ou regional, a pesquisa que as define deve produzir informações que sejam generalizáveis e aplicáveis a toda a jurisdição. Assim, ela não pode ser realizada em apenas um centro de saúde ou nem mesmo em um grupo de centros de saúde a menos que reconhecidamente seja uma amostra representativa. Dependendo da natureza da pergunta específica que foi feita, a pesquisa requer um sistema de informação que contenha dados coletados de uma maneira uniforme nas unidades clínicas ou de levantamentos sistemáticos de amostras da comunidade ou das unidades de serviços de saúde. Por exemplo, a avaliação da adequação da atenção primária recebida por uma população requer informações coletadas de forma padronizada da população ou de uma amostra representativa dela; a caracterização da adequação da atenção primária prestada pelas unidades ou centros de saúde requer informações coletadas de forma padronizada do universo das unidades ou de sua amostra representativa. As bases de dados clínicos não são incomuns nas unidades de atenção à saúde em muitos países, mas nenhum país jamais alcançou a capacidade de agregar dados de todas as unidades porque as bases de dados de unidades diferentes não são uniformes. Nos Estados Unidos, esforços estão em andamento para especificar um núcleo mínimo de dados centrais tanto para indivíduos como para suas consultas no sistema de serviços de saúde, e para fazê-lo de forma que seja possível transmitir dados comparáveis para o planejamento e avaliação (National Center for Health Statistics, 1996).

DESAFIOS DA PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

A pesquisa confiável sobre atenção primária, seja a pesquisa básica, clínica, de serviços de saúde ou avaliação dos programas educacionais, qualquer que seja o nível de pesquisa, requer que os pesquisadores sejam treinados nas técnicas de pesquisa. Sua perícia deve ser específica para a tarefa; deve incluir disciplinas como epidemiologia, técnicas de ciências sociais, economia e análise de decisão. Além disso, o treinamento para pesquisa deve incluir técnicas para coleta de dados não-quantitativos utilizando as habilidades do antropólogo e disciplinas relacionadas. Muito será ganho a partir das análises que se tornam cada vez mais refinadas e estão em bom uso em conjunto com as técnicas quantitativas mais tradicionais e aplicativos bioestatísticos (Norton *et al.*, 1990). Por exemplo, análises qualitativas revelaram motivos para o encaminhamento que podem não ser percebidos pelas classificações quantitativas tradicionais. O comportamento de encaminhar pode parecer irracional e, portanto, difícil de categorizar (Wilkin e Dornan, 1990). O treinamento em técnicas formais para análise qualitativa está disponível para o ensino, bem como para uso em pesquisas em andamento (Patton, 1980; Miles e Huberman, 1984).

É aceito na prática das subespecialidades clínicas que os treinandos realizem estudos de pós-doutorado sob orientação de pesquisadores titulares. Bolsas de estudo para o treinamento em pós-doutorado na pesquisa de serviços de saúde, incluindo aquela relacionada especificamente à atenção primária, estão disponíveis na *Agency for Health Care Policy and Research* no *U.S. Department of Health and Human Services* [Ministério da Saúde e Assistência Social nos Estados Unidos]. O *National Research Services Awards* [Prêmio Nacional para Serviços em Pesquisa] para pesquisa sobre questões da atenção primária também está disponível em outros órgãos do mesmo ministério.

O desafio da pesquisa de atenção primária é excitante. Pode ser que suas recompensas sejam maiores do que aquelas de outras pesquisas. A atenção primária tem o valor heurístico de contribuir para o conhecimento comum a toda pesquisa, mas tem a recompensa adicional de contribuir para a pesquisa avançada do desenvolvimento

nos serviços de saúde. A pesquisa biomédica é responsável pelos enormes avanços que levaram ao entendimento dos mecanismos das enfermidades e pelo desenvolvimento de tecnologias para manejá-las e para prolongar a vida. Hoje o avanço está na organização e prestação de serviços para tornar estes avanços disponíveis quando necessários, no desenvolvimento de formas para determinar onde estas necessidades são maiores, e no enfoque de mais consideração sobre a documentação do impacto da tecnologia e de outros serviços sobre os aspectos de outros estados de saúde que não apenas os processos da enfermidade. A pesquisa em atenção primária e a tradução dos achados da pesquisa em política e prática clínica são ingredientes essenciais para alcançar as duas principais metas de qualquer sistema de serviços de saúde: otimizar a saúde da população por meio do emprego do conhecimento mais avançado sobre causa de enfermidade, o manejo de doença, além de maximização da saúde e minimização das disparidades sistemáticas nos estados de saúde associados ao acesso diferenciado aos benefícios deste conhecimento.

REFERÊNCIAS

- BECKER, L. et al. Patients with new headache in primary care: A report from ASPN. *J Fam Prac*, v. 27, n. 1, p. 41 – 7, 1988.
- BOERMA, W.; VAN DER ZEE, J.; FLEMING, D. Service profiles of general practitioners in Europe. *Br J Gen Pract*, n. 47, p. 481 – 6, 1997.
- CHRISTOFFEL, K. Pediatric Practice Research Group. Practice-based research: Opportunities and obstacles. *Pediatrics*, n. 85, pt. 2, p.: 399 – 406, 1988.
- CULPEPPER, L.; FROOM, J. The international primary care network: Purpose, methods, and policies. *Fam Med*, v. 20, n. 3, p. 197 – 201, 1988.
- DARTMOUTH COOP PROJECT BIBLIOGRAPHY. *COOP Annual Meeting*. Hanover, NH: Department of Community and Family Medicine, Dartmouth Medical School, Feb. 1991.

- DIETRICH, A. et al. Will community physicians participate in rigorous studies of cancer control? The methodology and recruitment of a randomized trial of physician practices. *Prog Clin Biol Res*, n. 339, p. 337 – 81, 1990.
- FREEMAN, W.; GREEN, L.; BECKER, L. Pelvic inflammatory disease in primary care. *Fam Med*, v. 20, n.3, p. 192 – 6, 1988.
- FRY, J. Profiles of Disease: A Study in the Natural History of Common Diseases. London: E & S Livingstone Ltd., 1966.
- _____. Single practice research: Longterm research. *Scand J Prim Health Care*, n. 11, suppl. 2, p. 28 – 30, 1993.
- GOLD, M. Common sense on extending DRG concepts to pay for ambulatory care. *Inquiry*, n. 25, p. 281 – 9, 1988.
- GREEN, L, et al. Spontaneous abortion in primary care. *J Am Board Fam Pract*, n. 1, p. 15 – 23, 1988.
- GROVES, T. Primary care: Opportunities and threats. What the changes mean. *BMJ*; n. 314, p. 436 – 8, 1997.
- HARTOG, M. Medical outpatients. *J R Coll Phys Lond*, n. 22, p. 517, 1988.
- HODGKIN, K. *Towards Earlier Diagnosis: A Family Doctor's Approach*. London: E & S Livingstone, Ltd., 1963.
- IEZZONI, L. (Ed.). *Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes*. 2.ed. Chicago: Health Administration Press, 1997.
- JONES, R. European General Practice Research Workshop. *J Fam Pract*, n. 8, p. 111, 1991.
- KIRK, J. et al. Chief complaint of fatigue: A prospective study. *J Fam Pract*, v. 30, n. 1, p. 33 – 41, 1990.
- LANIER, D.; CLANCY, C. The changing interface of primary and specialty care. *J Fam Pract*, n. 42, p. 303 – 5, 1996.
- LEURQUIN, P. et al. Use of blood tests in general practice: A collaborative study in eight European countries. *Br J Gen Pract*, n. 45, p. 21 – 5, 1995.
- MCDOWELL, I.; NEWELL, C. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press, 1996.
- MILES, M.; HUBERMAN, A. *Qualitative Data Analysis: A Source book of New Methods*. Beverly Hills, CA: Sage, 1984.

- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. *Core Data Elements*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1996.
- NELSON, E. et al. The functional status of patients: How can it be measured in physician's offices? *Med Care*, v. 28, n. 12, p. 1111 – 26, 1990.
- NIEBAUER, L.; NUTTING, P. A. Primary care practice-based research networks active in North America. *J Fam Pract*, v. 38, n. 4, p. 425 – 6, 1994.
- NORTON, P. et al. *Primary Care Research: Traditional and Innovative Approaches*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990.
- PATTON, M. *Qualitative Evaluation Methods*. Beverly Hills, CA: Sage, 1980.
- ROSSER, W. et al. An exploratory report of chest pain in primary care. *J Am Board Fam Pract*, v. 3, n. 3, p. 143 – 50, 1990.
- 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.
- STARFIELD, B. Child health status and outcomes of care: A commentary on measuring the impact of medical care on children. *J Chron Dis*, n. 40, supl., p. 109s – 15s, 1987.
- _____. A framework for primary care research. *J Fam Pract*, n. 42, p. 181 – 5, 1996.
- _____. Primary care research, a view from pediatrics [invited lecture]. In: CONFERENCE ON PRIMARY CARE RESEARCH: Agenda for the 1990s, March 18, 1990. Colorado Springs: Agency for Health Care Policy and Research, 1990.
- _____ et al. Costs versus quality in different types of primary care settings. *JAMA*, v. 272, n. 24, p. 1903 – 8, 1994.
- _____ et al. Ambulatory care groupings: A categorization of diagnoses for research and management. *Health Serv Res*, v. 26, n. 1p. 53 – 74, 1991.
- TUCKER, A. et al. Profiling primary care physician resource use: Examining the application of case-mix adjustment. *J Ambulatory Care Manage*, n. 19, p. 60 – 80, 1996.

- TYRER, P. Psychiatric clinics in general practice: An extension of community care. *Br J Psychiatry*, n. 145, p. 9 – 19, 1984.
- WASSERMAN, R. C. Pediatric research in office settings (PROS): I. A national practice-based research network to improve children's health care. *Pediatrics*, 1998. (mimeografado).
- WEINER, J. et al. Risk-adjusted Medicare capitation rates using ambulatory and inpatient diagnoses. *Health Care Financing Rev*, v. 17, n. 3, p. 77 – 99, 1996.
- WILKIN, D.; DORNAN, C. G. *P Referrals To Hospital: A Review of Research and Its Implications for Policy and Practice*. University of Manchester, Center for Primary Care Research, Jul. 1990.
- WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians. *ICPC-2: International Classification of Primary Care*. 2ed. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- YANOS, E. et al. Helping practices reach primary care goals: Lessons from the literature. *Arch Intern Med*, n. 155, p. 1146 – 56, 1995.

18. POLÍTICAS DE SAÚDE PARA ALCANÇAR EFETIVIDADE E EQÜIDADE

A Declaração de Alma-Ata (ver Capítulo 1) reconheceu que a atenção primária “reflete e evolui a partir de condições econômicas e características políticas e socioculturais de um país e suas comunidades” (World Health Organization, 1978). As características de cada sistema de atenção primária, portanto, são únicas. Dois países nunca configurarão seus sistemas de forma idêntica, e o sistema de atenção primária pode até mesmo diferir dentro dos países se as regiões tiverem características históricas, políticas, culturais e econômicas diferentes.

Como os países diferem nestas características, também diferem em suas agendas políticas. Entretanto, existem algumas questões genéricas que devem ser enfrentadas por todos os países, independentemente do tipo de sistema de atenção primária. Em muitos países, especialmente na Europa Ocidental, o princípio de “solidariedade” permeia a política de saúde. Ou seja, existe um reconhecimento de que o bem comum é melhor servido quando o bem-estar de todos os grupos da população é maximizado. Isto está mais recentemente refletido na Carta de Lubliana de 1996 que reafirmou algumas suposições básicas a respeito dos sistemas de saúde. No mesmo ano, a Declaração de Buenos Aires, que abordou a Medicina de Família e a Reforma da Atenção à Saúde, propôs um conjunto de princípios, muitos dos quais são virtualmente idênticos àqueles enunciados na Carta de Lubliana (Ceitlin e Gomez Gascon, 1997) (Tabela 18.1).

Tabela 18.1
Políticas recentes da reforma da atenção à saúde

Carta de Lubliana (início de 1996)
1. Dirigida por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade, ética profissional
2. Direcionada para a proteção e promoção da saúde
3. Centrada nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde
4. Enfocada na qualidade e na relação custo-efetividade
5. Baseada em financiamento sustentável para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo
6. Orientada para a atenção primária
Declaração de Buenos Aires 9/96: Medicina de família e reforma da atenção à saúde
1. Decisões políticas devem ser paralelas à ação executiva
2. A reforma da atenção à saúde deve abranger: Universalidade Equidade Acessibilidade Eficiência Qualidade Solidariedade Participação social Descentralização Colaboração inter-setorial (14 princípios adicionais tratam especificamente da Medicina de família)

Fonte: Ceitlin e Gomez Gascon (1997)

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde tomou a iniciativa de focar a redução das disparidades no estado de saúde e nos serviços de saúde entre grupos sociais caracterizados pelos diferentes níveis de privilégios sociais ou econômicos. A iniciativa trata das disparidades entre os países, bem como dentro deles. Está baseada na evidência da existência e aumento das lacunas em quase todos os países, do impacto adverso dos ajustes estruturais econômicos impostos pelas agências doadoras em países em desenvolvimento levando a cortes nos gastos sociais e à privatização de funções anteriormente públicas, e dos efeitos adversos de longa duração sobre a sociedade de desigualdades sociais e de saúde.

Alcançar o crescimento e o ajuste financeiro sem uma preocupação razoável com a equidade é definitivamente um desestabilizador social.

Robert McNamara (no cargo de presidente do Banco Mundial)

Os sistemas de saúde em quase todas as nações estão passando por reformas. Em muitos lugares, estas reformas são orientadas para o aprimoramento do papel do mercado na organização e financiamento dos serviços de saúde. As conseqüências desta mudança não estão claras. Na maioria dos países da Europa ocidental, elas se sobrepõem aos sistemas com longa história de acesso universal aos serviços e com consideração explícita para melhorar a equidade ou “solidariedade” na oferta de serviços. Nas principais reformas de países orientados para o mercado na Europa ocidental não tem sido permitido que comprometam estes princípios. Na verdade, em 1997, alguns aspectos da reforma foram abandonados em países como o Reino Unido e a Nova Zelândia porque seus efeitos eram incompatíveis com os princípios. Em alguns países, como a Austrália, as tentativas de reforma da atenção à saúde consistiram do fortalecimento da atenção primária (Webster, 1996). Em muitos países em que não há precedentes históricos em relação à igualdade ou equidade do acesso aos serviços de saúde ou à atenção primária, as reformas podem até mesmo prejudicar sua obtenção.

Equidade – ou justiça – é um dos princípios da ética. Qualquer sistema de saúde – ou política de saúde – que queira ser ético deve considerar a equidade. Embora as nações orientais e ocidentais sejam, de alguma forma, diferentes em sua abordagem para alcançar os outros aspectos da ética (autonomia e beneficência), as nações ocidentais tendem a ser similares entre si em sua abordagem destes dois princípios éticos. O mesmo não pode ser dito do princípio da justiça. Justiça significa imparcialidade: os iguais devem ser tratados de forma similar. Existem duas visões opostas de *imparcialidade*: a igualitária e a libertária. Do ponto de vista igualitário, a equidade é alcançada quando os recursos são distribuídos de acordo com as necessidades. Ou seja, mais recursos são disponibilizados para as populações que necessitam de mais serviços por apresentarem maiores desvantagens sociais ou de saúde. O igualitário vê a “similaridade” como significando o estado da humanidade, de forma que todos têm o direito de lutar por um estado de saúde igual. O libertário vê as coisas sob a suposição de que “igual” se aplica aos

méritos; os recursos são distribuídos de acordo com os méritos, ou seja, para aqueles que os merecem por algum critério especificado. Na visão do libertário, a atenção à saúde deveria ser distribuída de acordo com padrões mínimos e financiada de acordo com a vontade de pagar. Na abordagem libertária, a política de saúde estabelece um mínimo básico de serviços, e aqueles que possuem os meios para fazê-lo ajudam a financiar os serviços para quem não os tem, até aquele básico mínimo. De acordo com este último ponto de vista, a igualdade do estado de saúde para todos os seres humanos não precisa ser uma prioridade central (Wagstaff e Van Doorslaer, 1993a).

