

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.

### 13. AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA VISÃO DA POPULAÇÃO

Os tópicos para avaliação dos sistemas e programas de atenção primária são os mesmos que aqueles para estudo da qualidade da atenção, com a exceção de que enfocam as populações, e não os pacientes. Estes tópicos incluem a capacidade do recurso e prestação de serviços, bem como os resultados (estado de saúde da população). Entretanto, as fontes de dados são diferentes e o enfoque é sobre a população em geral, e não sobre uma população registrada ou uma população de usuários das unidades. No contexto das populações em geral, dois aspectos merecem consideração especial: a adequação da prestação de serviços de atenção primária e a avaliação dos resultados que estão, particularmente, dentro da área da atenção primária. (A importante questão da equidade é abordada nos capítulos 14 e 18.)

No mínimo, a avaliação dos sistemas e programas de atenção primária exige a consideração da obtenção dos aspectos da atenção primária. Além disso, os sistemas de atenção primária podem ser avaliados ou comparados de acordo com o impacto que têm sobre o estado de saúde das populações e das pessoas. Este capítulo começa fornecendo um resumo dos atributos da atenção primária que podem ser avaliados e as fontes de informações que podem ser usadas nas avaliações. Depois, volta-se para exemplos específicos de quatro abordagens diferentes: a partir de uma perspectiva educacional, a partir de uma perspectiva da população como usuária e das perspectivas da população como pertencente a uma comunidade. O restante do capítulo aborda a avaliação do impacto da atenção primária sobre condições projetadas na população.

## **AVALIAÇÃO DA OBTENÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Três tipos de características estão envolvidos na avaliação dos programas de atenção primária: (1) aspectos exclusivos da atenção primária, (2) aspectos derivativos, e (3) aspectos fundamentais, mas não exclusivos. A maioria das avaliações da atenção primária fará mais do que focar os aspectos exclusivos da atenção primária (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) através da incorporação de sua avaliação àquelas das características relacionadas. A Tabela 13.1 resume as diversas características, o tipo de formação necessária para avaliá-las, e as fontes de informação necessárias para o propósito. Para fornecer mais detalhes do que é apresentado na Tabela 13.1, segue uma breve descrição de cada uma das características.

### **Aspectos exclusivos da atenção primária**

Os capítulos 7-11 forneceram as bases teóricas para estas características da atenção primária e para as formas de avaliá-las. Os mecanismos da avaliação exigem a especificação da característica, bem como as fontes e métodos para obtenção de informações.

*Atenção no primeiro contato.* São necessárias três áreas de informação para a avaliação. A primeira envolve a acessibilidade das unidades, que pode ser determinada a partir do projeto do programa. Características especiais da avaliação envolvem (1) horário de disponibilidade, (2) acessibilidade ao transporte público, (3) oferta de atenção sem exigências para pagamento adiantado, (4) instalações para portadores de deficiências, (5) providências para horários noturnos, (6) facilidade da marcação de consulta e de tempo de espera pela mesma e (7) ausência de barreiras lingüísticas e outras barreiras culturais.

A segunda área de informação refere-se às experiências pessoais com o acesso à atenção. Isto pode ser determinado pela entrevista dos pacientes ou populações sobre seu ponto de vista a respeito das características temporais, espaciais, organizacionais ou culturais, conforme foi observado no parágrafo anterior.

**Tabela 13.1**  
**Medição da obtenção de Atenção Primária**

Aspecto	Tipo de informação necessária	Fonte(s) de informação
<b>Aspectos exclusivos</b>		
Atenção ao primeiro contato	Acessibilidade da unidade Acesso à atenção Uso da unidade como local de primeiro contato	Projeto do programa Pesquisa Formulários de queixa/auditoria/entrevista
Longitudinalidade	Definição da população eletiva Conhecimento do paciente e de seu meio social Extensão e força da relação com os pacientes, não importando o tipo de necessidade para a atenção	Registro de idade e sexo Auditoria de registros/entrevista Queixas/auditoria de registros/entrevista Entrevista/pesquisa
Integralidade	Espectro de problemas a serem tratados Atividades preventivas primárias e secundárias Reconhecimento e manejo dos problemas de saúde (incluindo saúde mental) na população Porcentagem de pessoas manejadas referenciadas sem encaminhamento	Projeto do programa Formulários de queixa/auditoria do prontuário Projeto do programa (por exemplo, consultas domiciliares)/auditoria de registros/entrevista Sistemas de informações clínicas
Coordenação da atenção	Mecanismos para continuidade Reconhecimento de informações de consultas prévias Reconhecimento de consultas para encaminhamento/consultoria (ocorrência e resultados)	Projeto do programa (pessoal; registros) Auditoria do prontuário  Projeto do programa/auditoria do prontuário
<b>Aspectos essenciais mas não exclusivos</b>		
Formato do prontuário médico	Lista de problemas Exatidão do preenchimento do prontuário médico	Unidade de prontuário Auditoria de prontuário
Continuidade da atenção	Porcentagem de consultas com o mesmo profissional no acompanhamento	Sistemas de informação
Comunicação profissional-paciente	Conteúdo/qualidade da interação	Observação/gravação em fita
Qualidade clínica da atenção	Qualificações do pessoal Adequação, exatidão e oportunidade dos serviços	Projeto do programa Auditoria do prontuário, observação, entrevista, pacientes simulados
Proteção dos pacientes	Conhecimento dos recursos da comunidade Uso dos serviços da comunidade	Entrevista (pessoal)  Auditoria do prontuário/entrevista
<b>Aspectos Derivativos</b>		
Centrado na família	Conhecimento dos membros da família Conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família	Auditoria do prontuário/entrevista Auditoria do prontuário/entrevista
Competência cultural	Providências para atender a necessidades especiais associadas às características culturais Prestação de serviços especiais para atender necessidades culturais	Projeto do programa (administração)  Levantamento
Orientado para a comunidade	Mecanismos para alcance do conhecimento das necessidades de saúde da comunidade Participação nas atividades comunitárias Envolvimento comunitário na unidade	Conhecimento das estatísticas da comunidade/entrevista  Entrevista Projeto do programa

A terceira área de informação refere-se ao uso real da unidade como um local para primeiro contato. Esta informação é obtida por meio de entrevistas com os pacientes e pela auditoria de prontuários médicos ou formulários de queixa para determinar o local da consulta para os problemas recentemente apresentados ou para necessidades de saúde.

