

## 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 transformase 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 freqüentes, 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).

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.

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

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

O = não característico

+ a ++++ = cada vez mais característico

Adaptado de White (1973)



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



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

**Integrado:** 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



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

**Integrado:** 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

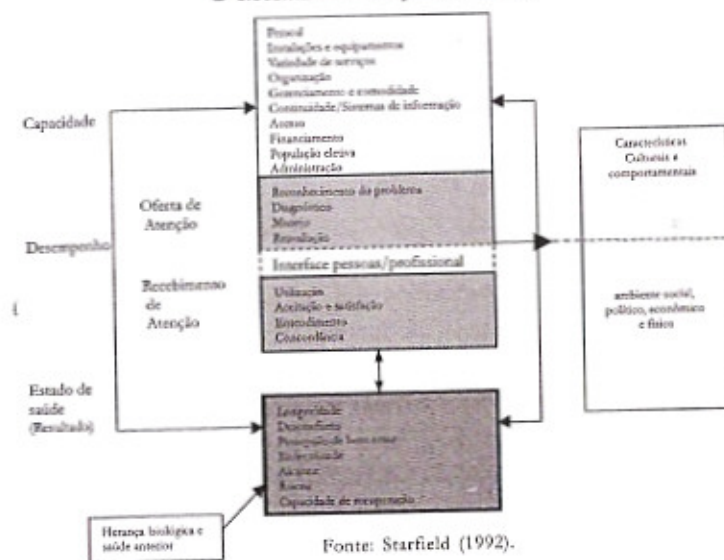
dado por meio do profissional de saúde de atenção primária e um sistema de remuneração equilibrado para oferecer toda a variedade de serviços necessários para a população.

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



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.

*Crençamento 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, portanto, é de grande interesse para estudos comparativos entre nações.

*Definimento da população efetiva 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 estrutural e 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 comunidade. 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 análogo 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 cletiva, 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 predis põe 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 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 obtenção de suas funções cardinais resultará, pelo efeito destas funções, em uma lista de tarefas similar ou idêntica. As funções é que são cruciais, porque muitas das tarefas que fazem parte da atenção primária (por exemplo, prevenção, atenção emergencial, proteção do paciente, educação em saúde, atenção reabilitadora) são tarefas que também fazem parte de outros níveis de atenção e podem, até mesmo, ser assumidas por outros níveis de atenção (por exemplo, atividades de saúde pública) em vez de ser oferecidas nas unidades de atenção primária.

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

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

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



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

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

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

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

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



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

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

## REFERÊNCIAS

- ALBERTA MEDICAL ASSOCIATION. *Primary Medical Care*. Edmonton, Canada: Alberta Medical Association, Jun. 1996.
- ALPERT, J.; CHARNEY, E. *The Education of Physicians for Primary Care*. Rockville, MD: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Health Resources Administration, 1974. (Pub. No. (HRA) 74-3113).
- CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. *Strengthening the Foundation: The Role of the Physician in Primary Health Care in Canada*. Ottawa: Ontario Canada Medical Association, 1994.
- DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*, v. 44, n. 2, p. 166-206, 1966.
- DONALDSON M, et al. (Ed.). *Primary Care: America's Health in a New Era*. Washington, DC: National Academy Press, Institute of Medicine, 1996.
- FRANKS, P.; CLANCY, C.; NUTTING, P. Defining primary care: Empirical analysis of the national ambulatory medical care survey. *Med Care*, n. 35, p. 655-68, 1997.
- FLOCKE, S. Measuring attributes of primary care: Development of a new instrument. *J Fam Pract*, n. 45, p. 64-74, 1997.
- INSTITUTE OF MEDICINE. *A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study*. Washington, DC: National Academy of Sciences, 1978. (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.