Dentro do mundo ocidental industrializado, não existe um entendimento comum da importância relativa dos pontos de vista igualitário e libertário. Conforme foi observado anteriormente, as visões igualitárias tendem a prevalecer na Europa ocidental e estão incorporadas em documentos, como o *European Goals for Health* [Metas Europeias para Saúde]; a equidade é a primeira das 38 metas. Mas mesmo na Europa ocidental existem grandes diferenças na extensão na qual a equidade é alcançada.* As diferenças ocorrem, em parte, devido às diferenças no financiamento de serviços e, em parte, às diferenças na oferta de serviços.

Muitos países tentam financiar os sistemas de saúde de acordo com os princípios igualitários. Ou seja, os indivíduos com renda mais alta gastam uma parte maior de sua renda para o seguro-saúde. Como os sistemas de imposto de renda na maioria dos países industrializados são, geralmente, de alguma forma, progressivos, os países com sistemas de seguro-saúde baseados no imposto de renda são mais igualitários no financiamento de seus serviços de saúde. Os sistemas de saúde

* Os termos *igualdade* e *equidade* não são sinônimos. O alcance da “igualdade” na saúde requer que as iniquidades sistemáticas nos determinantes da saúde (incluindo, entre outros, o acesso e a prestação de serviços de saúde adequados) sejam reduzidas. Os meios para fazê-lo podem exigir diferentes abordagens em diferentes grupos sociais de acordo com suas diferentes necessidades. A equidade na oferta de recursos leva em consideração as necessidades subjacentes na decisão a respeito dos níveis apropriados de recursos a serem disponibilizados para cada subgrupo da população para reduzir as desigualdades sistemáticas no estado de saúde entre os grupos da população distinguidos pelas diferenças nas vantagens sociais.

financiados pelo seguro social, ou seja, pelos pagamentos empregador-empregado, tendem a ser menos igualitários porque estes impostos são, geralmente, menos progressivos do que os impostos de renda em geral. O seguro-saúde privado, como é comum nos Estados Unidos, é regressivo porque não está relacionado à renda e é, muitas vezes, mais caro para aqueles com menos capacidade de pagá-lo (Wagstaff e Van Doorslaer, 1993b; Bodenheimer e Sullivan, 1998). O seguro combinado para os serviços, como deduções e co-pagamentos, é um meio regressivo de financiamento porque geralmente não está relacionado à capacidade de pagar.

Assim como os países variam na extensão em que o financiamento dos sistemas de saúde é igualitário, eles também variam na extensão na qual são igualitários na prestação de serviços, conforme é refletido em sua tentativa de distribuir recursos de acordo com as necessidades. Conforme foi observado no Capítulo 1, esta variabilidade tem um grande impacto sobre o alcance de resultados importantes dos sistemas de saúde: serviços mais eficientes em termos de custos mais baixos para o valor alcançado e melhores resultados em termos de indicadores do estado de saúde.

A proteção contra uma crescente iniquidade e de expectativas frustradas em relação à economia nos custos da atenção com sacrifícios na qualidade da atenção depende de esforços conjuntos para avaliar sistematicamente as reformas do sistema de saúde, de acordo com critérios predeterminados acordados pela população de cada país e de acordo com os princípios decididos por acordos internacionais.

APRENDENDO COM AS COMPARAÇÕES INTERNACIONAIS REFERENTES AO FINANCIAMENTO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DO SISTEMA DE SAÚDE

Muitas nações e muitas organizações internacionais das nações desenvolveram metas de saúde; algumas delas estão descritas nos Capítulos 13 e 14. Entretanto, a maioria destas metas não está

estruturada como metas de equidade. Dos 638 objetivos de saúde não duplicados para os Estados Unidos estabelecidos nos objetivos revisados em 1996 (*National Center for Health Statistics*), mais de 200 estão relacionados especificamente a raças e grupos étnicos minoritários. Embora uma proporção maior de indivíduos em grupos minoritários seja de baixa renda, a maior parte dos indivíduos e família de baixa renda não são desses grupos. Apesar disso, apenas 30 objetivos tratam especificamente da melhora da condição de saúde de indivíduos de baixa renda. Estas metas são declaradas em termos de porcentagem de melhora nas condições atuais de saúde, sendo a melhora desejada para aqueles grupos desfavorecidos maior do que para a população como um todo. Como um resultado, pelo menos algumas das metas norte-americanas objetivam a redução das diferenças relativas na saúde entre os grupos da população mais e menos desfavorecidos. Nenhuma meta é estabelecida para as disparidades de renda. Assim, é esperado que o sistema de saúde reduza as desigualdades na saúde sem reduzir as desigualdades sociais. Se isto é ou não possível é uma questão a ser discutida; se for possível, isto ocorrerá pelo aprimoramento da atenção primária como uma estratégia política.

Os exemplos de algumas outras poucas nações podem ser instrutivos. Alguns países relativamente pobres têm obtido sucesso em melhorar bastante a saúde de suas populações, apesar de sua renda média ser relativamente baixa. Cuba, com sua população de 11 milhões de pessoas e sendo ainda um país em desenvolvimento, alcançou níveis de saúde quase equivalentes a muitas nações industrializadas; conforme foi observado anteriormente, o país assumiu um compromisso importante para o desenvolvimento de uma forte infraestrutura de atenção primária com equipes de médicos e enfermeiros vivendo e trabalhando em comunidades com 200-400 pessoas. Nas áreas rurais, especialmente, suas responsabilidades incluem atividades de saúde pública bem como atividades clínicas. Cada médico de família precisa ver cada paciente de sua área de abrangência, no mínimo, duas vezes ao ano. O prontuário médico é revisado, pelo menos, uma vez por mês com um supervisor clínico que é um médico de família vinculado à universidade. A vigilância computadorizada foi

implementada em todos os níveis provinciais e está sendo estendida para as cidades e áreas rurais locais (Waitzkin *et al.*, 1997). Seria instrutivo determinar quanto da melhora na saúde em países que deram longos passos nas últimas décadas resultou da redução das desigualdades na saúde, e não simplesmente aumentando os níveis de saúde entre os mais privilegiados.

Este livro faz referências repetidas à melhora da saúde por meio da atenção primária, a qual é considerada um meio para aprimorar tanto a efetividade dos serviços de saúde como a equidade na oferta dos serviços de saúde. Existem amplas evidências do primeiro item; o segundo é mais teórico e se baseia na suposição de que as maiores eficiências decorrentes de uma forte infra-estrutura de atenção primária liberam recursos que podem ser disponibilizados para aqueles com maiores necessidades. Entretanto, não existe garantia de que este será o caso, especialmente em países em que as economias podem ser passadas, basicamente, para os ricos na forma de devolução de investimentos nos serviços de saúde com fins lucrativos. Uma justificativa mais forte vem dos atributos da atenção primária, dois dos quais (integralidade e coordenação) requerem a consideração das necessidades da população. Este é especialmente o caso para a integralidade, que não pode ser alcançada a menos que as necessidades da população sejam explicitamente reconhecidas no planejamento e prestação dos serviços. Assim, as populações com maiores necessidades teriam mais serviços fornecidos. Uma outra justificativa se baseia na orientação dos sistemas de saúde para a comunidade, os quais são especialmente avançados em sua organização da política da atenção primária e na prestação de serviços. A orientação para a comunidade obtém seu ímpeto do reconhecimento das necessidades da comunidade. Se for feita honestamente, as comunidades com maiores necessidades devem receber mais serviços para compensar sua maior necessidade.

Na comparação nacional cruzada, descrita no Capítulo 1, foi mostrado que os países com uma forte base de atenção primária para seu sistema de saúde alcançam melhores resultados a custos mais baixos, do que os países em que a base da atenção primária é mais fraca. Este último grupo de países, que tem os custos mais altos, não

necessariamente tem mais leitos hospitalares, maiores taxas de hospitalização ou permanências mais longas no hospital – tradicionalmente os componentes mais caros do custo do sistema de saúde. Na verdade, os Estados Unidos, com seus custos muito altos, está entre os números mais baixos para as três características (Starfield, 1993). Os países de custo elevado não possuem mais médicos *per capita* do que outros países, embora tenham a tendência de ter taxas mais altas de consultas em estabelecimentos de atenção ambulatorial. Entretanto, a média da taxa de médicos *per capita* e a taxa relativamente baixa de consultas ambulatoriais são notáveis nos Estados Unidos, incomparavelmente o país com os custos mais altos.

Embora a intensidade dos serviços, uma vez alcançados pelas pessoas, seja mais alta nos países com distribuição menos equitativa de recursos (mais notavelmente nos Estados Unidos), também não existem garantias de que isto esteja associado ao maior uso entre os mais necessitados. Os dados disponíveis indicam que os custos para a permanência de pacientes hospitalizados e para os serviços ambulatoriais são muito mais altos em países de alto custo. A taxa de uso da cirurgia de *bypass* coronário nos Estados Unidos é mais de oito vezes maior do que a do próximo país de custo mais elevado. As taxas de diálise renal dos Estados Unidos e da Alemanha são maiores do que de outros países (Ruble, 1992). Quando os países são classificados de acordo com suas taxas de uso de várias tecnologias, o excesso no uso da tecnologia nos Estados Unidos está, basicamente, concentrado naquele grupo de tecnologias que fazem uso intensivo de maquinário (ver fig. 10.1). Em comparação, suas taxas de tecnologia intensiva relacionada à pessoa, como transplante alogênico de medula óssea, são apenas médias na classificação, e as comparações mostram que o desenvolvimento desta tecnologia é muito mais iníquo do que é o caso em outros países (Silberman *et al.*, 1994).

Esta iniquidade na distribuição da tecnologia é espelhada por uma iniquidade nas políticas de saúde relacionadas à atenção primária. A ausência de uma política para distribuir o pessoal de saúde e as unidades em áreas de maior necessidade leva a uma concentração destes recursos em áreas de menor necessidade porque são as áreas

que estão, em sua maioria, em condições de pagar por sua presença. A ausência de políticas para assegurar a universalidade e a responsabilidade pública pelo financiamento dos serviços de saúde leva a uma situação em que os que são capazes de pagar pelos serviços obtêm a maior parte dos serviços. Além disso, a ausência de uma política para reembolsar aqueles que fornecem os serviços de atenção primária igual àqueles que fornecem serviços subespecializados leva a uma situação em que existem incentivos poderosos para escolher uma especialidade em vez da atenção primária entre os treinandos em Medicina. Assim, estas políticas de saúde, que refletem nas unidades de serviços de saúde, não conduzem à melhora da saúde dos menos favorecidos. Os privilégios do poder e da influência são tão cruciais que nada menos que metas e trabalho firmes em relação a isso serão suficientes para melhorar a equidade. Abandonada, a iniquidade irá piorar, como tem ocorrido nas últimas décadas na maioria dos países industrializados. As populações mais privilegiadas são incapazes de ver as vantagens de maiores igualdades sociais e de saúde; isto requer uma visão de muito longo prazo para ver que os melhores interesses definitivos, talvez de seus descendentes, estão em uma sociedade com aspirações e oportunidades compartilhadas. A equidade, assim como a entropia, cai naturalmente para níveis mais baixos; é necessária energia para mantê-la e melhorá-la.

Os dados relatados no Capítulo 1 referentes à relação entre a força da atenção primária e os níveis de saúde utilizando 14 indicadores diferentes de saúde sugerem que fatores do sistema de saúde também podem dar sua própria contribuição para a explicação das diferenças na relação entre os fatores socioeconômicos e de saúde, particularmente porque os países com a atenção primária mais forte não são, necessariamente, aqueles países com a distribuição mais equitativa de riquezas. A Tabela 18.2 fornece os escores da atenção primária na comparação entre 11 países, sua classificação para os 14 indicadores de saúde e as classificações para a equidade na distribuição de renda conforme foi derivado do trabalho dos *Luxemburg Income Studies* [Estudos de Renda de Luxemburgo] (Atkinson *et al.*, 1995). Conforme foi mostrado,

existem diferenças marcantes nas classificações para a atenção primária e nas classificações para a distribuição equitativa de renda, particularmente para o Reino Unido e Bélgica (ambos com classificação pior para saúde do que para desigualdades de renda) e Espanha, Canadá, Países Baixos e Austrália (com classificação melhor para saúde do que para desigualdades de renda).

Tabela 18.2
Atenção Primária, saúde e equidade de renda*

País	Classificação da Atenção Primária	Classificação† para	
		14 Indicadores de Saúde	Equidade na distribuição de renda‡
Suécia	6	1	3
Países Baixos	2	2	5
Canadá	6	3	8
Espanha	5	4	9
Austrália	8	5	10
Estados Unidos	11	6 (§9)	11
Dinamarca	2	7	4
Finlândia	2	8 (§6)	1
Alemanha Ocidental	9	9 (§8)	6
Reino Unido	1	10	7
Bélgica	9	11	2

* Final dos anos 80, início dos anos 90

† A melhor classificação é 1, a pior é 11. Ver Capítulo 1 para descrição da comparação internacional.

‡ Derivado de Smeeding (1996).

§ Classificação se a expectativa de vida aos 80 anos for excluída.

A situação no Reino Unido é anômala porque sua classificação para atenção primária é melhor, mas suas classificações para estado de saúde não estão nem próximas ao topo da lista. O país tem gasto relativamente pouco em seu sistema de saúde e houve cortes sistemáticos a partir destes níveis baixos na década de 80. Na medida em que os sistemas de saúde em geral e a atenção primária em particular requerem, pelo menos, um mínimo básico de apoio financeiro, o Reino Unido tem sofrido de séria descapitalização de seu sistema de saúde há anos. Além disso, o país, como os Estados Unidos, gasta uma proporção relativamente pequena de seus fundos

do governo geral no bem-estar social e na educação. Assim, na falta de apoio para habitação, educação e outros programas sociais, até mesmo a atenção primária não tem probabilidade de compensar as ameaças resultantes de outros determinantes da saúde.

A classificação relativamente ruim da Finlândia para os indicadores de saúde resulta de um mau desempenho nos grupos de faixa etária mais avançada. Como a orientação da Finlândia para a atenção primária é um fenômeno relativamente recente, pode ser que as condições de saúde ruins nas faixas etárias mais avançadas reflitam os efeitos da orientação do sistema de saúde anterior. Também podem estar relacionadas às dietas com alto teor de gordura.

Os Estados Unidos são o único país com classificações baixas para as três características, particularmente quando a expectativa de vida na idade de 80 anos não é considerada. Os fatores de estilo de vida não desempenham um papel influente na baixa classificação dos Estados Unidos porque suas taxas de tabagismo estão entre as mais baixas de todas as nações, assim como a proporção de indivíduos que consomem álcool. Além disso, sua taxa de morte por acidentes com veículos automotores por milhão de milhas dirigidas é a mais baixa de todos os países (U.S. Congress, 1993). Mais ainda, a remoção de todas as causas violentas de morte não altera a posição ruim do país no que se refere a anos de vida potencial perdidos (análises dos dados de Desenclos e Hahn [1992], U.S. Congress [1993] e Centers for Disease Control and Prevention, [1990]).