*Longitudinalidade.* O alcance da longitudinalidade requer que tanto pacientes quanto profissionais saibam que têm uma relação mútua. Ela é geralmente alcançada mediante de alguma forma de registro do paciente e a manutenção de um cadastro de pacientes na unidade. A relação mútua pode ser testada através da confirmação de que os membros da população inscrita realmente conhecem o local responsável por sua atenção e sabem que o cadastro de pacientes realmente existe. A avaliação da longitudinalidade requer um conhecimento dos pacientes no programa e seu meio social. Isto pode ser captado por meio de entrevista com os pacientes e médicos e por intermédio de exame do prontuário em busca de informações importantes a seu respeito. As características especiais a serem consideradas são histórico social e exposições, histórico de trabalho e exposições, habitação, dieta, histórico de saúde, histórico familiar e perfil genético. As características especiais a serem determinadas a partir dos pacientes são a identificação com a fonte habitual de atenção e experiências com a relação de longa duração.

A fonte habitual de atenção pode fornecer informações para avaliar a longitudinalidade. A entrevista dos pacientes sobre a regularidade do uso para atenção não encaminhada e seus relatos a respeito de aspectos focalizados na pessoa de suas interações com profissionais são os elementos-chave. As áreas específicas referem-se ao grau com que os pacientes sempre usam a fonte de atenção primária para consultas, incluindo o manejo de doenças, manejo de sinais e sintomas, objetivos administrativos (necessidade de atestado de doença e saúde), resultados de exame, atenção preventiva, necessidade e retorno de consultoria ou encaminhamento e prescrição de medicamentos ou outras terapias. As características de sua interação deveriam focar os aspectos que são especialmente relevantes para

a atenção primária: entendimento e apreciação mútuos dos aspectos da pessoa que estão relacionados à sua saúde global.

Um terceiro tipo de informação necessária para a avaliação da longitudinalidade envolve a extensão da relação entre um paciente e um profissional além do manejo específico da enfermidade. Entrevistar pacientes e examinar prontuários podem suprir esta informação.

*Integralidade da atenção.* São necessários vários tipos de informações para a avaliação. O primeiro envolve a variedade de atividades com as quais o sistema foi projetado para lidar. Esta informação pode ser determinada mediante exame da adequação do pessoal, das unidades, dos equipamentos e dos serviços de apoio. As áreas específicas para consideração incluem a capacidade de prestar atendimento para doenças de curta duração, longa duração e recorrências; educação em saúde; cirurgias menores; saúde mental; e encaminhamento para serviços auxiliares. Em particular, a unidade de atenção primária deveria estar equipada para reconhecer e manejar *todos* os problemas de saúde comuns em sua população, não importando de que tipo.

O segundo tipo de informação envolve o desempenho de atividades relacionadas ao atendimento das necessidades da população. Estas incluem as atividades preventivas primárias e secundárias como imunizações, educação em saúde e procedimentos de exame indicados, bem como as atividades direcionadas para detecção e manejo dos problemas de saúde na comunidade atendida. Elas podem ser verificadas a partir dos prontuários médicos e formulários de queixas.

Um desafio particularmente relevante envolve o reconhecimento e manejo dos problemas existentes na população. Estas informações estão disponíveis a partir dos prontuários médicos, através de entrevistas com pacientes e médicos e a partir do projeto do programa, como a capacidade de realizar consultas domiciliares quando parecerem aconselháveis. Existem várias técnicas para avaliar esta característica. Por exemplo, elas incluem a taxa de registro de diagnósticos para a maioria dos problemas importantes em cada faixa etária e a determinação se ela está de acordo com as taxas conhecidas na população atendida; a adequação do reconhecimento dos

problemas em comparação com os resultados dos inventários de exames padrão administrados aos pacientes; e o uso de consultas domiciliares para determinantes sociais suspeitos de doença (alergias, más condições de aquecimento, mau saneamento, substâncias perigosas e ambientes). Um protótipo útil para a avaliação refere-se ao reconhecimento de problemas psicossociais, o qual deve alcançar níveis comparáveis à extensão de sua existência na população.

Uma quarta forma de examinar a integralidade é examinar as taxas de encaminhamento. Onde elas forem elevadas, isso pode sugerir falta de integralidade para uma ou mais categorias de necessidades de saúde.

*Coordenação da atenção.* A primeira área a ser examinada é o mecanismo para a continuidade. O projeto do programa e os registros do pessoal fornecerão esta informação. A continuidade do profissional ou equipe, a pronta disponibilidade dos prontuários e a fácil localização das informações devem ser levadas em consideração. Segundo, o prontuário deve ser examinado para reconhecimento das informações das consultas anteriores. Um terceiro item de informação refere-se aos encaminhamentos para consultoria ou atenção continuada. Isto pode ser aprendido a partir do projeto do programa e da auditoria do prontuário. As características especiais são o uso de um sistema organizado para encaminhamento e para localização de informações referentes aos resultados do encaminhamento e o reconhecimento documentado de seus resultados.

### **Os aspectos derivativos da atenção primária**

Um alto nível de alcance das qualidades exclusivas e fundamentais da atenção primária resulta em três aspectos adicionais denominados *aspectos derivativos*. Eles são a “centralização na família”, a “competência cultural” e a “orientação para a comunidade”. Tanto a análise teórica quanto a empírica apóiam esta designação como “derivativa”.

A *centralização na família* resulta quando o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração dos pacientes dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a

ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados.

A centralização na família é avaliada através da entrevista com membros da família e por meio da comparação de informações com as entrevistas dos médicos ou com as informações dos prontuários médicos.

O conhecimento dos membros da família é avaliado mediante entrevista com membros da família e pela comparação das informações com outras entrevistas com médicos ou informações do prontuário médico. As áreas de interesse particular incluem a consciência da comunicação intrafamiliar e o apoio e apreciação dos recursos familiares (incluindo seus níveis educacionais e meios financeiros) para lidar com os problemas de saúde do paciente.

