

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 Gervas 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 subespecializar 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 subespecialistas 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.

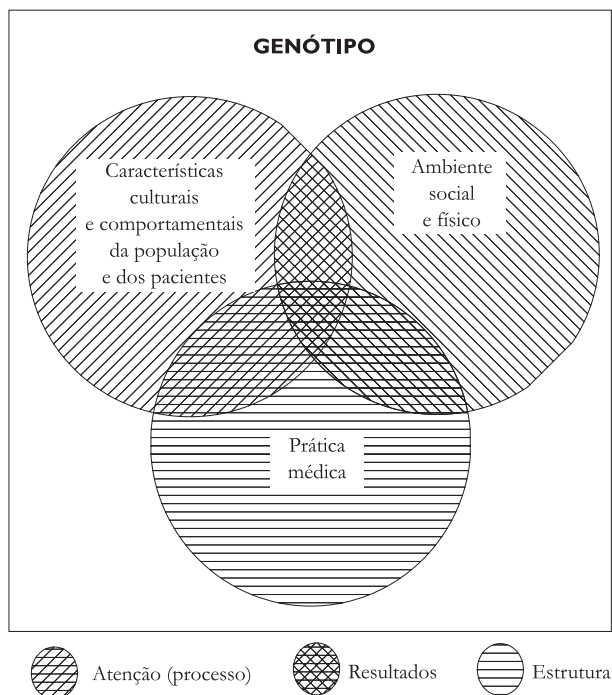
Um sistema de saúde orientado para a subespecialização possui outro problema: ele ameaça os objetivos de equidade. Nenhuma sociedade possui recursos ilimitados para fornecer serviços de saúde. A atenção subespecializada é mais cara do que a atenção primária e, portanto, menos acessível para os indivíduos 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.



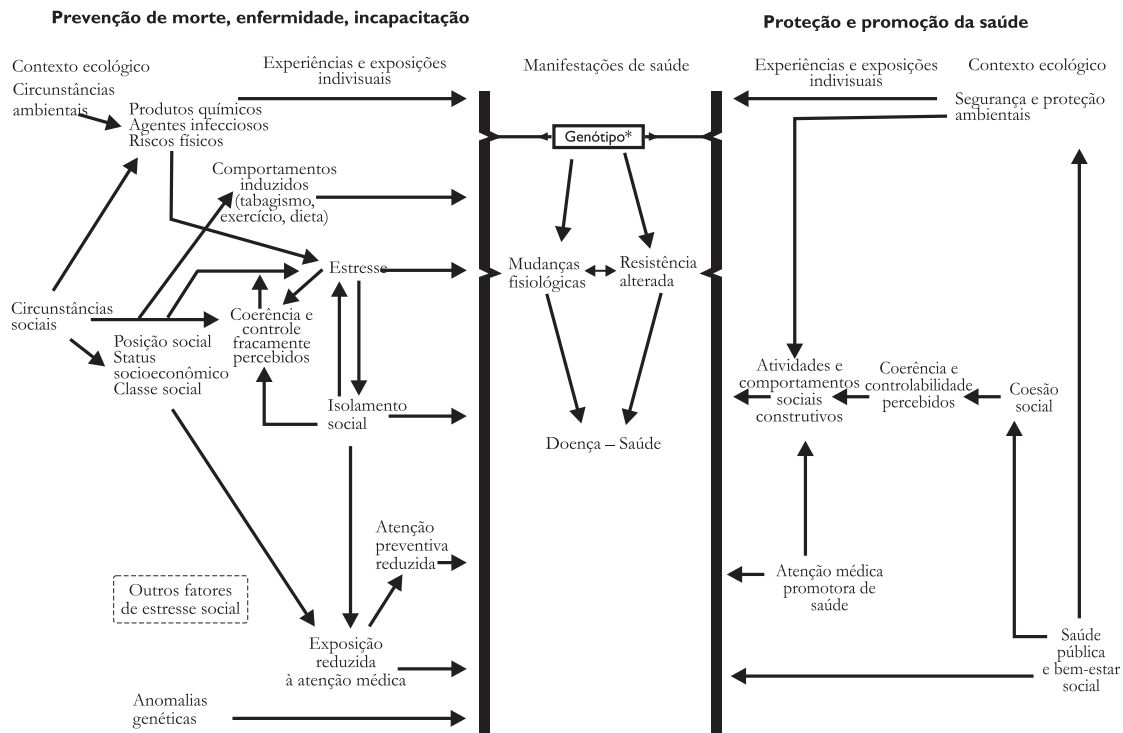
Fonte: Starfield (1973).