O papel desempenhado pelas políticas de saúde em geral, e no que se refere à atenção primária em particular, na redução do impacto das disparidades sociais na saúde é muito pouco explorado. Dois achados tornam este papel mais plausível. O primeiro é o achado de que alguns estados têm níveis de saúde muito melhores do que seria esperado, devido à extensão das disparidades sociais de renda no estado. O exemplo mais dramático disto é o Havaí, o único estado na nação que possui contribuições obrigatórias de empregadores para cobertura do seguro-saúde há mais de 20 anos (desde 1974). Estados como Nova York e Minnesota também são melhor classificados do que outros porque suas políticas de saúde compensam, parcialmente,

as iniquidades da renda. Outros estados com alta desigualdade de renda (por exemplo, Mississippi e Louisiana) apresentam a saúde ainda pior do que seria esperado com base na relação média entre a desigualdade de renda e a saúde porque suas políticas de saúde não compensam o efeito das desigualdades de renda (Kennedy *et al.*, 1995; Kaplan *et al.*, 1996).

A segunda linha de evidências decorre de uma reanálise dos dados do estudo de Shi (1994) (ver Capítulo 1), que mostrou uma relação altamente significativa entre o médico de atenção primária para a proporção da população e os níveis de saúde na população dos estados. Quando as medidas de desigualdade de renda são acrescentadas à análise, a importância da atenção primária permanece significativa para todas as medidas e a força da relação entre a desigualdade de renda e a saúde é reduzida (mas não eliminada). Assim, parece que a orientação para a atenção primária pode, em parte, superar o severo impacto adverso das desigualdades de renda sobre a saúde, mesmo nos Estados Unidos (Shi *et al.*, preparação do manuscrito 1998).

A terceira linha de evidências é a posição relativamente privilegiada dos idosos nos Estados Unidos. Em face do desempenho relativo quase uniformemente ruim na maioria dos indicadores de saúde, a classificação dos Estados Unidos é muito elevada para a expectativa de vida aos 80 anos. Este é o único grupo da população no país como um todo a ter tido um apoio de renda básica após a aposentadoria (desde 1935) e a ter tido uma cobertura universal para as despesas médicas (Medicare) desde 1965. De todos os grupos etários, os idosos têm a relação mais próxima relatada com um médico de atenção primária e, com exceção de crianças muito jovens, a taxa mais elevada de consultas de primeiro contato com seu médico de atenção primária (Forrest, 1995).

Também é possível que este seja o grupo etário com maior probabilidade de se beneficiar de uma tecnologia avançada e cara projetada para manter a sobrevivência na presença de doenças que ameaçam a vida; as análises (não-publicadas) dos dados (U.S. Congress, 1993) a respeito das taxas de mortes entre idosos (mais de 75 anos)

por diferentes causas indicam que a vantagem relativa dos Estados Unidos está na sobrevivência com doença cardiovascular, câncer e nas taxas de acidentes (apenas entre mulheres). As taxas de morte por outras causas nos idosos, incluindo as que refletem problemas agudos como infecções, não são inferiores nos Estados Unidos em comparação a qualquer outro lugar.

A classificação relativamente melhor para os indicadores de saúde nos Estados Unidos em relação à sua classificação sobre desigualdade social também pode ser um resultado das medidas de “redes de segurança”, estabelecidas em meados dos anos 60, na forma do Medicaid, que financia serviços de saúde basicamente para mães e crianças em famílias de renda muito baixa e na forma de uma rede de centros de saúde comunitários, orientados para a atenção primária, localizados em áreas geográficas com falta de outros serviços de saúde. Embora nenhum dos programas tenha alcançado a maioria dos indivíduos de renda muito baixa (principalmente como um resultado das diferenças nas políticas de eletividade nos diferentes estados), a variação dos serviços prestados é, pelo menos, tão boa quanto, se não melhor, aquelas associadas à maioria dos planos de seguro-saúde privados no país. As reduções nos benefícios associadas ao Medicare e ao Medicaid conseqüentes às mudanças na política nacional em meados de dos anos 90, por meio da remoção do efeito protetor destes programas de “rede de segurança” podem piorar a posição relativa já ruim dos Estados Unidos e aumentar o impacto das desvantagens sociais sobre os diferenciais de saúde no país.

Uma grande variedade de abordagens para vários aspectos da atenção primária em todo o mundo fornece uma oportunidade para que cada nação identifique as alternativas para as formas atuais de operação. Algumas destas abordagens, como as limitações dos especialistas à prática hospitalar, estão enraizadas nos sistemas, enquanto outras são soluções inovadoras em resposta a prioridades específicas, como o estímulo à atenção preventiva. Não é necessário que cada país “reinvente” cada abordagem; um estudo inteligente da política toma vantagem do conhecimento derivado a partir de “demonstrações” já existentes em outros países.

QUESTÕES POLÍTICAS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Conforme o tempo passa, esperamos que a relevância dos estudos realizados em um país seja cada vez maior para outros países porque a natureza de seus desafios é convergente. Os desafios incluem, pelo menos, os seguintes itens:

- Aumento nos custos
- Taxas crescentes de uso de tecnologia
- Novos conceitos de saúde e o papel dos serviços de saúde, particularmente o aumento da aceitação do modelo biopsicossocial em vez do modelo biomédico
- O ponto fundamental da prática médica baseada em evidências, e não na experiência pessoal
- Maior compartilhamento de informações dentro dos países e entre eles como resultado da comunicação eletrônica
- Cooperação econômica cada vez maior com sua necessidade concomitante de melhorar os padrões e controle de qualidade
- Transições demográficas com mudanças concomitantes na frequência relativa de diferentes tipos de doenças e disfunções
- Mudanças nos modelos epidemiológicos da doença, por um lado, com maiores cargas de doença crônica e, por outro lado, com maiores ameaças de doenças transmissíveis como resultado do aumento de viagens, comércio e comunicação
- Aumento nas expectativas e nas demandas da população
- Aumento das necessidades por responsabilidade na prestação de serviços
- Erosão da autonomia profissional
- Mudança em direção ao aumento da competição, e não na cooperação
- Maior interesse no risco e na divisão de gastos

Como os princípios da atenção primária são os mesmos em todos os lugares, o conhecimento reunido em um país é provavelmente relevante em outros países também. A importância dos quatro aspectos exclusivos da atenção primária foi documentada por evidências, pelo

menos, moderadas, se não definitivas. As evidências derivam de uma pesquisa de escala relativamente pequena em unidades individuais e em grupos cada vez maiores de unidades, bem como em comparações nacionais cruzadas que examinam a força da atenção primária em relação à variedade das facetas importantes da saúde. A questão para a política é a extensão na qual os padrões para obtenção são instituídos.

Dois componentes estruturais dos sistemas de saúde que estão sob constante escrutínio no contexto da reforma da atenção à saúde são a divisão de gastos e a “porta de entrada” como um capacitador, e não como uma estratégia punitiva. As duas coisas estão altamente relacionadas com o alcance dos atributos da atenção primária.

Divisão de gastos

O acesso desobstruído à atenção primária para todos que dela necessitem é um princípio básico na maioria das nações industrializadas. Na prática, as limitações dos recursos freqüentemente levam à imposição de barreiras aos serviços. Muitos países têm políticas explícitas em relação ao equilíbrio apropriado entre os incentivos e os impedimentos para uso dos serviços. Considerações sobre custos podem tornar desejável que os pacientes paguem alguns dos custos dos serviços de atenção primária. Entretanto, estudos mostraram que estas políticas reduzem o número de consultas e que a redução é indiscriminada porque influencia tanto a utilização necessária quanto a mais arbitrária. As políticas que melhoram a utilização dos serviços de valor (como aqueles relacionados à prevenção de doenças) pela redução ou eliminação de exigências para pagamento ou pelo pagamento de bônus a médicos para encorajá-los a fornecer os serviços são mais construtivas. Qualquer barreira ao acesso terá um impacto maior sobre as populações socioeconomicamente desfavorecidas e, portanto, aumentará o risco de disparidades do estado de saúde entre os subgrupos da população com mais vantagens e com menos vantagens. A questão para o debate político refere-se à extensão na qual as restrições dos recursos, particularmente aquelas relacionadas aos custos da atenção, devem ditar as restrições ao acesso e o grau de tolerância para as conseqüências destas restrições para o alcance da equidade.

As evidências são claras a respeito do impacto ruim da divisão de custos no ponto de contato com os serviços de saúde. A divisão de custos consistindo de deduções ou mais do que um co-pagamento muito pequeno interfere com o acesso à atenção e é uma forma decididamente regressiva da taxação porque afeta desproporcionalmente aqueles com menor capacidade para pagar e interfere tanto com a atenção necessária como com a arbitrária. Em muitos países, aqueles com menos capacidade para pagar são isentos da divisão de custos, mas os custos administrativos podem ser altos e acompanhados por ameaças à dignidade humana quando a dependência da generosidade pública é altamente visível.

Porta de entrada

A porta de entrada, quando é conduzida como um método para melhorar o uso adequado dos serviços de saúde de atenção não-primária, é uma estratégia fortalecedora da atenção primária porque aplica os recursos nos níveis de atenção em que eles são mais justificados. Quando usada como uma barreira para os serviços necessários, no entanto, a estratégia se torna um meio de interferir com o alcance da equidade porque aqueles que são financeiramente capazes de comprar atenção extra o farão.

Vários outros aspectos estruturais sob consideração nos esforços para reforma da atenção à saúde são de impacto desconhecido sobre a adequação do alcance da atenção primária de alto nível. Os esforços na reforma devem ser vistos como oportunidades para a experimentação, com a avaliação adequada de acordo com o alcance das metas da reforma e os possíveis efeitos colaterais involuntários.

1. *Métodos de reembolso dos médicos.* Pouco se sabe a respeito do impacto de diferentes métodos de pagamento dos médicos de atenção primária e de especialistas. Os esforços para reforma da atenção à saúde estão convergindo em misturas de tipos de pagamentos (geralmente capitação e/ou salário com taxa por serviços) em muitos países, mas apenas em um as mudanças foram acompanhadas por avaliação sistemática. As avaliações na Dinamarca mostraram que uma mudança para repartir o pagamento de taxa por serviço levou a

um aumento no diagnóstico e nos serviços terapêuticos e a uma diminuição de encaminhamentos. É interessante observar que o aumento na oferta de serviços foi maior para aqueles em que não havia evidências de sua utilidade, ou seja, para diagnóstico comparado com os serviços curativos (Krasnik *et al.*, 1990). Assim, quando a taxa por serviços for instituída para outros serviços além daqueles claramente indicados, isso deve ser feito levando-se em consideração os possíveis efeitos sobre o aumento de serviços desnecessários.

2. *Indicações para encaminhamento e impacto das diferenças na estratégia de encaminhamento sobre custos e resultados.* Conforme foi observado anteriormente neste livro, os métodos para determinar o que é adequadamente manejado, por completo, dentro da atenção primária, a indicação de consultoria com especialistas para aconselhamento e orientação, os tipos de problemas que são mais suscetíveis ao manejo entre os médicos de atenção primária e outros especialistas e os tipos de problemas que são melhor manejados, principalmente por outros especialistas, são território inexplorado. As decisões informadas a respeito da necessidade de encaminhamento aguardam estudos a respeito da distribuição dos diferentes tipos de problemas na atenção primária, tipos e frequências de complicações de diagnósticos comuns, e descrições e comparações entre diferentes profissionais e diferentes unidades de saúde e planos. Assim, a pesquisa realizada por profissionais individuais a respeito de sua própria prática pode fornecer informações descritivas úteis; informações obtidas a partir da pesquisa colaborativa podem informar melhor a respeito da questão por meio da análise dos correlatos e determinantes da variabilidade entre as práticas e planos. O próprio assunto também é de relevância política considerável, porque o planejamento para treinamento e emprego dos recursos especializados depende do melhor conhecimento a respeito da necessidade de seus serviços, bem como para considerar como eles são melhor reembolsados por seus serviços. Por exemplo, se (como é provável) a grande maioria das necessidades para a maior parte da atenção por parte de outros especialistas são para consultoria de curta duração e basicamente para fins de oferecer aconselhamento ao médico de atenção primária, a organização de seu trabalho, sua localização e

seu pagamento são, provavelmente, diferentes do que se uma proporção considerável da necessidade de seus serviços fosse por atenção direta a longo prazo de condições complexas ou raras.

3. *Livre-escolha do médico.* Em muitos países, particularmente nos Estados Unidos, muito foi feito a respeito da importância da livre-escolha do médico pelos cidadãos. Nos sistemas de saúde europeus, em que os serviços de atenção primária são oferecidos em consultórios individuais ou de pequenos grupos e não em grandes centros de saúde, a livre-escolha do médico de atenção primária é a norma. Em países em que os serviços de atenção primária são prestados em grandes centros de saúde, o próprio centro (e não o médico individual ou equipe de médicos) geralmente atua como a fonte de atenção primária. Evidências empíricas indicam que a identificação com um centro de saúde específico (e não com uma fonte habitual de atenção não especificada) está associada aos benefícios, incluindo melhor receptividade da atenção preventiva indicada e melhor comparecimento às consultas marcadas. Entretanto, conforme foi observado anteriormente, a identificação com um médico ou equipe de médicos específica oferece benefícios adicionais: melhor concordância entre médico e paciente, melhor reconhecimento do problema, menos hospitalizações e custos globais mais baixos. Como a maioria destes benefícios apresenta probabilidade de serem decorrentes de associações de longa duração que levam a um melhor conhecimento dos médicos a respeito de seus pacientes e maior confiança dos pacientes de que seu médico entende sua situação e suas necessidades, a livre escolha do médico de atenção primária oferece uma oportunidade para os pacientes se identificarem com os médicos com os quais eles, provavelmente, desenvolverão uma relação de longa duração. Ironicamente, nos Estados Unidos (com sua clara preferência pela livre escolha do médico), uma proporção cada vez maior de pessoas não tem livre-escolha porque seus empregadores permitem apenas uma escolha limitada de planos de saúde, um problema que é composto ainda pela tendência dos empregadores em mudar de planos de saúde a cada ano.

A livre-escolha dos especialistas é provavelmente mais limitada na maioria dos países porque o número de especialistas disponíveis em qualquer área geográfica é geralmente determinado por planejamento e regulamentação governamental. O mesmo se torna cada vez mais verdadeiro nos Estados Unidos, em que os planos que contratam para oferecer os serviços a populações definidas, geralmente limitam a variedade de especialistas aos quais os pacientes podem ser encaminhados. A pesquisa colaborativa e especialmente a sistemática que identifica o papel da livre-escolha dos médicos de atenção primária, e seu impacto sobre o alcance da longitudinalidade e seus benefícios consequentes, contribuiria para as políticas informadas para permitir que os cidadãos escolham seus médicos. A frequência com a qual as mudanças são feitas, o número de opções que são permitidas, os motivos pelos quais as mudanças são consideradas desejáveis e as possíveis intervenções para reduzir a necessidade percebida de mudança por parte dos pacientes também se beneficiaria das deliberações da política informada. Mais informações também são necessárias sobre o impacto da livre-escolha de outros especialistas no processo de atenção e em seus resultados.

4. *Trabalho em equipe.* Embora a atenção primária seja geralmente considerada uma atividade de “equipe”, com interligação entre médicos e enfermeiros e, muitas vezes, outros profissionais de saúde também, há poucas evidências empíricas a respeito dos benefícios específicos alcançados por estas interligações. Embora os enfermeiros há tempos sejam utilizados como “gerentes” do tratamento para várias condições comuns na atenção primária, incluindo os arranjos de manejo por doença hoje populares, a natureza do trabalho de enfermagem em relação à natureza do trabalho dos médicos é desconhecida, e as informações que ajudariam a planejar o treinamento racional e o uso de profissionais de saúde estão ausentes. A pesquisa colaborativa forneceria uma forte base para a identificação de questões importantes a serem tratadas em decisões políticas subsequentes.