Um segundo aspecto da centralização na família requer um conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família. Esta informação também pode ser obtida por meio de entrevistas com pacientes e médicos e mediante exame do prontuário. O conhecimento a respeito dos padrões de doença nas famílias pode esclarecer possíveis mecanismos de etiologia e de resposta à terapia.

A *competência cultural* envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais. Se a integralidade, particularmente o aspecto relacionado com o reconhecimento do problema, for bem alcançada, estas necessidades especiais deveriam ser reconhecidas e abordadas no projeto da variedade de serviços e o quão bem eles são aplicados. A avaliação requer a determinação de que estes são arranjos para identificar a existência de necessidades culturais especiais e a extensão na qual populações especiais percebem suas necessidades especiais como sendo atendidas.

*Orientação para a comunidade*, o terceiro aspecto derivativo, resulta de um alto grau de integralidade da atenção geral. Todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social; o reconhecimento dessas necessidades freqüentemente requer o conhecimento do contexto social. Os

pacientes podem não perceber que necessitam de serviços de saúde porque lhes falta conhecimento a respeito da importância de uma estratégia preventiva ou porque não percebem que um problema tem uma base médica ou pode ser passível de intervenções médicas. Um entendimento da distribuição das características de saúde na comunidade e dos recursos disponíveis nela disponíveis fornece uma forma mais extensa de avaliar as necessidades de saúde do que uma abordagem baseada apenas nas interações com os pacientes ou com suas famílias.

A avaliação da orientação para a comunidade requer três tipos de informações. A primeira é um conhecimento das necessidades de saúde da comunidade, que pode ser obtido através de entrevistas com médicos e da comparação de suas respostas com as estatísticas da comunidade. As áreas que podem ser examinadas são consciência e uso das estatísticas de morbidade e mortalidade, pesquisas de saúde, incluindo níveis de incapacidade e de doenças, além de taxas de absenteísmo na escola ou no trabalho. Um segundo tipo de informação é quanto os profissionais se envolvem nos assuntos da comunidade, uma faceta verificável através de entrevistas. As características específicas incluem o conhecimento a respeito das redes sociais e dos sistemas de apoio disponíveis, incluindo recursos recreacionais, religiosos, políticos ou filantrópicos. Um terceiro tipo de informação abrange quanto o profissional envolve a comunidade em questões relacionadas à prática, como a oferta de uma equipe de aconselhamento à comunidade ou aos pacientes ou pesquisas periódicas de satisfação do paciente e sugestões para a melhora.

Análises psicométricas de dados de questionários do consumidor indicam que tanto a centralização na família quanto a competência cultural estão relacionadas à integralidade. A orientação à comunidade é muito pouco alcançada na maior parte dos consultórios para examinar sua integridade exclusiva ou seu caráter derivativo (Cassady *et al.*, 1998). Conforme será discutido no próximo capítulo, este é um importante desafio para os sistemas de saúde de atenção primária.

### **Os aspectos fundamentais, mas não exclusivos, da atenção primária**

Várias características são importantes na atenção primária, embora sua importância não seja limitada a ela; são importantes tanto na atenção especializada como na atenção primária. Incluem uma responsabilidade de ser organizadas e eficazes na oferta de atenção; de entender, aconselhar e orientar os pacientes; e de prestar proteção aos pacientes quando houver necessidade. Estas características são importantes em *todos* os níveis de atenção.

Ao avaliar os aspectos da atenção primária que são fundamentais, mas não exclusivos a ela, cinco áreas merecem investigação. Elas são (1) a adequação dos prontuários médicos, (2) a continuidade do pessoal, (3) a comunicação profissional-paciente, (4) a qualidade da atenção e (5) a proteção dos pacientes. Cada uma delas tem seu tipo específico de fonte de informação e seu método para avaliação da característica.

*Registros adequados.* Todo registro deve conter uma lista atualizada de problemas inclua novos problemas e apague os resolvidos. As informações referentes à lista de problemas podem ser obtidas a partir de prontuários médicos ou de impressos computadorizados.

O formato das anotações da consulta também apresenta informações relevantes. Cada unidade pode ter seu próprio estilo, incluindo lista atualizada sobre medicação e alergias, fluxogramas de atenção preventiva ou laboratorial, registro oportuno dos resultados dos exames laboratoriais ou encaminhamentos pertinentes, ou um formato orientado para o problema para as anotações da consulta. A avaliação de todos estes itens requer auditorias de prontuários, embora estes possam precisar de complementação de outras informações para avaliar se o prontuário está completo.

Conforme os componentes dos prontuários se tornam mais padronizados (U.S. Department of Health and Human Services, 1996) a avaliação de sua exatidão e adequação será cada vez mais possível.

*Continuidade de pessoal.* A continuidade de pessoal de uma consulta para a outra pode ser conhecida a partir do prontuário médico.

O fator importante é a porcentagem de pacientes que consultam com o mesmo profissional ou membro da equipe no acompanhamento.

*Comunicação profissional-paciente.* Esta característica refere-se ao teor e à qualidade da interação entre o paciente e o profissional, além daqueles aspectos que são exclusivos na manutenção do enfoque interpessoal da atenção primária. Estas informações podem ser obtidas a partir de fitas de áudio e vídeo ou por meio das entrevistas com pacientes e médicos. Os aspectos a serem avaliados são a concordância a respeito dos problemas do paciente, um entendimento conjunto dos procedimentos para avaliação diagnóstica e o manejo das estratégias e satisfação do paciente com a abordagem do médico para o entendimento das suas necessidades. A avaliação da comunicação profissional-paciente também pode envolver a indicação de que o profissional permite que o paciente tenha um papel ativo em sua atenção respondendo de forma construtiva a suas perguntas e suas preocupações e considerando, com seriedade, suas sugestões para abordagens alternativas.

*Qualidade clínica da atenção.* A qualificação adequada de pessoal é o aspecto estrutural que facilita a qualidade da atenção. Ela é determinada através da revisão do projeto do programa e dos registros administrativos. As informações referentes aos processos e resultados da atenção podem ser encontradas no prontuário, através da observação, entrevista com os pacientes ou utilização de atores atuando como pacientes (pacientes simulados). Os aspectos da qualidade incluem o desempenho de processos de atenção genéricos ou específicos da doença adequados, incluindo a adequação do reconhecimento dos problemas apresentados, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e reavaliação, monitoramento e vigilância para a adequação das respostas biológicas, psicossociais e sociais e do estado funcional.

