

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	Assunção 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 frequentemente 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.

PETTITTI, 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.