5. *Especialistas baseados em hospital versus especialistas baseados na comunidade.* O trabalho de especialistas é muito pouco entendido em todos os lugares. Na regionalização clássica, os serviços de

especialistas são organizados nos níveis secundário e terciário, sendo os níveis secundários localizados nos hospitais comunitários e os terciários em hospitais-escola em grandes regiões. O planejamento para a localização destes níveis é baseado na população a ser atendida sob a suposição de que a frequência de problemas que necessitam de serviços especializados deve determinar quantos especialistas são necessários numa determinada área (White, 1973). Seria esperado que os hospitais comunitários fornecessem serviços de curta duração quando os médicos de atenção primária encontrassem um problema para o qual necessitassem de aconselhamento ou um paciente tivesse um problema médico ou cirúrgico que necessitasse de intervenção de curta duração, enquanto os especialistas, em grandes centros médicos, cuidariam de problemas mais inusitados, raros ou complexos que seriam incomuns na população e exigiriam perícia muito especializada, geralmente de forma continuada.

As novas formas de organização dos serviços estão desafiando velhas suposições, especificamente em países em que o mercado, e não o planejamento central, determina a localização e os tipos de serviços disponibilizados para as pessoas. Enquanto os especialistas continuam a trabalhar basicamente no hospital na maioria dos países, os especialistas baseados na comunidade ainda são comuns em outros. Conforme os sistemas de saúde se movem em direção à consolidação das unidades de consultórios isolados ou pequenos para centros de saúde maiores e até mesmo para “centros de saúde integrados”, os especialistas podem se mover cada vez mais do hospital para a comunidade em mais e mais áreas. Em alguns lugares, isto pode resultar em tipos de organizações que lembram as policlínicas que caracterizavam as nações da Europa oriental em seu regime socialista; nesta forma de arranjo, especialistas de vários tipos estão localizados basicamente no centro de saúde, e os pacientes podem até mesmo consultá-los diretamente. Isto é particularmente comum no caso de ginecologia/obstetrícia, dermatologia, oftalmologia e otorrinolaringologia. Em outros lugares, os especialistas podem continuar baseados, fundamentalmente, no hospital, mas atender regularmente no centro de saúde de atenção primária, para consultoria com o médico

de atenção primária a respeito de diagnósticos ou enigmas terapêuticos, para oferecer sessões de educação continuada, para oferecer serviços diretamente a grupos de pacientes que poderiam se beneficiar de consultas periódicas com especialistas ou sob arranjos formais para compartilhar o atendimento.

Pouco se sabe a respeito dos benefícios relativos para a atenção ao paciente e os resultados, para o conhecimento e habilidades do médico e para os custos globais da atenção das várias opções para a organização, prestação e pagamento dos serviços subespecializados. Quando os subespecialistas trabalhavam no hospital eles eram pagos, principalmente por salário; agora que as unidades de atenção primária podem contratar seus serviços, eles podem ser pagos por capitação para seu trabalho clínico ou pagos por taxa por serviço como, convencionalmente, tem sido o caso quando eles são baseados na comunidade e trabalham em sistemas de saúde de taxa por serviço. As decisões políticas terão de ser baseadas em um conhecimento mais preciso a respeito de quanto de seu trabalho é dedicado ao aconselhamento de curta duração, e não à atenção continuada de longa duração dos pacientes. As decisões também terão de ser feitas em relação aos benefícios e deficiências da atenção oferecida nas unidades hospitalares, e não das unidades comunitárias e a respeito dos méritos relativos de várias formas de reembolso para serviços oferecidos por subespecialistas.

6. Papel dos médicos de atenção primária na atenção a seus pacientes hospitalizados. Como uma questão de política na maioria dos países, como aquelas descritas no Capítulo 15, os médicos de atenção primária não são responsáveis pela atenção de seus pacientes quando eles estão no hospital, embora alguns possam fazê-lo em áreas rurais (como na Austrália e no Canadá) ou quando eles cuidam de pacientes com doenças crônicas e continuam a fazê-lo em pequenos hospitais, especialmente projetados para estes propósitos (como na Finlândia). Médicos de atenção primária, não importando se são médicos de família, internistas gerais ou pediatras gerais, geralmente são o “médico de registro” para seus pacientes hospitalizados. O potencial para o papel do médico de atenção primária como, pelo menos, um

participante na atenção ao paciente internado parece ter grande mérito, não apenas para melhorar a coordenação da atenção, mas também porque o maior conhecimento que o médico de atenção primária tem do paciente pode adicionar uma dimensão útil à tomada de decisão. Wachter e Goldman (1996) propuseram que os Estados Unidos considerassem o treinamento de “hospitalistas”, que seriam especialistas em Medicina interna (e, presumivelmente, pediatria) responsáveis pelo manejo da atenção aos pacientes hospitalizados. Embora uma nova idéia nos Estados Unidos, onde geralmente os pacientes são atendidos por especialistas em atenção não primária que manejam os problemas do paciente associados à hospitalização, estes médicos têm um papel na atenção hospitalar em muitos outros países. Sem considerar se é o médico de atenção não-primária que tem a responsabilidade pelo paciente ou se é um “hospitalista” quem o fará, parece haver uma fundamentação para um papel adicional para o médico de atenção primária como um membro da “equipe” em todos os países, tornando, assim, esta em uma importante área de consideração para a política.

Realizei uma autópsia em um homem de 60 anos que havia morrido após a cirurgia para um adenoma pituitário. Ele tinha um longo histórico de acromegalia, presumivelmente porque o tumor estava secretando hormônio do crescimento. Sua evolução pós-cirúrgica foi complicada por hipotermia. A hipotermia foi resolvida, mas o paciente continuou a ir mal e morreu. O neurocirurgião me chamou quando eu estava prestes a iniciar a autópsia e me disse que não fazia idéia da causa da morte.

Na autópsia, encontrei uma broncopneumonia “de livro”. Nunca tinha visto um caso tão clássico, e não tornei a ver até hoje. O paciente morreu com uma temperatura corpórea normal por causa dos efeitos opostos da hipotermia (uma complicação da cirurgia) e febre pela infecção. Aparentemente, os neurocirurgiões nunca tinham auscultado os pulmões do paciente e nunca consideraram que ele pudesse ter um problema além do campo da neurocirurgia.

Dr. K.R., patologista

7. *Impacto da atenção primária sobre a equidade.* As diferenças no estado de saúde das populações em diferentes países poderiam ser um resultado das diferenças na saúde média ou, alternativamente, das diferenças na distribuição de saúde nas quais algumas subpopulações têm saúde melhor ou similar enquanto outras têm saúde muito pior. A literatura que deriva de estudos em muitos países documenta a relação direta entre a classe social e a saúde; outros estudos documentam os diferentes graus de iniquidades sociais em diferentes países. Embora existam pesquisas que indiquem que os países orientados mais fortemente para a atenção primária têm melhor saúde, não se sabe se isto é alcançado pela melhora dos níveis médios de saúde ou pela redução das disparidades entre os grupos de classe social. A maioria dos países agora tem um mecanismo para classificar a classe social das áreas residenciais de forma que os indivíduos que vivem nestas áreas possam ser caracterizados quanto a sua provável classe social. As melhoras nos sistemas de informação computadorizados que podem conectar a atenção médica à área de residência devem fornecer dados que respondam a questões a respeito de quais subpopulações se beneficiam da atenção primária melhorada. A comparação internacional da atenção primária mencionada no Capítulo 1 demonstrou que a atenção primária parece ser mais benéfica para crianças e jovens; em idades mais avançadas (particularmente as muito avançadas) a incidência e a prevalência de doenças se tornam tão grandes que o maior uso, e talvez até mesmo o uso direto, de algumas atenções subespecializadas podem ser justificáveis em casos definidos. A pesquisa que explora o impacto diferencial da atenção primária sobre os diferentes grupos populacionais, particularmente aqueles caracterizados por diferenças na idade e na vantagem social, poderia ajudar os criadores da política a fazer julgamentos mais informados a respeito do tipo e natureza dos serviços necessários em diferentes áreas geográficas.

8. *Qualidade e resultados da atenção.* Quando a pesquisa demonstra a superioridade de determinadas práticas, o debate político enfoca a conveniência dos incentivos para empregá-las ou, alternativamente, os desincentivos para uso das alternativas menos adequadas. Existem

várias opções políticas, incluindo os esforços educacionais de diversos tipos e intensidades, pressão dos colegas ou grupos, negação de pagamento ou sanções mais drásticas como publicidade ou penalidades por ações impróprias. Embora o tipo de opção dependa da natureza e severidade da ação contra-indicada, o debate político enfocará a necessidades de recompensas e sanções e a rapidez com a qual elas são implementadas depois das evidências científicas de superioridade se tornarem aceitáveis.

Os incentivos para encorajar o envolvimento de profissionais e pacientes no desenvolvimento de indicadores e critérios para qualidade da atenção é outra consideração para uma agenda política. Existem evidências crescentes da relação entre o conhecimento dos pacientes e atitudes em relação à sua atenção e seus resultados, conforme medidos pela melhora do bem-estar. Seria esperado que as abordagens que melhoram a concordância entre os pacientes e os profissionais em relação às metas da atenção aprimorassem os resultados globais da atenção. Os conselhos locais ou outros terceiros pagantes que pagam pela atenção podem considerar a oferta de incentivos para as clínicas que envolvem os pacientes no estabelecimento de metas e objetivos, com incentivos financeiros separados para as melhoras numa clínica resultante do planejamento conjunto entre pacientes e profissionais.

A avaliação dos resultados é um componente importante da responsabilidade dos serviços de saúde. A efetividade dos serviços e a equidade em sua prestação são cruciais na atenção primária, bem como para os serviços de saúde em geral. Os resultados podem ser considerados no nível individual, bem como no nível de sistema de saúde. As avaliações dos resultados convencionais tratam da extensão na qual os serviços clínicos prestados para os indivíduos alcançam resultados finais que podem coincidir com as expectativas da atenção médica oferecida e são, geralmente, avaliados pela revisão do prontuário médico ou pela entrevista dos pacientes. Rutstein *et al.* (1976, 1980) e Charlton *et al.* (1983) estabeleceram a etapa para consideração do impacto dos serviços de saúde sobre a saúde (basicamente sobre as mortes), mas um grande número de estudos

não conseguiu encontrar algum impacto (Mackenbach *et al.*, 1990). Nenhum destes estudos examinou a relação entre a força do sistema de atenção primária nem nos países nem nas áreas em que os estudos foram realizados. Uma área de desafio da pesquisa envolve a seleção de indicadores que refletem basicamente o impacto dos serviços de atenção primária, e não o sistema de saúde em geral, conforme foi discutido no Capítulo 13. Como muitos dos indicadores da efetividade da atenção primária estão fortemente relacionados à classe social baixa, sendo influenciados por ela, qualquer comparação de sua obtenção por meio de diferentes sistemas de saúde deveria levar em consideração e controlar as diferenças de classe social (e outras desvantagens sociais) das populações atendidas por eles.

Por sua própria natureza, a pesquisa de sistemas de saúde envolve estratégias básicas de pesquisa (para desenvolver as medidas adequadas do resultado), estratégias de pesquisa colaborativas (para testar a viabilidade das medidas e para desenvolver os sistemas de informação para verificar os resultados) e a pesquisa do sistema (para desenvolver intervenções adequadas para o desempenho progressivamente aprimorado).

DESENVOLVIMENTO DE UMA ESTRATÉGIA PARA ALCANÇAR OS ASPECTOS DERIVATIVOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Na maioria dos países, nem a centralização na família, nem a orientação para a comunidade são um enfoque dos sistemas de atenção primária. Em alguns países uma orientação para a família está implícita como resultado da designação de médicos de família como profissionais de atenção primária. Entretanto, nenhum país insiste na responsabilidade pela orientação para a família. A orientação para a comunidade é um ideal, mais do que uma realidade, em todo lugar, exceto talvez em algumas poucas áreas localizadas. Embora exista um apelo intuitivo e uma validade aparente dos conceitos de família e orientação para comunidade, não existem evidências de sua prática

universal. Os criadores da política terão de decidir se encorajam a pesquisa para obter as evidências, para proceder com o planejamento para implementação ou para ignorar os conceitos por serem de baixa prioridade. Os méritos das três abordagens alternativas merecem debate na arena política.

O impulso da Declaração de Alma-Ata é em direção à orientação para a comunidade, e muitos países, particularmente os em desenvolvimento, implementam as políticas indicadas para alcançá-la. As descrições de suas características não podem ser generalizadas, e pouco se sabe a respeito de que tipos de informações são úteis e como elas podem ser aplicadas na melhora da atenção. Várias iniciativas, como o projeto *Healthy Cities* [Cidades Saudáveis] da Organização Mundial da Saúde e as “metas para as nações” de vários países, sugerem algumas direções para estudo, embora estes estejam direcionados mais para os sistemas de saúde em geral do que para a atenção primária especificamente. A pesquisa orientada para a política que é indicada para testar diferentes abordagens para alcançar as metas comunitárias definidas e para avaliar as diferentes abordagens para atendê-las seria útil para todos os sistemas que lutam para alcançar a orientação para a comunidade.

Além disso, é evidente que as políticas (incluindo aquelas para educação médica) indicadas para melhorar a atenção primária orientada para a comunidade devem envolver a colaboração com os profissionais de saúde pública, porque os limites entre a saúde pública e a Medicina clínica estão-se tornando cada vez mais indefinidos na medida que os centros de saúde estão assumindo a responsabilidade pela saúde de populações definidas – tradicionalmente o campo das instituições e profissionais de saúde pública.

Se a orientação comunitária emerge como uma prioridade para a política, deverá haver incentivos para o desenvolvimento dos sistemas de dados da comunidade ligados aos sistemas de dados clínicos que podem ser usados para o estabelecimento de prioridades, planejamento e avaliações. As estatísticas vitais, sistemas de relato e relato de dados clínicos atualmente existentes podem ser adaptados para tornar os sistemas de dados e suas interligações mais úteis no

nível das comunidades em que as clínicas existem. Novos sistemas de dados terão de ser desenvolvidos para suplementar as informações a respeito das causas de morte e doenças com documentação do estado funcional também. Isto pode precisar da realização de levantamentos periódicos nas comunidades, um esforço que exigirá recursos adicionais. Os referendos locais sobre a importância acordada para esta abordagem ajudarão a fornecer a justificativa para o gasto de fundos adicionais.

QUESTÕES ÉTICAS REFERENTES AO USO DE RECURSOS

Uma preocupação política importante é o uso de tecnologia cara quando os procedimentos são claramente injustificados. Geralmente existem mecanismos para negar o reembolso se houver uma política de fazê-lo. Quando os procedimentos caros são cientificamente justificados, a preocupação para os criadores da política é a extensão na qual eles podem ser justificados com base no custo-benefício. Algumas jurisdições já começaram a desenvolver comissões públicas para deliberar sobre custos e benefícios de procedimentos de atenção médica e para negar aqueles com justificativas fracas de acordo com as considerações de custo/benefício. A racionalização é uma questão acaloradamente debatida em muitos países, e o debate enfoca tanto os serviços no nível da atenção primária quanto os serviços heróicos da atenção terciária (McKee e Figueras, 1996; Doyal, 1997; Coast, 1997). Quando aplicada a populações inteiras, esta abordagem pode ter mérito. Entretanto, surgem sérias questões éticas se o processo resulta numa situação em que determinados segmentos, igualmente necessitados da população tiverem o acesso negado aos serviços disponíveis a outros segmentos, da população (Health, 1997). O debate político deve considerar estas questões éticas, bem como a questão mais geral da prudência no uso da relação custo-efetividade como base para tomar decisões a respeito de quais serviços e procedimentos devem ser fornecidos ou pagos pelo sistema de saúde.