*Proteção para os pacientes.* A avaliação da proteção por um programa é baseada no grau de consciência e a extensão da utilização de muitos dos órgãos de saúde, sociais, ocupacionais e fiscais que têm um impacto sobre a saúde e os serviços de saúde. Entrevistas com pacientes e médicos podem determinar seu conhecimento destes órgãos e dos

recursos que eles podem oferecer. Os aspectos que caracterizam a proteção são assegurar as melhoras necessárias na habitação, condições de trabalho, segurança no bairro, saneamento e na obtenção de recursos financeiros relacionados à melhora e manutenção da saúde.

### **AVALIAÇÃO A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA EDUCACIONAL**

Uma abordagem para a avaliação de uma perspectiva educacional usa a unidade na qual o treinamento ocorre. Um destes estudos avaliou quanto um programa de subvenções financiado pelo Governo Federal obteve sucesso na melhora do treinamento dos médicos de atenção primária. Um aspecto da avaliação desenvolveu um levantamento detalhado pelo correio de todos os programas de treinamento em pediatria e medicina interna e abordou a medição da atenção primária. Todos os diretores do programa foram questionados se possuem atualmente um programa de treinamento em atenção primária ou se possuíram-no no passado. Um programa de treinamento da atenção primária foi definido como um programa especialmente projetado para treinar médicos para carreiras como generalistas. Em comparação, um programa tradicional foi definido como um programa projetado para oferecer treinamento para médicos que seguirão carreira prestando serviços de medicina subespecializada exclusivamente ou em combinação com a atenção generalista. Definiu, ainda, um programa de treinamento em atenção primária como aquele que dedica mais tempo ao treinamento na atenção ambulatorial do que faz um treinamento tradicional, e este enfatiza a prática da “atenção continuada” e o treinamento em estabelecimentos em que os residentes oferecem atenção contínua (não episódica) e abrangente (não especializada) (Noble *et al.*, 1992).

Análises separadas compararam os programas tradicionais com os programas de atenção primária em relação aos escores de continuidade, integralidade no ensino e integralidade nos estágios rotativos. Os programas de atenção primária financiados por um órgão

federal foram comparados aos programas financiados por órgãos não federais em relação aos três aspectos da porcentagem do tempo gasto no estabelecimento da continuidade, da integralidade do ensino e da integralidade dos estágios rotativos; também foi avaliado quanto foi alcançado dos outros aspectos (Tabela 13.2). Estes outros aspectos incluíam quanto eram usados locais na comunidade para treinamento, proporção corpo docente/treinando, diversidade do corpo docente, seleção de minorias, extensão da avaliação interna dos programas e obtenção dos aspectos da atenção primária. Os aspectos especificamente pertinentes à prática de atenção primária incluíam (1) acesso (um componente da atenção ao primeiro contato), (2) tamanho do grupo acompanhado no período de residência (um representante da longitudinalidade), (3) a variedade de serviços fornecidos (o componente estrutural da integralidade), (4) continuidade (o aspecto estrutural da coordenação), e (5) mecanismos para melhorar o reconhecimento das informações a respeito dos pacientes (o aspecto do desempenho da coordenação). As questões a seguir estabeleceram a relação entre estes elementos da atenção primária:

**Tabela 13.2**  
Comparações dos programas de treinamento

Escore de continuidade*
Integralidade do ensino*
Integralidade nos estágios rotativos *
Treinamento em unidades na comunidade
Proporção corpo docente/treinando*
Diversidade do corpo docente*
Recrutamento da minoria
Tentativas de avaliação interna
Escore da atenção primária: unidade de continuidade*
Escore do resumo

\* Componentes do escore do resumo

*Medida de acesso*

- Quando a unidade de continuidade está fechada, como no caso das noites e dos fins-de-semana, os pacientes têm acesso a um membro da equipe médica da unidade por telefone?

*Medida de longitudinalidade*

- Qual é o tamanho médio do grupo de treinandos na unidade de continuidade (número total de pacientes) ao final do terceiro ano de treinamento?

*Medida de continuidade*

- Quando a unidade de continuidade está fechada, como os pacientes são tratados se precisam ver um médico antes do próximo dia marcado? Foram listadas três opções.
- Que envolvimento é esperado que os treinandos em atenção primária tenham com seus pacientes da unidade de continuidade durante a hospitalização destes pacientes? Foram listadas três opções.

*Medidas de integralidade*

- Quem é o responsável pela garantia da prestação rotineira de medidas preventivas primárias e secundárias, como imunizações de rotina, exames, avaliações de manutenção da saúde para os pacientes dos treinandos?
- É esperado que os residentes realizem consultas domiciliares?
- São compiladas estatísticas para traçar o perfil dos problemas de saúde dos pacientes atendidos pela unidade de continuidade?

*Medidas de coordenação*

- Que métodos (se houver) são usados para garantir que as medidas preventivas primárias e secundárias indicadas sejam asseguradas para pacientes individuais? Foram listados sete métodos.

- Que mecanismo é usado na unidade de continuidade para que os treinandos conheçam os resultados de exames laboratoriais/procedimentos recentes e encaminhamentos a consultores para seus pacientes? Foram oferecidas três escolhas.

(Uma pergunta adicional foi projetada para verificar quanto os treinandos são ensinados a manejar um espectro de problemas sem encaminhamento. A pergunta verificou a porcentagem de pacientes com os problemas selecionados e procurou determinar se os treinandos trataram deles sem encaminhamento a outro profissional da saúde dentro ou fora da unidade de continuidade. Os problemas na prática pediátrica foram lacerações menores, necessidade de timpanocentese, falhas de desenvolvimento e problemas comportamentais. Na medicina interna, os problemas incluíram dor aguda no ombro, erupção cutânea, dor pélvica e depressão sintomática. Infelizmente, um erro tipográfico no questionário tornou as respostas inúteis.)

Tanto nos programas de medicina interna quanto de pediatria houve diferenças grandes e estatisticamente significativas entre os programas tradicionais e de atenção primária para a porcentagem de tempo gasto em uma unidade de continuidade, para a integralidade do ensino e para a integralidade dos estágios rotativos, e a partir daí, o escore do resumo dos três (Tabela 13.3).