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:

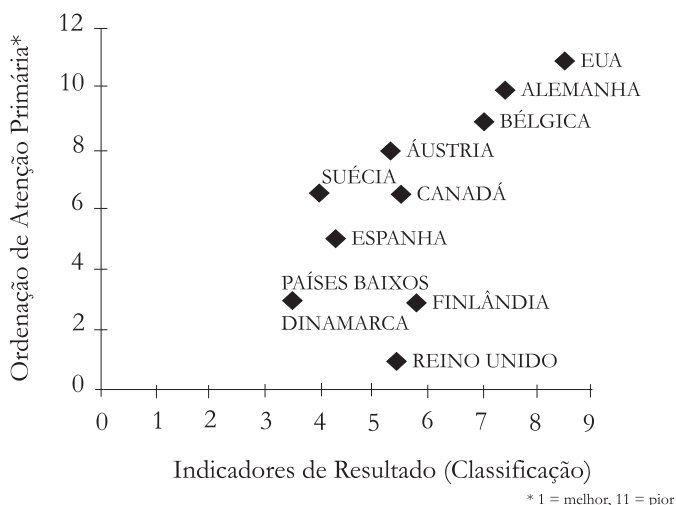
1. Classificação das taxas para 14 indicadores de saúde obtidos por métodos comparáveis e de uma única fonte de dados. Os indicadores incluíam mortalidade neonatal; mortalidade pós-neonatal; mortalidade infantil (neonatal e pós-neonatal combinadas); expectativa de vida na idade de 1 ano (para eliminar 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

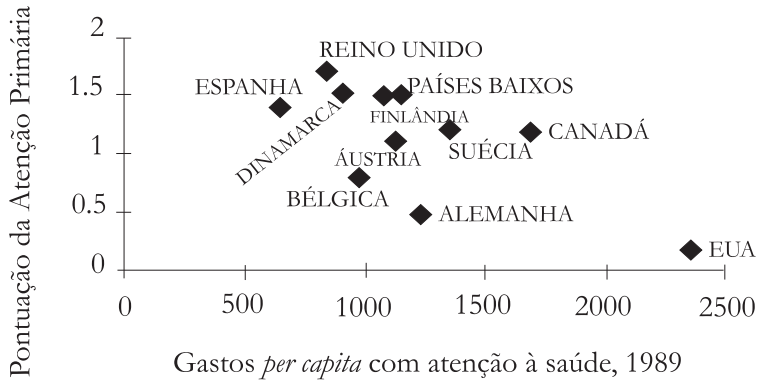
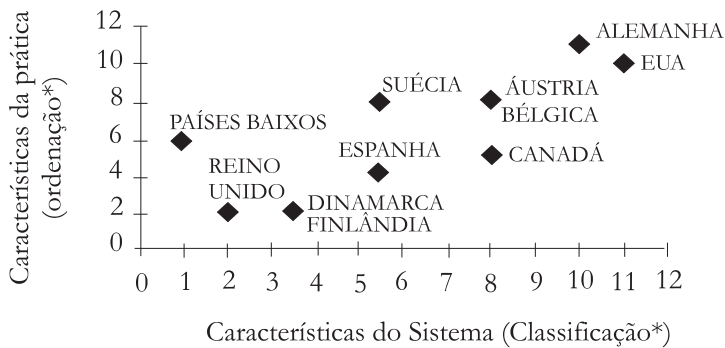


Figura 1.5
Relação entre as políticas do sistema de saúde e as características da prática relacionada à atenção primária



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

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

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

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

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

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 européia 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

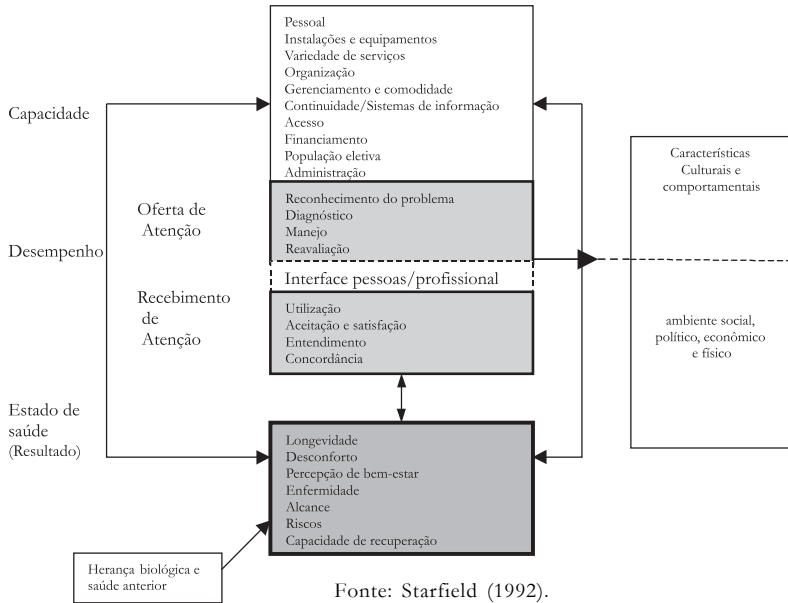
dado por meio do profissional de saúde de atenção primária e um sistema de remuneração equilibrado para oferecer toda a variedade de serviços necessários para a população.