ESTÍMULO E APOIO À PESQUISA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Como a grande maioria da pesquisa relacionada à saúde é realizada por subespecialistas em centros médicos, a base de conhecimento da prática de atenção primária está subdesenvolvida. A política deveria estimular a realização desta pesquisa, preferivelmente com o envolvimento direto dos médicos de atenção primária que tem uma melhor compreensão da natureza dos problemas na atenção primária do que outros especialistas ou pesquisadores não-médicos. As organizações de pesquisa governamentais e privadas devem estabelecer uma agenda para propostas e convites para pesquisa. As associações profissionais devem fornecer créditos extras de educação continuada ou fornecer certificados de mérito para os médicos que se envolveram nesta pesquisa. Os esforços colaborativos, nos quais os médicos de atenção primária desenvolvem redes de trabalho para definir e realizar a pesquisa, tem um comprometimento específico porque a pesquisa adequadamente realizada que ocorre em uma ampla variedade de estabelecimentos pode ser mais generalizada do que a pesquisa em apenas um ou poucos estabelecimentos. O envolvimento dos pesquisados nos centros médicos, mesmo que sejam subespecialistas, também pode ser encorajado, porque a exposição da questão de atenção primária por estes pesquisadores aprimorará seu entendimento dos desafios da atenção primária. Entretanto, estes especialistas não definem os tópicos de pesquisa ou exercem controle exclusivo sobre a análise ou interpretação dos achados.

ESTÍMULO E APOIO DO TREINAMENTO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Como a tendência natural para qualquer sistema é a subespecialização, esforços especiais são feitos para manter o setor de atenção primária viável. Os programas de treinamento em atenção primária precisarão de apoio financeiro especial para continuar viáveis

e atraírem os médicos que não apenas têm interesse neles, mas que também são de alto calibre. Diante dos incentivos para especialização por causa de maior prestígio e, na maioria dos locais, por causa da promessa de melhor renda, os treinandos vão para a subespecialização e não para a atenção primária. O desafio para os criadores da política é tornar o treinamento e a prática da atenção primária pelo menos tão atrativo quanto o treinamento e a prática da subespecialidade.

CONSTRUINDO UM POTENCIAL PARA A RESPONSABILIDADE

Quando a responsabilidade tanto pelo financiamento como pela prestação de serviços diretos é assumida por órgãos governamentais ou particulares, deve haver alguma especificação explícita da natureza e extensão dos serviços que serão assumidos. Estas especificações geralmente se apresentam na forma de diretrizes que devem ser seguidas. Estas diretrizes estabelecem um conjunto mínimo de benefícios a serem oferecidos e podem até mesmo especificar como determinados serviços devem ser prestados. Por exemplo, elas podem indicar que as crianças deveriam ser examinadas periodicamente para a atenção a crianças saudáveis e indicar a periodicidade. Elas podem exigir que determinados tipos de serviços, como os serviços de manejo de caso, estejam disponíveis para os pacientes.

A capacidade técnica para a responsabilidade hoje se estende além da simples especificação das exigências. É possível estabelecer metas operacionais e medir sua obtenção. As metas podem ser expressas como a obtenção de determinados níveis da saúde, a obtenção de determinados níveis de satisfação da população ou a obtenção de padrões estabelecidos para a qualidade da atenção.

Hoje, quando a capacidade técnica pela responsabilidade do desempenho existe, a comunidade de gerentes e profissionais nem está suficientemente consciente das capacidades nem comprometida com o conceito de responsabilidade para assumir as atividades necessárias para assegurá-la. Portanto, o desafio para a política é a

adoção de um sistema de incentivos para encorajar a experimentação com métodos de garantia da responsabilidade. Os bônus podem ser dados às organizações de serviço que estabeleçam metas e meçam o grau de sua obtenção. Para estimular o interesse, as organizações podem ser autorizadas a escolher a área em que desejam experimentar ou, pelo menos, selecionar a partir de uma variedade de opções. As áreas potenciais para aumento da responsabilidade incluem a implementação de conselhos para aconselhamento de pacientes, avaliação das mudanças no estado de saúde, ligações com órgãos de saúde pública que tornam possível o uso dos dados de saúde da comunidade e o envolvimento em pesquisa para gerar novos conhecimentos a respeito dos problemas da atenção primária e seu manejo.

REFERÊNCIAS

- ATKINSON, A.; RAINWATER, L.; SMEEDING, T. *Income Distribution in Advanced Economies: Evidence From the Luxembourg Income Study*. Syracuse, NY: Maxwell School of Citizenship and Public Affairs, Syracuse University, October 1995, Working Paper No. 120.
- BODENHEIMER, T.; SULLIVAN, K. How large employers are shaping the health care market-place. *N Engl J Méd*, n. 338, p. 1084 – 87, 1998.
- CEITLIN, J.; GOMEZ GASCON, T. (Ed.). *Medicina Familiar: la clave para un nuevo modelo*. Madrid, Spain: CIMF and SEMFYC, 1997.
- CHARLTON, J. R. et al. Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales. *Lancet*, n. 1, pt. 1, p. 691 – 6, 1983.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Mortality in developed countries. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, p. 206, Apr. 6, 1990.
- COAST, J. The rationing debate: The case against. *BMJ*, n. 314, p. 1118 – 22, 1997.

- DESENCLOS, J-C.; HAHN, R. Years of potential life lost before age 65, by race, Hispanic origin, and sex, United States 1896 – 1988. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, p 18 – 19, Nov. 20, 1992.
- DOYAL, L. The rationing debate: Rationing within the NHS should be explicit. *BMJ*, n. 314, p. 1114 – 8, 1997.
- FORREST, C. *Opening the Gate to Primary Care: How First Contact Care Influences Costs for Ambulatory Episodes of Care*. Baltimore, MD: 1995. Dissertação (Mestrado) - Johns Hopkins University Press.
- HEALTH, I. Threat to social justice. *BMJ*, n. 314, p. 598 – 9, 1997.
- KAPLAN, G. A, et al. Inequality in income and mortality in the United States: Analysis of mortality and potential pathways. *BMJ*, n. 312, p. 999 – 1003, 1996.
- KENNEDY, B. P.; KAWACHI, I.; PROTHROW-STITH, D. Income distribution and mortality: Cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. *BMJ*, v. 312, n. 7037, p. 1004 – 7, 1996.
- KRASNIK, A. et al. Changing remuneration systems: Effects on activity in general practice. *BMJ*, n. 300, p. 1698 – 701, 1990.
- LJUBLJANA CHARTER ON REFORM HEALTH CARE. *BMJ*, n. 312, p. 1664 – 6, 1996.
- MACKENBACH, J. P.; BOUVIER-COLLE, M. H.; JOUGLA, E. “Avoidable” mortality and health services: A review of aggregate data studies. *J Epidemiol Community Health*, n. 44, p. 106 – 11, 1990.
- MCKEE, M.; FIGUERAS, J. For debate: Setting priorities: Can Britain learn from Sweden? *BMJ*, n. 312, p. 691 – 4, 1996.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. *Healthy People 2000 Review, 1995 – 1996*. Hyattsville MD: Public Health Service, 1996.
- RUBLEE, D. *International Health Care Systems: A Chartbook Perspective*. Center for Health Policy Research. Chicago, IL: American Medical Association, 1992.
- RUTSTEIN, D. et al. Measuring the quality of medical care: A clinical method. *N Engl J Méd*, v. 294, n. 11, p. 582 – 8, 1976.
- _____ et al. Measuring the quality of medical care: Second revision of tables of indexes. *N Engl J Med*, v. 302, n. 20, p. 1146, 1980.

- SHI, L. Primary care, specialty care, and life chances. *Int J Health Serv*, v. 24, n. 3, p. 431 – 58, 1994.
- SILBERMAN, G. et al. Availability and appropriateness of allogeneic bone marrow transplantation for chronic myeloid leukemia in 10 countries. *N Engl J Méd*, n. 331, p. 1063 – 7, 1994.
- SMEEDING, T. America's income inequality: Where do we stand? *Challenge*, p. 45 – 52, Sep./Oct. 1996.
- STARFIELD, B. Primary care. *J Ambulatory Care Manage*, v. 16, n. 4, p. 27 – 37, 1993.
- U.S. CONGRESS. OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT, INTERNATIONAL HEALTH STATISTICS. *What the Numbers Mean for the United States*. Washington, DC: U.S. Congress, November 1993. (Background Paper, U.S. GPO, OTA-BP-H-116).
- WACHTER, R.; GOLDMAN, L. The emerging role of “hospitalists” in the American health care system. *N Engl J Med*, n. 335, p. 514 – 7, 1996.
- WAITZKIN, H.; WALD, K.; KEE, R. Danielson R, Robinson L. Primary care in Cuba: Low- and high-technology developments pertinent to family medicine. *J Fam Pract*, n. 45, p. 250 – 8, 1997.
- WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Concepts and Definitions. In: VAN DOORSLAER, E.; WAGSTAFF, A.; RUTTEN F. (Ed.). *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press, 1993a. p. 7 – 19.
- WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. Equity in the Delivery of Health Care: Methods and Findings. In: VAN DOORSLAER, E.; WAGSTAFF, A.; RUTTEN, F. (Ed.). *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press, 1993b. p. 20 – 48.
- WEBSTER, I. General practice – a rising phoenix. *Med J Aust*, n. 164, p. 709 – 10, 1996.
- WHITE, K. L. Life and death and medicine. *Sci Am*, n. 229, p. 23 – 33, 1973.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization, 1978, p. 4. (Health for All Series; 1).
- _____. *Equity in Health and Health Care: A WHO Initiative*. Geneva: World Health Organization, 1996. (WHO/ARA/96.1).

EPÍLOGO

Muito antes do início da era tecnológica, o conhecido patologista celular Rudolf Virchow observou que “A melhora da Medicina prolongaria, no final, a vida humana, mas a melhora das condições sociais alcançaria este resultado mais rapidamente e de forma mais bem-sucedida”. Estes sentimentos levaram-no à posição de que a “Medicina é uma ciência social, e a política não é nada mais que a Medicina em grande escala”.

O século seguinte trouxe desenvolvimentos, que continuam inabalados até o momento, na capacidade dos médicos intervirem, de formas antes inimagináveis, para reduzir o impacto adverso das enfermidades. Entretanto, os sistemas e profissionais de saúde ainda serão confrontados com a realidade de que muito da má saúde não está associado a enfermidades específicas. A pleiotropia, a heterogeneidade etiológica e a penetrância variável continuarão a impedir uma abordagem mecânica da doença e da saúde. Nem todas as pessoas com um determinado defeito biológico sucumbirão à enfermidade à qual ele está associado, e enfermidades similares ocorrerão mesmo na sua ausência. A revolução genética que é amplamente igualada ao determinismo biológico será acompanhada pela realização da influência penetrante dos fatores sociais e ambientais sobre experiências de enfermidade e a capacidade das pessoas alcançarem a saúde e a satisfação pessoal, assim como era nos dias de Virchow.

O papel da atenção primária se tornar á mais crucial com o crescente reconhecimento da interação entre biologia e o ambiente social e físico. O desafio da atenção primária é entender e interpretar esta interação e ajudar os indivíduos a modificar suas circunstâncias de vida para maximizar seu potencial de saúde e realização pessoal. Conforme o papel da Medicina muda de uma meta de cura para a prevenção de enfermidades, e daí para a

proteção e promoção da saúde, sua contribuição para a saúde assumirá uma importância cada vez maior. Como o único ramo da Medicina a focar basicamente as pessoas, e não suas doenças, a atenção primária é fundamental no avanço da ciência e da arte dos serviços de saúde na sociedade moderna.

Se este livro estimulou o pensamento a respeito dos desafios impostos por Virchow e o papel da atenção primária em assumi-los, ele terá atingido seus objetivos.

APÊNDICE

Instrumento para avaliação de sistemas de atenção primária em saúde infantil*

Os instrumentos para Avaliação dos Sistemas de Atenção Primária em Saúde Infantil [*Child Health Systems Primary Care Assessment*] são indicados para avaliar a extensão da atenção primária prestada, condizente com cada um dos campos e subcampos da atenção primária, descritos neste livro. Os campos incluem os quatro atributos exclusivos da atenção primária – primeiro contato, continuidade, integralidade e coordenação – e os três atributos derivativos – centralização na família, orientação para a comunidade e adequação cultural. O levantamento é indicado para fornecer escores para cada campo e subcampo. Os instrumentos não são indicados para medir o estado de saúde em si.

Este apêndice fornece as perguntas que estão incluídas no instrumento de levantamento. Os formulários de pesquisa são formatados e incluem categorias para registrar e codificar as respostas

O Levantamento para o Usuário/Cliente é indicado para coletar informações de indivíduos referentes a suas experiências ao utilizar os recursos de atenção à saúde. A pesquisa pode ser administrada por meio de entrevistas por telefone ou pessoais.

O Levantamento para a Unidade/Profissional é indicado para coletar informações a respeito de características operacionais e práticas relacionadas ao emprego da atenção primária por profissionais de atenção direta (consultórios isolados ou em grupo, clínicas privadas ou públicas, organizações de manutenção da saúde ou unidades hospitalares de pacientes ambulatoriais, e assim por diante). O levantamento pode ser implementado por correio ou entrevistas por telefone ou pessoais.

* Este instrumento ainda não foi validado no Brasil (N.T.)

Os dados coletados pelo teste-piloto forneceram estimativas de confiabilidade e validade das escalas em cada campo, incluindo correlações entre escalas, médias dos itens, correlações entre itens e consistência interna. Estes testes são fundamentais para o processo de produção de um instrumento válido e confiável.

Se você pensar em usar qualquer um dos questionários, por favor, comunique-se com uma das pessoas abaixo.

Atenciosamente,

Holly Allen Grason, MA
Director
Women's and Children's Health Policy Center

Barbara Starfield, MD, MPH
University Distinguished Service Professor
Department of Health Policy & Management
410-955-3737
bstarfic@jhsph.edu

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE INFANTIL

Desenvolvido por

Barbara Starfield, MD, MPH
Charlyn E. Cassady, RN, PhD
Women's and Children's Health Policy Center
Johns Hopkins School of Public Health
Department of Maternal and Child Health

Para o(a)

Maternal and Child Health Bureau
Health and Services Administration

Public Health Service
U.S. Department of Health and Human Service
e
The Henry J. Kaiser Family Foundation
© Johns Hopkins University 1997
Todos os direitos reservados.

O desenvolvimento deste documento foi apoiado por dois Acordos Cooperativos (MCU 243A19 e MCU 249386) do *Maternal and Child Health Bureau* [Bureau de Saúde Maternal e Infantil] (Título V, Lei de Seguridade Social), *Health Resources and Services Administration* [Administração dos Recursos e Serviços de Saúde], *U.S. Department of Health and Human Service* [Ministério da Saúde e Assistência Social]. O financiamento adicional para este Levantamento de Profissional foi fornecido pela Kaiser Family Foundation (concessão 94-1499).

LEVANTAMENTO PARA O PROFISSIONAL

Responda ao levantamento refletindo a atenção que você oferece na qualidade de *profissional individual*.