**Tabela 13.3**

Diferenças entre os programas de treinamento em atenção primária e os tradicionais

Dimensão	Tradicional	Atenção Primária
Resultados: pediatria		
Escore da continuidade*	36,5	59,5
Integralidade do ensino*	75,4	84,6
Integralidade dos estágios rotativos*	20,0	26,8
Escore do resumo*	130,1	170,9
Resultados: medicina interna		
Escore da continuidade*	28,8	57,3
Integralidade do ensino*	67,6	81,0
Integralidade dos estágios rotativos*	13,9	32,5
Escore do resumo*	109,5	167,9

\* Significância no nível de 0,05 com um teste unicand. Escores mais altos refletem melhor desempenho.

Houve diferenças entre os programas de treinamento financiados por um órgão federal e outros programas de treinamento em atenção primária em algumas áreas de atenção e nenhuma diferença em outras. As áreas que não apresentaram diferenças incluíram integralidade do ensino, integralidade dos estágios rotativos, uso de locais para treinamento na comunidade, proporção corpo docente/treinando, diversidade do corpo docente, seleção de minorias e tentativas de avaliação interna do programa ou dos treinandos. Houve, entretanto, diferenças nos atributos exclusivos da atenção primária. O escore de continuidade foi muito mais alto para os programas financiados por órgãos federais, um resultado esperado porque foi exigido pelos termos da subvenção ao treinamento que os programas alcançassem um determinado nível de continuidade. Entretanto, além disso, os programas financiados por órgãos nacionais tanto em medicina interna quanto em pediatria tiveram escores de atenção primária que foram significativamente mais altos do que aqueles de outros programas de treinamento em atenção primária, conforme está indicado na Tabela 13.4. Os escores resumidos, elaborados a partir do índice de continuidade e o escore da atenção primária, foram significativamente mais altos para os programas financiados por órgão federais, tanto em pediatria como em medicina geral. Ou seja, os programas que operam sob expectativas formais para a atenção primária apresentam melhor desempenho.

Em uma pesquisa pelo correio como esta, as respostas aos questionários podem ser distorcidas pela suposição, intencional ou não, das respostas percebidas como desejáveis, um problema menos provável de ocorrer em uma discussão e observação pessoal. As visitas à unidade feitas como parte deste estudo confirmaram os resultados da pesquisa pelo correio e sugeriram que os achados do questionário, em qualquer dos casos, subestimaram as diferenças entre os programas financiados por órgãos federais ou não.

**Tabela 13.4**  
Diferenças entre os programas de treinamento em  
Atenção Primária, por fonte de financiamento

Dimensão	Financiado por órgãos não federais	Financiado por órgãos federais
Resultados: pediatria		
Escore da continuidade*	35,5	65,9
Escore da atenção primária*	61,1	68,4
Escore do resumo*	296,5	344,5
Resultados: medicina interna		
Escore da continuidade*	37,6	65,8
Escore da atenção primária*	50,6	61,2
Escore do resumo*	283,9	330,3

\* Significância no nível 0,05 com um teste unicand. Escores mais altos refletem melhor desempenho

## AVALIAÇÃO A PARTIR DAS PERSPECTIVAS DO PACIENTE

Como um subproduto de um estudo maior que examinou as diferenças nas experiências com a atenção entre adultos com uma ou mais de várias enfermidades crônicas, que estavam sendo atendidos em estabelecimentos que cobram uma taxa por serviço ou organizações de manutenção da saúde (HMO), por médicos de diferentes especialidades (medicina de família, medicina geral interna, endocrinologia ou cardiologia), foi feita uma tentativa para avaliar a obtenção da atenção primária pelos médicos. Embora as medidas não tenham sido projetadas especificamente para avaliar a atenção primária, foram subsequentemente organizadas em escalas que se acreditava refletissem as dimensões da atenção primária. Foram planejados sete indicadores: acessibilidade financeira e organizacional, continuidade, integralidade, coordenação e responsabilidade interpessoal e técnica. As escalas de acessibilidade continham 8 e 11 indicadores, respectivamente. A escala de “continuidade” tinha apenas um item: O médico (que pediu a você que participasse do estudo) ainda é um de seus médicos? A escala de integralidade tinha dois itens abordando o número de médicos consultados em seis meses e

quantas consultas foram realizadas com o médico que solicitou que o paciente participasse do estudo. A escala da coordenação tinha dois itens inferindo informações a respeito das consultas feitas a outros médicos e as medicações prescritas por eles e se o médico que pediu aos pacientes para participar do estudo sabia dos medicamentos. A escala de Responsabilidade Interpessoal tinha 14 perguntas e a escala de Habilidades Técnicas tinha 10 perguntas. O estudo indicou que os pacientes nos sistemas de taxa por serviço tiveram escores mais altos em algumas dimensões (acesso organizacional, continuidade e responsabilidade), enquanto o acesso financeiro foi mais alto nos sistemas pré-pagos. Os pacientes da HMO tiveram os escores mais altos para a coordenação e os mais baixos para a integralidade. A partir do ponto de vista da avaliação da atenção primária, várias limitações a este estudo deveriam ser observadas; todos os pacientes tinham, pelo menos, uma doença crônica e por isso não são representativos da diversidade de pacientes nos estabelecimentos de atenção primária. Segundo, as perguntas que formaram as escalas não foram desenvolvidas especificamente para o propósito de avaliar a atenção primária, e algumas das escalas não abordam o conceito para o qual são indicadas para representar (Safran *et al.*, 1994).

O PROSPER (*Patient Reports on System Performance* [Relatórios dos Pacientes sobre o Desempenho do Sistema]) é projetado como um questionário auto-administrado que enfoca os relatos de pacientes a respeito do processo de atenção, e não sua classificação dos serviços ou sua satisfação quanto a eles. Questiona a respeito do acesso à atenção, da comunicação entre os profissionais (coordenação), e do recebimento de informações conflitantes. É preenchido pelos pacientes que foram a uma consulta ou foram encaminhados nos últimos três meses. Foi validado em vários grupos de pacientes e é particularmente útil quando o interesse recai sobre os indivíduos com doenças que exigem a busca de atenção de mais de um médico. Assim, é particularmente adequado para a avaliação do desempenho da atenção primária para aquele subgrupo de pacientes que têm necessidades contínuas de saúde ou problemas crônicos que requerem atenção pelo menos ocasional de um especialista (Zapka *et al.*, 1995).