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.

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.

Delineamento 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 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 predispõem 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 morbididade, 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 equitativos 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 morbididade 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 morbididade 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 morbididade 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 morbididade.

Resumir as informações de uma unidade de atendimento clínico para fornecer perfis da morbididade 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 morbididade 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 morbididade 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 morbididade, 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 morbididade para cada indivíduo na população), em sua forma ADG (cada tipo de morbididade 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 diagnostico 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.

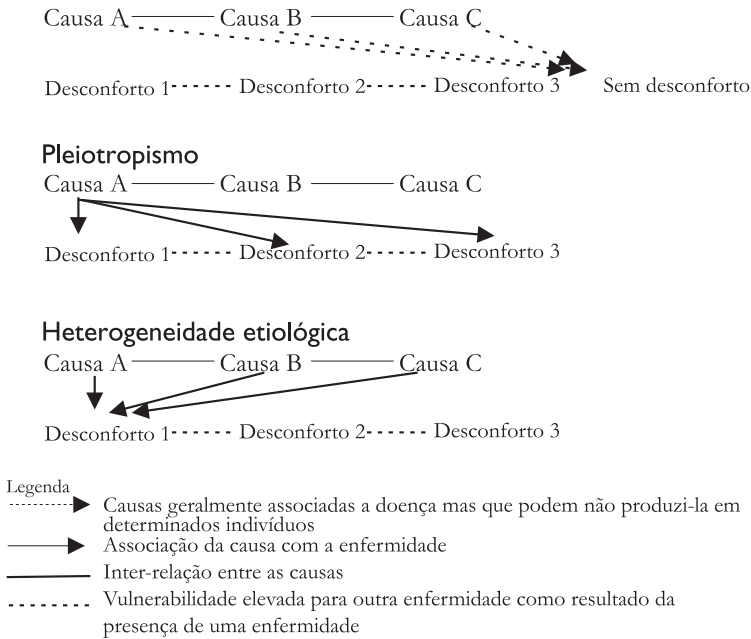
Apesar da disseminada falta de valorização corrente (e, portanto, de documentação) da heterogeneidade das manifestações e prognósticos da maioria das doenças específicas, do conjunto de enfermidades aparentemente não relacionadas em indivíduos já

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 freqüentes 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 frequentes 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 contribuísse 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 alopatá 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

	1990	1995	
		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 forneceria 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

fornece 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 frequência 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, diarreia 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 freqüentes 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 Agustin *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 cirurgias ortopédicas 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 subespecialização 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 subespecialista. 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 sangüíneos 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,

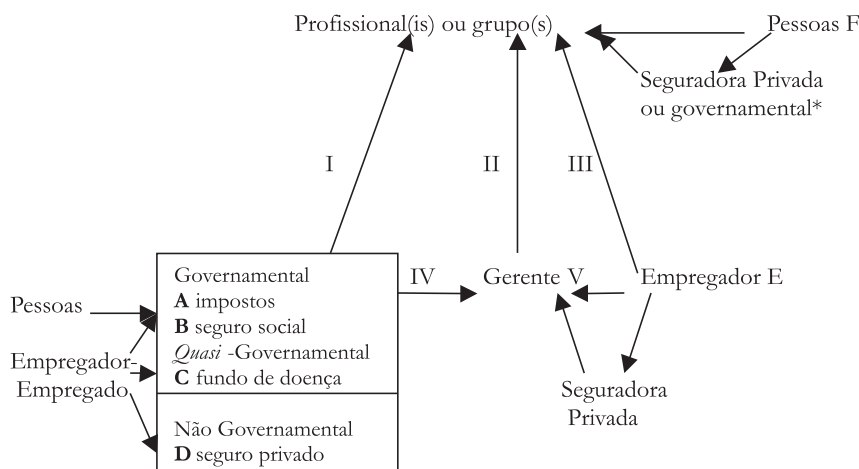
entretanto, no compromisso do governo quanto ao seu envolvimento no financiamento e organização dos serviços de saúde.

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 co-pagamento) 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,