1. Tipo de unidade
2. Sua especialidade
3. Das crianças e adolescentes atendidos em sua unidade, qual a porcentagem aproximada dos seguintes tipos de plano?
4. Qual a porcentagem aproximada de seus pacientes infantis e adolescentes estão em planos de saúde que afetam sua renda pelo número de encaminhamentos ou custos gerados por você?
5. Qual a porcentagem aproximada de seus pacientes infantis e adolescentes, que têm cobertura de saúde, que limita encaminhamentos, limita a quem você pode encaminhar ou requer aprovação para encaminhamentos?

6. Qual a porcentagem aproximada de seus pacientes infantis e adolescentes, que têm cobertura de saúde, que requer aprovação prévia para hospitalizações que não sejam de emergência?
7. Sua unidade abre aos sábados ou domingos?
8. Sua unidade abre nos dias da semana até as 20 horas?
9. Quando sua unidade está aberta e uma criança fica doente, alguém na sua unidade examina a criança no mesmo dia?
10. Quando sua unidade está fechada, no sábado ou domingo, e uma criança fica muito doente, alguém na sua unidade é capaz de examinar a criança no mesmo dia?
11. Quando sua unidade está fechada, à noite, e uma criança fica muito doente, alguém de sua unidade seria é de examinar a criança naquela noite?
12. Uma família pode conseguir, facilmente, marcar uma consulta para exames completos de rotina numa criança saudável em sua unidade?
13. Quando sua unidade está fechada, você tem um número de telefone para o qual as famílias podem ligar quando uma criança adoecer?
14. Em média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos antes de ser examinados pelo médico ou enfermeira?
15. Em sua unidade, as crianças vêem o mesmo clínico cada vez que consultam?
16. Você acha que as crianças (se tiverem idade suficiente) ou as famílias, em sua unidade, entendem o que você lhes pergunta ou diz?
17. Você acha que dá às famílias tempo suficiente para conversarem a respeito de suas preocupações ou problemas?
18. Você acha que as famílias se sentem confortáveis contando a você a respeito de suas preocupações ou problemas?
19. Se uma família tem uma pergunta, ela pode telefonar e falar com o médico ou enfermeira que melhor conhece a criança?

20. Você acredita que conhece “muito bem” as famílias de sua unidade?
21. Você acha que entende quais problemas são mais importantes para as famílias que atende?
22. Sua unidade pede para se reunir com os membros da família para discutir um problema de saúde ou familiar?
23. Qual a porcentagem de pacientes infantis e adolescentes da unidade estão “inscritos” ou têm direito a receber todo seu atendimento não-encaminhado em sua unidade?
24. Qual a porcentagem de pacientes infantis e adolescentes você acha que utilizam a unidade para *todas* as suas necessidades de saúde, estando bem ou doentes, (com exceção de verdadeiras emergências e atendimento encaminhado)?
25. Qual a porcentagem aproximada de seus pacientes infantis e adolescentes deve pagar uma taxa ou co-pagamento em cada consulta?
26. Qual a porcentagem de seus pacientes com problemas médicos ou comportamentais de longo prazo ou incapacidades?
27. Em média, quanto tempo uma criança permanece na sua unidade?
28. Sua unidade possui uma população geograficamente definida que deve ser atendida?
29. Durante as consultas em sua unidade, os seguintes assuntos são discutidos com a criança e com o pai/responsável?
 - a. Formas de manter a criança saudável, como alimentos nutritivos ou tempo suficiente de sono?
 - b. Formas de manter a criança segura, como:
 1. (Menos de 6 anos) – ensiná-la a atravessar a rua com segurança; uso de cadeirinhas de segurança nos carros?
 2. (Idades de 6 a 12 anos) – ficar longe de armas; utilizar cintos de segurança e capacetes para ciclismo?

3. (Mais de 12 anos) – sexo seguro; dizer não às drogas; não beber e dirigir?
 - c. Segurança no lar, como utilização de detectores de fumaça e manter os medicamentos em local seguro?
 - d. Formas de lidar com problemas comportamentais da criança?
 - e. Mudanças no crescimento e comportamento que os pais podem esperar em determinadas idades?
30. Se uma criança precisar de qualquer um dos serviços a seguir, seria capaz de consegui-lo no próprio local de sua unidade?
 - a. Aconselhamento nutricional por um especialista ou profissional em nutrição
 - b. Imunizações
 - c. Triage para definir elegibilidade para programas ou benefícios da assistência social
 - d. Serviços “WIC” (suplemento de leite e programa alimentar)
 - e. Exames odontológicos de rotina
 - f. Tratamento odontológico
 - g. Planejamento familiar ou serviços de controle de natalidade
 - h. Aconselhamento ou tratamento para abuso de substâncias ou drogas
 - i. Aconselhamento para problemas comportamentais ou de saúde mental
 - j. Exames para envenenamento por chumbo
 - k. Sutura de lacerações menores
 - l. Aconselhamento e testagem para HIV/AIDS
 - m. Timpanocentese
31. Você utiliza os métodos a seguir para garantir que os serviços indicados são prestados?
 - a. Fluxogramas em fichas de pacientes para resultados laboratoriais

- b. Diretrizes da clínica impressas nos prontuários dos pacientes
 - c. Auditoria periódica dos prontuários médicos
 - d. Lista de problemas nos prontuários dos pacientes
 - e. Lista de medicamentos nos prontuários dos pacientes
 - f. Outros (especificar) _____
32. É esperado que os pais/responsáveis tragam os registros médicos da criança, como imunizações ou atenção médica recebida no passado?
33. Você permitiria que uma família tivesse acesso ao prontuário médico da criança se assim o quisesse?
34. Quando um paciente necessita de um encaminhamento, você discute os diferentes locais que a família pode ir para conseguir ajuda para seu problema?
35. Alguém na sua unidade auxilia a família na marcação de consulta para o encaminhamento?
36. Você acha que tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fizeram a especialistas ou serviços especiais?
37. Você recebe informações úteis a respeito dos pacientes encaminhados de parte dos especialistas ou serviços especiais?
38. Depois da consulta, você conversa com o pai/responsável/criança a respeito do(s) resultado(s) das consulta(s) que tiveram com o especialista ou do serviço especial?
39. Com que frequência cada um dos itens a seguir está incluído como uma parte rotineira de sua avaliação de saúde?

Uso de:

- a. Genogramas, “APGAR” da família

Discussão de:

- b. Fatores de risco na família, como, por exemplo, genéticos
- c. Recursos financeiros da família
- d. Fatores de risco social, como, por exemplo, perda do emprego

- e. Condições de vida, como, por exemplo, geladeira e aquecedor funcionando
 - f. Estado de saúde de outros membros da família
 - g. Criação
- Avaliação de:*
- h. Sinais de abuso infantil
 - i. Indicadores de família em crise
 - j. Impacto da saúde da criança sobre o funcionamento familiar
 - k. Nível de desenvolvimento
40. Os médicos e enfermeiros em sua unidade perguntam aos pais/responsáveis a respeito de *suas* idéias e opiniões ao planejar o tratamento e o atendimento a uma criança?
 41. Sua unidade realiza visitas domiciliares?
 42. Você acha que sua unidade tem conhecimento adequado a respeito dos problemas de saúde das comunidades às quais atende?
 43. Sua unidade utiliza os seguintes tipos de dados para determinar quais programas/serviços são necessários para as comunidades às quais atende?
 - a. Dados de mortalidade (dados sobre mortes)
 - b. Dados de doenças transmissíveis relacionadas à saúde pública (por exemplo, DSTs, TB)
 - c. Taxas de imunização da comunidade
 - d. Dados de saúde pública, a respeito de riscos à saúde ou ocupacionais
 - e. Dados clínicos de sua unidade
 - f. Outros (especificar) _____
 44. Você é capaz de mudar os serviços ou programas de atenção à saúde que oferece em resposta a problemas de saúde específicos nas comunidades?
 45. Sua unidade utiliza os métodos a seguir para monitorar e/ou avaliar a efetividade de seus serviços/programas?

- a. Levantamento de seus pacientes
 - b. Levantamentos da comunidade
 - c. Devolução por parte de organizações comunitárias ou comissões de aconselhamento da comunidade
 - d. Devolução por parte da equipe da unidade
 - e. Análise de dados locais ou estatísticas vitais
 - f. Avaliação sistemática de seus programas e serviços oferecidos
 - g. Agentes comunitários de saúde
 - h. Ter um membro da família no conselho administrativo ou comitê consultivo
 - i. Outros (especificar) _____
46. Sua unidade utiliza qualquer dos métodos a seguir para abordar a diversidade cultural em sua população de pacientes?
- a. Treinamento da equipe por instrutores de fora
 - b. Programas em serviço apresentados pela equipe
 - c. Uso de materiais/panfletos culturalmente sensíveis (linguagem, imagens visuais, costumes religiosos)
 - d. Equipe refletindo a diversidade cultural da população atendida
 - e. Tradutores/intérpretes
 - f. Planejamento de serviços que refletem a diversidade cultural
 - g. Outros (especificar) _____
47. Sua unidade utiliza qualquer uma das atividades a seguir para abranger as populações nas comunidades que você atende?
- a. Redes com órgãos estaduais e locais envolvidos com grupos culturalmente diversos
 - b. Vinculação com organizações/serviços religiosos
 - c. Envolvimento com grupos de vizinhança/lideranças comunitárias

- d. Funcionários para busca ativa
 - e. Outros (especificar) _____
48. Você considera que sua unidade é acessível às pessoas que não falam inglês muito bem?
 49. Você é capaz de incorporar uma crença especial da família a respeito da atenção à saúde, ou utilizar a medicina popular, como ervas ou remédios caseiros, no plano de tratamento?
 50. Você é capaz de incorporar uma solicitação da família para utilizar um tratamento alternativo, como homeopatia ou acupuntura, no plano de tratamento?
 51. Sua unidade oferece “tabela variável” ou planos de pagamento de longo prazo para pacientes com dificuldades financeiras?
 52. Seus honorários profissionais são principalmente:
 - Apenas salário
 - Apenas capitação
 - Apenas taxa por serviço
 - Capitação e taxa por serviço
 - Salário e taxa por serviço
 - Salário, capitação e taxa por serviço
 - Divisão dos lucros da unidade
 - Outros (especificar) _____
 53. Você é eletivo para bônus ou está sujeito a deduções, dependendo da experiência de utilização?
 54. Você é eletivo para bônus se alcançar determinadas diretrizes ou resultados?
 55. Em sua unidade, qual o número atual de consultas
 - a. Por dia?
 - b. Por semana?
 56. Qual a porcentagem aproximada de consultas por idade?
 57. Sua unidade está aceitando novos pacientes no momento?
 58. Sua unidade é capaz de determinar quantos pacientes (não consultas) você vê por ano?

LEVANTAMENTO TELEFÔNICO PARA USUÁRIO/CLIENTE

- P1. A que médico ou local (nome da criança) geralmente vai se ele(a) estiver doente ou necessitar de orientação sobre sua saúde?
- P2. Qual o *nome* do médico ou do local?
- P3. Qual o *nome* do médico ou local que *melhor conhece* (nome da criança) como pessoa, sem considerar qualquer problema de saúde especial que ele(a) tenha?
- P4. Qual o *nome* do médico ou do local em que você levaria (nome da criança) se ele(a) tivesse um problema de saúde completamente novo, que não fosse uma emergência?
- P5. Você pode me dizer o endereço do (Médico/Lugar L) ou onde fica?
- P6. Que tipo de lugar é?
- P7. O(s) médico(s) no (Lugar L) cuida(m) de crianças apenas ou de crianças e adultos?
- P8. O(s) médico(s) no (Lugar L) cuida(m) principalmente de crianças com certos tipos de problemas ou da maioria dos problemas?
- O5. Cerca de *quantas vezes no total* (nome da criança) foi ao (Médico/Lugar L)?
- O16. Há quanto tempo o (Médico/Lugar L) é sua fonte de atenção?
- O17. Você escolheu o (Médico/Lugar L) ou ele foi indicado?
- O18. Você poderia trocar de (Médico/Lugar L) a qualquer momento que quisesse?
- O19. Você trocaria de (Médico/Lugar L) por algum outro lugar se fosse fácil fazê-lo?
- F1. O (Médico/Lugar L) atende aos sábados e domingos?
- F2. O (Médico/Lugar L) atende à noite durante a semana até as 20 horas?
- F4. Quando o (Médico/Lugar L) está *atendendo* e (nome da criança) adoecer, o médico/local o(a) vê no mesmo dia?

- F5. Quando o (Médico/Lugar L) *não está atendendo* aos *sábados e domingos* e (nome da criança) fica doente, o(a) (Médico/Lugar L) vê ou fala com você no mesmo dia?
- F6. Quando o (Médico/Lugar L) *não está atendendo* e (nome da criança) fica doente *durante a noite*, alguém de lá o(a) veria ou falaria com você naquela noite?
- F7. Você tem de esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar uma consulta no (Médico/Lugar L)?
- F19. É fácil marcar uma consulta para exames de rotina para uma criança saudável no (Médico/Lugar L)?
- F20. Quando o (Médico/Lugar L) *não está atendendo*, existe algum número de telefone que você possa ligar quando (nome da criança) adoecer?
- F23. Quando (nome da criança) tem de ir ao (Médico/Lugar L), alguém tem de faltar ao trabalho ou à escola para levá-lo(a)?
- F16. Quando você chega ao (Médico/Lugar L), você tem de esperar mais de 30 minutos antes que (nome da criança) seja examinado(a) pelo médico ou enfermeira?
- F21. Para você, é difícil conseguir atenção médica para (nome da criança) quando acha necessária a atenção do (Médico/Lugar L)?
- O1a. (Nome da criança) já passou por um exame completo regular?
- O1b. Onde (nome da criança) foi pela *última* vez para um *exame completo regular* quando ele(a) não estava doente?
- O1c. Quando foi a *última* consulta, no mesmo local, para um *exame completo*? (mês e ano)
- O2a. (Nome da criança) já recebeu *imunizações (vacinas)*?
- O2b. Onde (nome da criança) foi na *última* vez que recebeu *imunizações (vacinas)*?
- O2c. Quando foi a *última* consulta, no mesmo local, para *imunização (vacinas)*? (mês e ano)
- O3a. (Nome da criança) já foi examinado por um médico ou enfermeira porque estava doente?

- O3b. Onde (nome da criança) foi na *última* vez que esteve doente?
- O3c. Quando foi a *última* consulta, no mesmo local, por motivo de doença? (mês e ano)
06. Quando você leva (nome da criança) a (Lugar L), ele(a) recebe *atenção* do mesmo médico ou enfermeira sempre?
- O7. Você acha que o médico ou enfermeira *entende o que você diz e pergunta?*
- O8. Suas perguntas para o médico ou enfermeira são *respondidas de forma que você entenda?*
- O14. Se você tem uma pergunta, você pode telefonar e falar com o médico ou enfermeira no (Lugar L) que conhece melhor (nome da criança)?
- O21. O (Médico/Lugar L) parece interessado em (nome da criança) como *pessoa*, e não como alguém com problemas médicos?
- O23. (Médico/Lugar L) lhe dá tempo suficiente para falar a respeito de suas preocupações ou problemas?
- O24. Você se sente à vontade para contar ao (Médico/Lugar L) suas preocupações ou problemas?
- O26. Você acha que (Médico/Lugar L) conhece “muito bem” sua família?
- O27. O (Médico/Lugar L) entende quais problemas são mais importantes para você e sua família?
- K6. (Médico/médicos e enfermeiras no Lugar L) se encontrariam com membros de sua família se você achasse que seria útil?
- O20. (Médico/Lugar L) precisa de aprovação de outra pessoa para encaminhar a um especialista?
- M15. Quando você vai ao (Médico/Lugar L), você leva algum registro médico de (nome da criança), como registros de vacinas ou relatórios de atenção médica que ele(a) recebeu?
- M16. O (Médico/Lugar L) permitiria que você visse o prontuário médico de (nome da criança) se você quisesse?