## AVALIAÇÃO A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA DA COMUNIDADE

Uma avaliação da atenção primária realizada a partir da perspectiva das unidades que atendem a toda uma população urbana foi iniciada pela *Baltimore City Medical Society* [Sociedade Médica da Cidade de Baltimore] como um empreendimento cooperativo envolvendo planejadores de saúde estaduais, regionais e municipais, além do corpo docente e estudantes em uma escola de saúde pública para estudar a extensão na qual os recursos da atenção primária estavam disponíveis para toda uma cidade norte-americana. O estudo tinha dois objetivos: fornecer dados para o planejamento local do sistema de prestação de atenção primária e fornecer informações para complementar os dados nacionais sobre a medição da extensão da atenção primária em consultórios (Weiner *et al.*, 1982).

Foram obtidos dados de todos os médicos na área. Uma amostra aleatória estratificada também foi solicitada para completar um registro de consulta para cada paciente atendido em uma semana.

Foram usados três métodos para avaliar a extensão da atenção primária em consultórios. No primeiro método (o método “empírico”), foi usado um algoritmo para distinguir entre primeiras consultas, consultas apenas para consultoria, consultas para serviços especializados continuados sem encaminhamento e as consultas para atenção principal. A última categoria incluía as consultas que não foram realizadas para qualquer dos três objetivos e quando tanto o último contato do paciente para um exame regular completo como para atendimento a um resfriado ou “gripe” foi com o médico da consulta de amostragem. Os pesquisadores desenvolveram um *Empirical Primary Care Index* [Índice de Atenção Primária Empírica] (EPCI), um índice ponderado destes quatro tipos de consultas nas quais a atenção principal recebeu peso 3, a atenção como primeira consulta recebeu uma taxa de 2, a atenção especializada recebeu peso 1 e a atenção por consultoria recebeu peso 0. As consultas que não entraram nas categorias acima receberam peso 2.

O segundo método de avaliação da extensão da atenção primária tinha quatro componentes, três dos quais estavam relacionados aos atributos exclusivos da atenção primária, enquanto o quarto componente se referia à centralização na família. O método é “normativo” porque as características foram julgadas em relação aos critérios que se presumem que sejam os padrões.

*Integralidade:* foi presumido que seria maior se um determinado conjunto definido de serviços estivesse disponível na unidade. Os serviços incluíam exames físicos, imunizações, exames pélvicos, eletrocardiogramas, determinações de hematócritos ou hemoglobina sanguíneos e análises microscópicas.

*Acessibilidade* da unidade foi classificada de acordo com a disponibilidade de marcações de consulta de emergência, disposição do profissional em atender chamadas fora do consultório (em casa ou sala de emergência), uso de um serviço eletrônico de resposta a chamadas e providências formais para a cobertura em horas noturnas.

A *atenção longitudinal* foi medida através da média de duração da relação dos pacientes com um médico específico consultado e foi controlada pela idade do paciente.

O *componente de centralização na família* foi baseado na porcentagem de pacientes na unidade que tinham, pelo menos, um outro membro imediato da família atendido pelo mesmo médico.

Os quatro escores separados foram combinados para desenvolver o *Normative Primary Care Index* [Índice Normativo de Atenção Primária] (NPCI).

No terceiro método de avaliação da extensão da atenção primária, o índice de atenção primária auto-avaliada (SAPCI – *Self-Assessed Primary Care Index*), os médicos responderam à pergunta “Qual a porcentagem de consultas em sua unidade principal que você estima serem de atenção médica geral para pacientes com os quais você mantém uma responsabilidade continuada?” Foi considerado que os médicos com as porcentagens mais altas fornecem mais atenção primária do que os médicos com as porcentagens mais baixas.

Os resultados mostraram que:

- a porcentagem das consultas de atenção principal foi maior para os médicos de família, internistas e pediatras do que para todos os outros médicos;
- a porcentagem de primeiras consultas foi menor para psiquiatras e maior para médicos subespecialistas, mas não diferiu grandemente para outros tipos de médicos;
- a porcentagem de consultas de atenção especializada foi alta para ginecologistas/obstetras e médicos subespecialistas, baixa para os médicos de família e pediatras e intermediária para todos os outros;
- a porcentagem de consultas para consultoria foi baixa para pediatras e médicos de família; alta para psiquiatras, subespecialistas cirúrgicos, cirurgiões gerais e subespecialistas médicos; e intermediária para os outros.

Assim, o EPCI, derivado dos escores acima adequadamente ponderados, foi alto para os médicos de família, pediatras e internistas; baixo para psiquiatras e subespecialistas cirúrgicos; e intermediário para os outros. O NPCI foi o mais alto para médicos de família, pediatras e internistas gerais; o mais baixo para subespecialistas cirúrgicos; e intermediário para o restante. O SAPCI foi condizente com os resultados dos outros dois métodos ao indicar que internistas, médicos de família e pediatras praticam mais atenção primária do que qualquer dos outros especialistas.

Os achados levam a crer na utilidade das medidas para distinção do alcance das várias características da atenção primária num grupo de unidades.

Este estudo também envolveu uma avaliação da disponibilidade e da utilização dos serviços de atenção primária nas diferentes áreas da cidade. As taxas de consulta em consultório foram calculadas por idade, sexo, raça e residência dos pacientes dentro das áreas. A medida da disponibilidade do médico foi de consultas por pessoa. O estudo revelou que:

- a área residencial com a disponibilidade mais alta de médicos teve 4,3 vezes mais o número médio de consultas que a área com a disponibilidade mais baixa;
- a porcentagem do total de consultas ambulatoriais a consultórios particulares variou de 41,6 a 96,5; no geral, os moradores obtiveram apenas 37,5% de seu atendimento em consultórios dentro dos distritos em que moram;
- a porcentagem de consulta de atenção primária para as quatro especialidades em atenção primária dentro dos distritos em que moram foi discretamente mais alta (43,2%) do que a porcentagem de todas as consultas realizadas dentro do distrito em que moram;
- o uso dos serviços de consultório variou notavelmente por raça da população: moradores negros representaram apenas 59% do número de consultas em consultório em comparação aos moradores brancos.