- M1. (Nome da criança) já teve qualquer tipo de consulta com um especialista ou serviços especiais?
- M3. Quando foi a *última* vez que (nome da criança) foi a um especialista ou recebeu serviços especiais? (mês e ano)
- M2. Qual era o especialista ou o serviço especial?
- M3a. Esta consulta foi devido a um problema físico, mental ou comportamental, como uma condição que não passa ou dura mais do que um ano?
- M3b. (Nome da criança) já foi a este especialista ou recebeu serviços especiais anteriormente a esta última consulta?
- M17. O (Médico ou enfermeira do Lugar L) sabe a respeito das consultas com especialista ou dos serviços especiais?
- M4. O (Médico ou enfermeira no Lugar L) discute com você os diferentes locais que você poderia ter ido para obter auxílio para aquele problema?
- M7. Alguém no (Médico/Lugar L) ajudou você a marcar esta consulta?
- M10. Depois de ir ao especialista ou receber serviços especiais, (Nome do médico/alguém do Lugar L) falou com você e (nome da criança) a respeito do que aconteceu na consulta?
- M11. O (Médico do Lugar L) sabe quais foram os resultados daquela consulta?
- M13. O (Médico do Lugar L) parece interessado na qualidade da atenção que (nome da criança) recebe do especialista ou do serviço especial?
- M14. (Nome da criança) está recebendo algum medicamento que o médico no (Lugar L) *não* saiba?
- C3. Vou ler uma lista de serviços que seu filho ou sua família podem precisar em algum momento. Para cada um, diga se pode obtê-los no (Médico/Lugar L).
 - a. Respostas para perguntas a respeito de nutrição ou dieta
 - b. Imunização ou “vacinas”
 - c. Checagem para ver se sua família é eletiva para algum programa ou benefício da assistência social

- d. Serviços “WIC” (suplemento de leite e programa alimentar)
 - e. Exame odontológico de rotina
 - f. Tratamento odontológico
 - g. Planejamento familiar ou controle de natalidade
 - h. Aconselhamento ou tratamento para abuso de substâncias ou drogas
 - i. Aconselhamento para problemas comportamentais ou de saúde mental
 - j. Exames para envenenamento por chumbo
 - k. Sutura de um corte que precise de pontos
 - l. Aconselhamento e exame para HIV/AIDS (opcional)
- C1. Nas consultas do (Médico/Lugar L) com (nome da criança), algum dos assuntos a seguir é discutido com você e (nome da criança)?
- a. Formas de manter seu filho saudável, como alimentos nutritivos; ou dormir o suficiente?
 - b. Formas de manter seu filho seguro, como...
 - 1. (Menos de 6 anos) – ensinando-o a atravessar a rua com segurança e uso de assentos infantis de segurança no carro?
ou
 - 2. (Idades de 6 a 12 anos) – ficar longe de armas de fogo e usar cinto de segurança e capacetes para ciclismo?
ou
 - 3. (Mais de 12 anos) – sexo seguro, dizer não às drogas; não beber e dirigir?
 - c. Segurança doméstica, como a utilização de detectores de fumaça e guardar remédios em local seguro?
 - d. Formas de lidar com os problemas comportamentais de seu filho?
 - e. Mudanças no crescimento e comportamento que você pode esperar em determinadas idades?

- K1. O (Médicos e enfermeiras no Lugar L) perguntam a respeito de *suas* idéias e opiniões quando estão planejando o tratamento e atendimento para (nome da criança)?
- R1. Alguém do (Médico/Lugar L) já fez visita domiciliar?
- R3. O (Médico ou enfermeira no Lugar L) sabe a respeito de todos os problemas de saúde importantes de seu bairro?
- K5. Como (Médico/Lugar L) consegue opiniões e idéias das pessoas que irão ajudá-lo(a) a oferecer uma melhor atenção à saúde? Ele(a):
- Realiza pesquisas com seus pacientes para saber se seus serviços estão atendendo às necessidades das pessoas?
 - Realiza pesquisas na comunidade para descobrir quais problemas de saúde o (Médico/Lugar L) deveria conhecer?
 - Pede aos membros da família para que participem do conselho administrativo ou comitê consultivo?
- H2. Você recomendaria o (Médico/Lugar L) a um amigo ou parente?
- H1. Você recomendaria o (Médico/Lugar L) a alguém que não falasse inglês muito bem?
- H3. Você recomendaria o (Médico/Lugar L) a alguém que utiliza medicina popular, como ervas ou remédios caseiros, ou tem crenças especiais a respeito da atenção à saúde?
- B7. Quanto, nos últimos 12 meses, (nome da criança) recebeu cobertura por *qualquer* tipo de seguro-saúde, incluindo Medicaid?
- B1. Durante os últimos 12 meses, alguma atenção à saúde de (nome da criança) foi paga por meio de:
- OMS (organização para manutenção da saúde)
 - Alguma outra companhia de seguro-saúde privada
 - Medicaid ou Assistência Médica
 - Alguma clínica da secretaria de saúde
 - Alguma outra forma? (Especificar) _____

- B10a. No último ano, você teve problemas para pagar pelo atendimento de saúde para (nome da criança)?
- B8. Quando você vai ao (Médico/Lugar L), você tem de pagar alguma coisa pela consulta?
- B9. Você recebe parte ou todo este dinheiro de volta de algum programa de seguro-saúde?
- D1. (Nome da criança) é:
Afro-americano
Branco
Hispânico ou latino
Africano nativo
Americano nativo/Índio americano/Nativo do Alaska
Asiático, asiático-americano ou nativo das ilhas do Pacífico
Outros (Especificar) _____
- D2. Qual o país de origem de (nome da criança)?
- D4. Que idiomas são geralmente falados em sua casa?
- D5. Quanto a sua família paga por mês de aluguel ou hipoteca?
- D6. Finalmente, gostaria de perguntar a respeito de sua renda domiciliar. Qual dos itens descreve de forma mais próxima o nível de renda de seu lar?

ÍNDICE REMISSIVO*

A

- Abordagem histórica 75
- Abordagem para categorização por composição nosológica 76
 - Ver também* case-mix
- Abordagem por algoritmo 426, 637
- Abordagem relacionada à demanda 182
- Abordagem relacionada à oferta 182, 183
- Abordagem sociodemográfica 76
- Accessibilidade 5, 47, 57, 60-62, 65, 207, 210, 225, 226, 228, 229, 232, 234, 236, 237, 239, 241, 429, 482, 496, 499, 504, 507, 510, 648
- Acesso 19, 20, 23, 28, 29, 49, 54, 57, 62, 65, 66, 109, 144, 167, 182, 196, 200, 208, 209, 211, 215, 218, 220, 222, 225-231, 232, 234-237, 241, 318, 333, 340, 368, 382, 383, 396, 431, 441, 459, 471, 473, 476, 482, 492, 493, 497, 503-511, 514, 516, 517, 528, 529, 533, 534, 550, 551, 557, 558, 565, 566, 572, 574-576, 586, 598, 610, 611, 620, 621, 625, 645, 646, 654, 660, 667, 668, 679, 680, 691, 705
- ACG (Adjusted Clinical Group) 79, 81, 83, 86, 87, 457, 458
- ADG (Adjusted Diagnostic Group) 80, 82, 83, 87, 88
- Alemanha 26, 58, 183, 188, 323, 355, 570 584, 586, 587, 590, 592, 593, 672
- Alocação de recursos 58, 75, 78, 169
- APGAR 121, 707
- Aspectos exclusivos da atenção primária 482, 539, 678
- ASPN (Ambulatory Sentinel Practice Network) 287, 656, 657, 660
- Assistentes médicos 133, 163, 164
 - Ver também* Profissionais não-médicos
- Atenção à saúde mental 165, 431
- Atenção compartilhada 113, 128, 158, 346, 374, 375, 381-383, 410, 636
- Atenção continuada 31, 44, 52, 113, 117, 127, 151, 197, 264, 346, 373, 385, 397, 408, 426, 486, 491, 508, 536, 611, 636, 638, 685
- Atenção domiciliar 137, 169, 326, 327, 336

* Versão abreviada do original.

- Atenção gerenciada
178, 181, 186, 188, 189, 192-
199, 201, 202, 221, 223, 240,
261-266, 269, 282, 286
- Atenção Primária
Avaliação da 5, 9, 48, 59, 257,
468, 481, 497, 498, 504, 505,
508, 511, 513, 522, 526
Benefícios da 33, 34, 40,
535, 547
Orientada para a comunidade 53,
533-535, 537, 538, 542, 555,
558, 690
Prática de 99, 101, 107, 164,
188, 318, 322, 492, 571, 572,
574-578, 580-583, 641, 692
Profissionais de 5, 44, 53, 101,
108, 109, 114, 133, 146, 149,
318, 332, 336, 369, 373, 379,
381, 387, 409, 502, 504, 566,
597, 612, 639, 641, 643, 647,
656, 689
Responsabilidade 5, 8, 10, 133,
137, 205, 373, 544, 556
- Atenção secundária
29, 43, 47, 52, 65,
138, 333, 384, 649
- Atenção subespecializada
21, 44, 66, 109, 128,
153, 217, 222, 224,
239, 267, 315
- Atenção terciária 29, 378, 386,
391, 636, 647, 691
- Austrália 26, 567, 571, 587,
589, 590, 592, 593, 667, 674, 685
- B**
Bélgica 354, 572, 584, 586, 587,
589, 592, 593, 674
- Bem-estar 28, 91, 93, 94, 222, 319,
371, 446, 455, 544, 586, 665,
675, 688
- Bônus 129, 191, 679, 694, 710
- C**
Cadastro de pacientes 5, 247, 270,
484, 566, 570-574, 576-579,
581-583
CADG (Collapsed Ajusted Diagnostic
Groups) 83
Canadá 26, 113, 150, 162,
183, 211, 270, 281, 337,
339, 340, 378, 396, 426,
465, 502, 525, 527, 543, 550,
552, 567, 573, 587, 589,
592, 602, 606, 611, 656, 674, 685
Canadian Medical Association
52, 69, 162, 170, 567, 595
Capitação 78, 79, 83-85, 178, 181,
184-187, 191-193, 381,
454, 575, 576, 578, 581, 582,
680, 685, 710
Carta de Lubliana 19, 665
Case-mix 11, 76-79, 81, 83, 88,
96-98, 371, 414, 474, 634, 648
662, 663
CID (Classificação Internacional de
Doenças) 87, 110, 445, 446,
604, 606, 608, 612, 614, 618,
620, 634
CID-MC 80, 87, 634
Cirurgiões 108, 109, 113, 155, 157,
279, 280, 302, 347, 355, 396,
500, 508
Classificação Internacional de Problemas
de Saúde 446, 452, 612, 620
CLSC (Centres Locaux des Services
Communautaires) 166, 553

- COC (Continuity of Care) 271-273, 502
 Commission on the Costs of Medical Care 190
 Comodidade 56, 228
 Comorbidade 154, 456-458, 645
 Consumer Assessment of Health Plans 506, 529
 Continuidade da atenção 56, 61, 67, 113, 247, 249, 256, 271, 389-391, 396, 402, 405, 429, 502, 508
Ver também Longitudinalidade
 COOP 398, 633, 656, 657, 660
 Custo-efetividade 20, 52, 194, 558, 692
 Custos da atenção 77, 103, 140, 151, 187, 190, 202, 213, 217, 258, 265, 407, 420, 421, 565, 642, 669, 679
- D**
 DALYs (Anos de vida ajustados por incapacidade) 524
 Declaração de Alma-Ata 533, 665, 690
 Declaração de Buenos Aires 665
 Descentralização 188, 194
 Dinamarca 26, 188, 222, 224, 270, 574, 586-589, 592, 593, 625, 680
 Direitos dos pacientes 528
 DUSOI (Duke University Severity of Illness) 453, 477, 633
- E**
 Efetividade 6, 7, 27, 64, 66, 133, 162, 165, 186, 194, 225, 292, 314, 318, 322, 328, 359, 385, 419, 432, 449, 452, 470, 472, 538, 539, 541-543, 553, 558, 605, 625, 631, 633, 638, 640-643, 645, 646, 649, 654, 665, 671, 688, 689, 707
 Enfermeiros 10, 133, 161, 163, 167, 586, 670, 683, 706
 EPO (Organização de prestadores exclusivos) 193
 Equidade 6, 7, 9, 14, 19, 20, 21, 27, 32, 33, 95, 194, 221, 419, 432, 481, 524, 553, 625, 631, 665-668, 670, 671, 673, 674, 680, 687, 688
 Equipe 13, 46, 47, 50, 53, 57, 63, 127, 129, 134, 135, 155, 156, 160, 161, 164-169, 186, 192, 195, 197, 199, 233, 247, 248, 253, 265, 275, 276, 338, 357, 368, 370, 378, 381-383, 389, 409, 423, 429, 486, 488, 490, 493, 506, 522, 543, 550, 553, 558, 567, 581, 682, 683, 686, 707
 Escore 49, 147, 159, 263, 271, 352, 434, 442, 446, 447, 450, 451, 491, 492, 494-497, 499, 500, 502, 503, 508, 510, 511, 513, 514, 567, 584, 586, 591-593, 633, 673, 699
 Espanha 86, 87, 134, 158, 164, 183, 188, 270, 356, 443, 470, 504, 523, 527, 550, 575, 585, 587, 589, 590, 592, 634, 674
 Especialistas 10, 19-21, 29, 31, 33, 34, 37, 38, 40, 51, 54, 63, 65, 104, 107-109, 111-114, 116, 117,

- 123-128, 134, 136-138,
140, 143, 145, 146, 149,
153-156, 158, 160, 166, 168,
183-185, 194, 196, 198,
200, 208, 211-213, 215, 216,
219-224, 238-241, 264, 272, 274,
278-281, 333, 341, 343, 347,
352, 355, 356, 358, 368-371,
374, 378, 379, 381-385,
387, 388, 391, 395, 396,
407-410, 426, 462, 500, 505,
507-510, 523, 524, 543, 547,
566, 570, 583, 602, 636, 646-
649, 651, 677, 680, 681,
683-686, 692, 705
- Estados Unidos
9, 23, 25, 26, 37, 39, 87, 101,
102, 104-111, 114-121, 122,
124-128, 133, 134, 138, 140, 142,
153, 154, 156, 159, 162, 164,
166-168, 179, 182, 184-186,
189, 190-192, 194-196, 198-201,
210, 219, 221, 222, 224, 228,
237, 240, 251, 258, 261, 263,
266, 269, 275, 278, 279, 281,
282, 301, 318, 325, 330,
335, 337, 339, 341, 346, 378, 381,
386, 387, 404, 407, 422, 423,
425, 429, 431, 455, 456, 458,
461, 466-468, 469, 506, 507, 516,
517, 520-523, 527, 528, 539,
543, 544, 547, 550, 557, 576, 584,
587, 589, 590, 592, 593,
605, 608, 611, 613, 617, 618, 621,
622, 634, 636, 637, 656,
658, 659, 669, 670, 672, 674,
675-677, 682, 683, 686
- Etiologia
72, 136, 168, 346, 487, 535
- F**
FAACT (Foundation for
Accountability) 461, 462, 475
Farmacêuticos 143, 161, 165, 610
Finlândia 25, 26, 164, 188, 270,
337, 544, 578, 586-588, 592,
593, 675, 685
França 26, 323, 385, 579, 584,
586, 587, 589, 590, 592, 593, 610
- G**
Gasto 27, 35-37, 40, 75-78, 90,
121, 123, 143, 144, 149, 163,
177, 183-185, 191, 208, 213,
220, 234, 323, 420, 427, 458,
466, 492, 494, 505, 506, 508,
509, 516, 605, 619, 653, 666,
674, 678, 679 691
GINI 391
- H**
HEALY (Anos de vida saudável
perdidos) 523, 524
HEDIS (Health Employers Data and
Information System)
466, 467, 470
Histórico 8, 30, 59, 142, 153, 255,
271, 294, 295, 314, 367, 370,
394, 406, 407, 426, 440, 444,
454, 484, 506, 508, 512, 599,
600, 601, 611, 618, 686
HMO (Health Maintenance
Organization) 114, 175, 191,
192, 243, 244, 261, 262, 288,
289, 348, 349, 360, 362, 372,
404, 412, 442, 478, 496, 497,
530, 577, 626
Honorários 34, 566, 570-574,
576-579, 581-583, 710