Utilizando os dados norte-americanos como padrão, os moradores de Baltimore tiveram um nível adequado de utilização dos serviços especializados, mas um nível muito inferior de consultas de atenção primária em relação à média nacional. Em cinco das oito áreas da cidade, a renda familiar média estava mais proximamente relacionada ao uso dos serviços do que a disponibilidade dos recursos, enquanto nas outras três áreas tanto a renda quanto a disponibilidade dos recursos estavam igualmente associadas ao uso. Isto implica que a presença de recursos de atenção primária em uma área é um fator menor na determinação do uso dos serviços de atenção primária do que a média de renda de seus moradores. Os moradores em áreas de alta renda comparados àqueles em áreas de renda mais baixa tiveram uma utilização relativamente alta, não importando a disponibilidade da atenção em suas áreas residenciais. Em áreas com baixa renda familiar, a utilização foi baixa embora houvesse consultórios de atenção primária disponíveis, algumas vezes.

Um meio para acessar a utilidade das medidas baseadas nas populações para descrever alguns aspectos da atenção primária foi fornecido através de dois conjuntos de dados exclusivos e interligados

em Manitoba, Canadá. Um estudo analisou dados de pesquisas e dados de queixas interligados de todas as consultas médicas (Black, 1990). Foram desenvolvidas duas medidas de atenção primária: uma medida de longitudinalidade e uma medida de integralidade. A medida de longitudinalidade foi criada pela aplicação da medida de continuidade da atenção (COC) (ver capítulo 8) para a primeira consulta em cada episódio de atenção para uma doença, não importando o tipo de motivo para a consulta. A medida foi validada pelo teste em relação ao que foi relatado pelos que responderam a pesquisa como sua “fonte habitual de atenção”; os indivíduos que relataram que tinham uma fonte habitual de atenção tiveram escores de longitudinalidade mais altos. A integralidade foi medida ao determinar se um indivíduo tinha recebido uma imunização para gripe. Também foram feitas tentativas para avaliar tanto a atenção ao primeiro contato como a coordenação da atenção; embora ambos os métodos fossem julgados como promissores, eles não obtiveram os padrões para validação do critério.

O estudo indicou que:

- os indivíduos que tinham sido encaminhados para consultoria com um outro médico tiveram escores mais baixos para longitudinalidade, enquanto aqueles que receberam uma proporção maior de serviços de profissionais de atenção primária tiveram escores mais altos de longitudinalidade;
- a integralidade estava significativamente relacionada ao volume dos serviços de atenção primária que os indivíduos receberam;
- entre os indivíduos que tinham sido encaminhados, aqueles para os quais uma proporção maior de suas consultas foi com o profissional de atenção primária tiveram uma maior integralidade;
- na verdade, o volume de serviços de atenção primária foi um preditor maior da obtenção de integralidade do que o volume total de consultas ambulatoriais.

Este estudo demonstrou o potencial para a utilização de dados de formulários de queixas para avaliar a obtenção de, pelo menos,

duas das características da atenção primária (longitudinalidade e integralidade) com base em população e não a partir da perspectiva de uma unidade.

Outra pesquisa de adultos em 41 condados na Califórnia, em 1993, examinou a relação entre o acesso percebido aos serviços e a intensidade da atenção primária recebida pelos indivíduos na pesquisa. A intensidade da atenção primária foi avaliada por meio do escore de quatro aspectos, como segue:

*Disponibilidade:* uma contagem de cinco aspectos da atenção, incluindo um ou menos dias de tempo de espera por uma consulta quando doente; tempo de espera de 20 minutos ou menos no consultório; acesso telefônico em horários noturnos; acesso telefônico nos fins-de-semana; e menos de 20 minutos de tempo de viagem (variação dos escores, 0-1; escore máximo se os cinco foram respondidos afirmativamente).

*Continuidade (longitudinalidade):* menos de ou mais de um ano voltando ao mesmo local (variação dos escores, 0-1).

*Integralidade:* o paciente iria a este lugar se tivesse um novo problema como uma gripe ou uma torção no tornozelo; atenção para um episódio recorrente de um problema de saúde contínuo; para um exame regular completo ou vacinação ou exame de Papanicolaou (variação do escore, 0-1 para cada item; variação dos escores por categoria, 0 a 1 [se tiver escore nos três itens = 1]).

*Comunicação:* os médicos no local têm tempo para ouvir; os médicos têm tempo para explicar; problemas em falar com o médico devido a uma barreira da linguagem (classificado 0-2 em cada item; variação dos escores para a categoria, 0 ou 1 [se tiver escore nos três itens = 2]).

O indivíduo foi considerado como tendo ótima atenção primária se todos os escores mais altos possíveis foram atingidos nas quatro características. Dos 6.674 indivíduos no estudo, apenas 18% alcançaram atenção primária otimizada assim definida pelos pesquisadores. Deve ser observado que o conceito de integralidade difere da abordagem sugerida neste livro porque ela não aborda a

completa variedade de serviços disponíveis e prestados pelos profissionais de atenção primária, mas sim, se as pessoas procuraram ir àquele profissional quando apresentaram o tipo específico de problema. Além disso, a medida da “comunicação” é parte do conceito da “longitudinalidade” (atenção focalizada na pessoa no decorrer do tempo) como é descrito neste livro.