- Hospitalista 156, 686
- Hospitalização 74, 80, 138, 143, 144, 149, 150, 152, 153, 156, 193, 197, 200, 211, 214, 219, 254, 257, 330, 397, 423, 441, 459, 468, 493, 522, 533, 546, 548, 550-552, 555, 599, 606, 672, 686
- I**
- ICPC (Classificação Internacional da Atenção Primária) 613, 614, 617-620, 627, 629, 634, 663
- Impacto 30, 31, 37, 39, 68, 71, 83, 88, 90, 103, 127, 136, 152, 163, 178, 184, 189, 200-202, 217, 221, 253, 259, 262, 266, 284, 299, 304, 306, 328, 381, 410, 421, 446, 451, 461, 468, 481, 490, 515, 517, 520, 522, 527, 566, 592, 594, 601, 604, 614, 632, 635, 637, 640-642, 655, 660, 666, 669, 675-677, 679, 680, 681, 683, 687, 689, 697, 706
- Imunização 148, 216, 217, 253, 334, 341, 408, 468, 470, 502, 505, 516, 534, 706, 711, 713
- Indicadores de saúde 27, 35, 515, 519, 588, 591-593, 673, 675-677
- Indicadores socioeconômicos 38
- Índices 392
- Iniquidade 323, 669, 672, 673
- Institute of Medicine 47, 69, 130, 232, 243, 248, 262, 287, 341, 361, 393, 397, 412, 470, 471, 475, 530, 539, 542, 560, 561, 621
- Integração da atenção 367, 397
- Integralidade 5, 47-49, 51, 61-64, 67, 68, 163, 195, 198, 248, 251, 266, 284, 302, 313-318, 323, 324, 329, 330, 334, 335-344, 347, 348, 350-352, 354, 357, 358, 365, 432, 482, 485-488, 491-497, 499, 502-504, 506, 507, 509-512, 514, 515, 539, 566, 567, 571-577, 579-583, 585, 645, 647, 648, 671, 699
- Interação profissional-paciente 291, 307, 377
- Internista 40, 103, 105, 107-109, 111, 113, 114, 123-125, 133, 134, 139, 140-144, 146-157, 168, 216, 223-225, 238-240, 266, 278-280, 348-352, 408, 409, 455, 500, 507, 510, 551, 577, 685
- IPA (Associação de Prática Independente) 191-193, 198
- J**
- Joint Commission 422, 429, 469, 475
- L**
- Lei de atenção inversa 421
- Lembcke 422, 475
- LICON (Probabilidade de continuidade) 272
- LISECON (Likelihood of Sequential Continuity) 392
- Longitudinalidade 46, 48, 53, 57, 61, 62, 67, 68, 114, 163, 166, 195-197, 235, 247-250, 252-265, 267, 268, 271-284, 302, 331, 365, 366, 388, 390-392,

432-434, 482, 484, 485, 492,
493, 502-504, 506, 507, 509,
511-513, 539, 565, 567, 571-577,
579-583, 645, 646, 648, 683

Ver também Continuidade da
atenção

Luxembourg Income Study 694

M

Medicaid 97, 98, 121, 167, 202, 212,
233, 243, 254, 258, 262, 264,
286, 310, 329, 362, 441, 507,
516, 677, 714, 715

Medicare

95, 98, 121, 167, 179, 202, 232,
233, 262, 285, 458, 467, 475,
663, 676, 677

Medicina alternativa 167

Medicina de família 43, 52, 78, 107,
118, 120-124, 126 134, 142,
151-153, 159, 207, 405
219, 225, 266, 273, 278,
333, 349, 350, 378, 403, 404,
425, 426, 432, 438, 443, 450,
496, 570-574, 576, 577, 580-583,
602, 633, 652, 665, 670

Médicos 7, 9, 10, 29, 30, 32, 34,
37, 38, 40, 43, 44, 47, 49,
58, 64, 72, 79, 80, 88, 101,
102-114, 116, 117, 120-129,
133-164, 167-169, 183-187,
189-199, 201, 202, 208, 211,
213, 215-221, 223, 230, 232,
238-241, 248, 249, 251-253,
255, 257, 261-264,
266, 274-282, 284, 292-295,
297-302, 304-307, 317, 325,
326, 327, 330, 333, 338, 341,

343, 345, 346-352, 354-358,
365, 370, 372, 373, 375-385
387, 389, 391, 394-403, 405,
408-410, 423-428, 431-434,
438, 442, 449, 453-455, 458,
462, 467, 470-472, 484, 485,
487, 488, 490, 491, 496-501,
503, 506-508, 510-514, 522, 523,
528, 535-537, 544, 547, 550-552,
565, 566, 570-583, 585, 586,
594, 598, 599, 606-608, 611,
617, 631, 640, 642, 643,
645-647, 649-652, 654, 656,
657, 670, 672, 679-686, 689,
692, 693, 697, 703, 705, 706,
711, 714

Metas de saúde 526, 669

Microáreas de risco 548, 551

MIPs (Managed Indemnity Plans) 190

MMCI (Modified Continuity Index)
273

Morbidade 23, 35, 71-83, 87, 88, 90,
92, 209, 241, 339, 371, 446,
448, 457, 458, 488, 524, 527,
544, 548, 555

Mortalidade 23, 25, 27, 35, 37-39,
72, 93, 149, 154, 156, 209,
224, 241, 339, 445-447, 488,
516, 519-521, 523, 527,
533, 534, 537, 546, 547, 555,
589, 592, 593, 606, 612,
618, 706

N

NAMCS (Pesquisa Nacional de Atenção
Médico-Ambulatorial) 102, 119

Necessidades de pesquisa 6, 9, 631

Necessidades de saúde 1, 3, 4, 31, 53,
61, 160, 316, 328, 335, 338,

- 340, 343, 356, 367, 419, 484, 486,
488, 512, 515, 523, 524, 539,
540, 544-548, 552, 554, 555,
603, 619, 640, 644, 650, 703
Neurologia 112, 116, 117, 122, 156
- O**
- Objetivos de saúde 670
Obstetrícia 108, 114, 122, 125, 134,
200, 337, 425, 684
Organização Mundial da Saúde
19, 21, 31, 52, 91, 92, 93, 335,
548, 549, 608, 612, 666, 690
ORYX 469, 475
- P**
- Pacientes simulados 234, 461, 490
Países Baixos 58, 73, 188, 270, 353,
356, 580, 585-588, 590, 592,
608, 611, 617, 619, 625, 674
PCAS (Primary Care Assessment
Survey) 508
PCAT (Instrumento para avaliação da
atenção primária) 513, 514
Pediatria 104, 107, 109, 121, 122,
124, 125, 326, 327, 331, 336,
352, 425, 491, 494, 495, 577,
588, 652, 656, 686
Planejamento e orçamento 86
Política de saúde 325, 466, 563,
640, 641, 651, 665, 667, 668
População eletiva 57, 60-62, 166,
267, 269, 282, 539, 604
Porta de entrada 7, 52, 195, 208,
211, 212, 219-222, 223-225,
349, 565, 583, 646, 679, 680
PPO (Organização de Provedores
Preferenciais) 190, 193, 198
Prescrição 66, 116, 147, 148, 150,
157, 252, 292, 325, 327
377, 426, 443, 444, 470,
484, 528, 604, 610, 611, 637, 655
Prevalência 72, 90, 151, 158,
214, 271, 315, 387, 427,
527, 545, 604, 605, 637, 687
Prevenção 20, 28, 31, 43, 44, 51,
52, 64, 103, 105, 107, 110,
116, 120, 146, 213, 307,
318-320, 321, 322, 328, 339,
342, 351, 428, 448, 469, 510,
523, 527, 543, 546-548,
581, 618, 642, 651, 679, 698
Primeiro contato 5, 44, 46, 48, 51,
52, 54, 56, 61, 62, 67, 68,
104, 153, 163, 193, 195, 196,
207-215, 217, 222, 225, 226,
235-237, 239-241, 248, 250,
264, 266, 284, 302, 331,
365, 368, 390, 392, 432,
482, 484, 492, 502, 504, 507,
508, 510, 512-514, 550,
565, 567, 571-577, 579, 580-583,
637, 646-648, 676, 699
Privatização 187, 323, 666
Problemas sensíveis à atenção
ambulatorial 522, 527, 551
Profissionais não-médicos 5, 133, 134,
161-165, 167, 193, 248, 387,
399, 583, 585, 638, 640,
642, 690, 692
Prognóstico 156, 198, 293, 452, 453,
599, 644, 655
Prontuários médicos 63, 65, 140,
142-147, 150, 151, 159, 235,
273, 274, 375, 376, 380, 393,
394, 395, 401, 404, 410,
424-426, 440, 444, 453, 458,
460, 462, 484, 485, 487, 489,

- 522, 597, 598-600, 603, 605,
607, 608, 615, 617, 619, 625,
637, 638, 649, 705
- PROs (Pesquisa Pediátrica em
Consultório) 287, 467,
656, 657, 663
- PROSPER (Relatórios dos Pacientes
sobre o Desempenho do Sistema)
497
- Q**
- QALY (Anos de vida ajustados pela
qualidade) 524
- Qualidade dos serviços 419, 470, 528,
635
- R**
- Rede Européia de Pesquisa 656, 657
- Reforma da atenção à saúde 7, 9, 178,
181, 188, 189, 201, 316, 585,
665-667, 679, 680
- Reino Unido 26, 76, 117-119, 158,
164, 183, 185, 188, 201, 270,
331, 337, 355, 381, 443,
505, 522, 585-588, 590, 592,
593, 610, 611, 618, 619, 625,
653, 667, 674
- S**
- Saúde comunitária 64, 194, 256,
328, 342, 540, 544, 607, 639
- Saúde pública 6, 64, 71, 122,
318-323, 331, 357, 498, 519,
533, 534, 553, 556-558,
573, 584, 670, 690, 694, 706
- SECON (Continuidade Sequencial)
391, 392
- Segurança das informações
607, 622, 624, 625
- Serviços de saúde 4, 7, 9, 10, 19, 21,
22, 27, 30-32, 34, 43, 48, 51,
54, 55, 57, 58, 60, 61,
120, 133, 138, 155, 164, 166,
177-179, 181-184, 187, 188,
193, 194, 201, 202, 208, 213,
221, 225, 228, 256, 282, 283,
314, 320, 324, 326, 331, 335,
337, 338, 340, 358, 367, 381,
382, 419-421, 432, 446, 452,
456, 459, 461, 467, 469, 488,
490, 505, 515-517, 519, 525,
528, 533-535, 538, 539, 541,
543, 546, 552-554, 565, 570,
591, 597, 602, 615, 618, 619,
621, 632, 640-642, 644, 645,
651-653, 656, 658-660, 666-668,
671, 673, 677, 678, 680, 688,
689, 698, 701
- Sistemas de informação 6, 8, 31, 188,
194, 267, 394, 395, 399, 429,
432, 444, 471, 472, 522, 536,
597, 601-603, 605, 614, 615,
617, 619, 637, 639, 650,
651, 654, 687, 689
- Sistemas de saúde
5, 7, 10, 11, 14, 28, 31,
33-36, 51, 54, 57, 74, 127,
129, 177, 178, 189, 198, 202,
266, 268, 275, 307, 314, 318,
325, 335, 381, 385, 386, 421,
452, 455, 465, 470, 488, 516,
518, 520, 525, 529, 536, 544, 547,
565, 568, 587, 605, 617, 621, 632,
633, 637, 665-669, 671, 674,
679, 682, 684, 685, 689, 690
- Sistemas de serviços de saúde
8, 101, 178, 188, 556, 631

Subespecialistas 5, 10, 20, 43-45, 65,
101, 107, 112, 127, 128,
133, 153, 155, 157, 158, 198,
215, 220-222, 224, 238, 239,
279, 302, 304, 347, 378,
381, 391, 500, 685, 692
Suécia 25, 26, 76, 138, 188, 270,
544, 583, 585-587, 589,
592, 611

T

Taxa de retorno do encaminhamento
393

Taxas de doença 224, 548

Tecnologia 1, 3, 4, 45, 52, 56,
75, 137, 168, 169, 177, 217,
304, 305, 323, 523, 545, 555,
565, 641, 645, 650, 651, 660,
672, 676, 678, 691

Treinamento 45, 47, 56, 66, 121,
123-126, 133, 137-139, 145,
155, 156, 157, 161, 164, 168,
169, 266, 273, 304-306, 321,
336, 342, 343, 422, 426,
453, 463, 464, 491-496,
528, 544, 558, 570, 586, 632,
640, 641, 643, 648, 649,
651, 652, 654, 659, 681, 683,
686, 692, 693, 707

Triagem 146, 273, 449, 458, 704

U

U.S. National Health Interview Survey
516

UPC (Continuidade do profissional
usual) 271-273

V

Vulnerabilidade 94, 645

"Um país comprometido com uma política de Atenção Primária em Saúde com a desejável qualidade e acessibilidade universal exige que esteja igualmente disponível, para o conjunto de profissionais envolvidos com sua implementação, o necessário conhecimento técnico e científico acumulado pelas experiências e evidências veiculadas na literatura internacional. O livro da Barbara Starfield reúne estas características com uma clara e sólida argumentação, agora realçada pelo sabor da língua nacional. Um convite irresistível à "degestação" de suas práticas e indispensáveis lições."

Dra. Zulmira Hartz – Coordenadora Geral de Pós-Graduação da FIOCRUZ

"Estamos cansados de ser "fígado", "pulmão" ou um órgão com problemas? Cansados de que cada um que nos atende sabe apenas sobre um pequeno pedaço físico de nós? Cansados de não conseguir uma solução para nosso problema de saúde sem ficar zanzando de um lugar para outro? Então é bom pensar na atenção básica e em suas potencialidades para transformar o modelo assistencial, constituindo-se na porta de entrada do SUS. A leitura do livro da professora Barbara Starfield é fundamental para aqueles que compartilham do pressuposto de que saúde é um direito de todos e querem engajar-se na transformação do SUS."

Dra. Sarah Escorel – Presidente do CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

"Embora a preocupação seja antiga, o final do século XX testemunhou esforço mundial no sentido de alcançar um mínimo de saúde para todos. Este objetivo não pode ser alcançado sem a construção de um sistema global de saúde, eficiente, que responda às necessidades de saúde da população. Tal sistema precisa estar alicerçado em serviços de atenção primária de qualidade. O livro da Dra. Barbara Starfield detalha estes tópicos com competência e constitui referência obrigatória para os interessados no assunto."

Dr. Maurício G. Pereira – Coordenador, Educação para a Saúde, UNESCO

Visite-nos: www.unesco.org.br
www.saude.gov.br



Apoio: **DFID** 

ISBN 858785363-5



9 788587 853639