Outra ampla avaliação da atenção primária foi realizada em uma grande região na Espanha. Em 1984, a Espanha iniciou a reforma de atenção à saúde que objetivava alcançar uma melhor atenção primária. Esta reforma foi implementada de forma progressiva, permitindo, assim, sua avaliação através da comparação de determinadas características da atenção primária alcançadas em áreas em que foi implementada e áreas em que ainda não tinha sido implementada. Embora nenhum plano específico tenha sido feito para avaliar a reforma, a coleta de informações relevantes em vários tipos de pesquisas permitiu a avaliação de alguns aspectos da atenção primária. Na região basca, uma pesquisa por entrevista domiciliar em 1992, coletou informações que permitiram a avaliação da acessibilidade (como o componente estrutural da atenção de primeiro contato), integralidade (em termos de alcance dos procedimentos preventivos indicados) e longitudinalidade (no contexto da aquisição de seguro privado para permitir que o indivíduo buscasse atendimento em outros lugares, arriscando assim a formação de relações de longa duração focalizadas na pessoa). A região foi dividida em áreas que tinham uma boa penetração de serviços de reforma e aquelas que não a tinham. A longitudinalidade da atenção foi melhor nas áreas reformadas, conforme medida pelas taxas mais baixas de aquisição de seguro privado. A acessibilidade foi melhor nas áreas reformadas para pessoas nas classes sociais mais baixas, mas não nas mais altas, indicando uma melhora na equidade do acesso, mas não no acesso global. A rigidez na marcação das consultas nas unidades reformadas foi considerada a responsável pelo alcance inferior de acessibilidade entre as pessoas cronicamente doentes nestas áreas. A falha no alcance de uma melhor integralidade da atenção foi considerada como estando relacionada às inadequações do comportamento de busca da atenção por parte dos pacientes, bem como ao fato de que dois dos

quatro procedimentos preventivos dependiam mais da atenção especializada do que das inadequações na atenção primária porque os procedimentos (mamografias e exames de Papanicolao) são feitos por especialistas outros que não generalistas, no sistema reformado (Larizgoitia e Starfield, 1997).

No Reino Unido, uma abordagem estatística para avaliação da qualidade das unidades de atenção primária começou com indicadores de qualidade que foram presumidos como relacionados aos resultados. O método (análise de envelope de dados) rende uma medida de eficiência técnica relativa de unidades em áreas locais (*Family Health Services Authorities* [Autoridade dos Serviços em Saúde da Família]). Sete indicadores importantes da qualidade foram usados: generalistas por 10.000 pacientes; porcentagem de generalistas que não trabalham isoladamente; porcentagem de generalistas que alcançam altos níveis de imunização infantil; porcentagem de mulheres com idades entre 35 e 64 anos com um exame de Papanicolao adequado nos últimos 5,5 anos; uma porcentagem de consultórios com padrões estruturais mínimos (acesso a cadeiras de rodas, privacidade nos consultórios, precauções contra incêndio e áreas de espera adequadas). Levando-se em consideração a proporção da doença na área (limitando a doença de longa duração padronizada por idade e sexo) e a taxa de desemprego na área, a eficiência da atenção primária na área pode ser calculada utilizando o gasto bruto com serviços do generalista por indivíduo na população (Salenas-Jiménez e Smith, 1996).

O reconhecimento relativamente recente da atenção primária como uma disciplina científica distinta trouxe uma nova consideração à avaliação das características do sistema de saúde de relevância específica para a atenção primária. Embora a pesquisa inicial mencionada acima não tenha distinguido a avaliação da atenção primária dos serviços de saúde em geral, a pesquisa mais recente difere, abordando os aspectos da atenção que são de relevância especial para a atenção primária.

A *Agency Health Care Policy and Research* [Órgão para Política e Pesquisa de Atenção à Saúde], em conjunto com vários pesquisadores acadêmicos nos Estados Unidos, desenvolveu e testou uma ferramenta

projetada para avaliação dos planos de saúde pelo usuário (Consumer Assessment of Health Plans, 1997). Uma seção do questionário adulto principal (versão correio) pergunta se o indivíduo foi capaz de encontrar um médico pessoal (“um que conhece você melhor”), se foi fácil fazê-lo, se algum outro médico teve que ser consultado porque o médico pessoal não esteve disponível nos últimos 6 meses, e uma classificação geral daquele médico em uma escala de 1 a 10. Também pergunta se há exigências para um encaminhamento a um especialista e o quanto fácil foi conseguir um. Perguntas a respeito do acesso telefônico, facilidade para marcação de consultas de rotina e atenção a pessoas saudáveis, tempo de espera no consultório, se a equipe do consultório é prestativa e cortês e vários aspectos da comunicação (explicações, demonstração de respeito, tempo gasto, conhecimento do histórico médico do paciente, envolvimento do paciente nas tomadas de decisão e classificação geral da atenção à saúde) nos últimos seis meses são incluídas, mas refletem a atenção em geral, e não especificamente para os serviços de atenção primária. Assim, o instrumento aborda alguns aspectos da atenção primária (acesso aos serviços para necessidades comuns, determinados aspectos da comunicação interpessoal importantes em atenção primária) mas sem relevância específica para as experiências em atenção primária dos pacientes. A adaptação das perguntas tornaria o questionário mais útil para avaliação dos aspectos específicos de adequação da atenção primária. Como o propósito da informação é ajudar empregadores e usuários (quando têm oportunidade) a selecionar um plano de saúde, tem pouco a oferecer no fornecimento de um entendimento da forma pela qual os serviços de atenção primária são projetados e prestados e como poderiam ser melhorados. Além disso, omite a consideração daqueles aspectos da atenção que estão relacionados à integralidade ou longitudinalidade dos serviços com um profissional de atenção primária.

Franks *et al.* (1997) avaliaram a orientação para atenção primária das consultas incluídas na Pesquisa Nacional de Atenção Médico Ambulatorial, a qual inclui informações a respeito das consultas realizadas por uma amostra estratificada representativa dos médicos em consultório nos Estados Unidos. 10 itens foram obtidos a partir de

fitas de dados gravados desta pesquisa para abordar a atenção ao primeiro contato, a integralidade da atenção, a coordenação e a acessibilidade. A seguir são descritas as medidas usadas para avaliar a orientação da atenção primária dos diferentes tipos de especialistas na pesquisa.

*Acessibilidade:* a proporção de pacientes negros, a proporção dos pacientes com seguro Medicaid e a porcentagem de médicos que trabalha em áreas rurais (sendo presumido que o melhor acesso atrairia estes grupos da população, geralmente com um acesso inferior).

*Atenção no primeiro contato:* a proporção de consultas do paciente para as quais ele *não* tenha sido encaminhado por outro médico.

*Integralidade da atenção:* foram usadas três medidas. A primeira consistiu do índice de Herfindahl, que reflete quanto dos diagnósticos dos médicos estão concentrados em uma ou mais categorias de diagnóstico e, portanto, reflete uma variedade de tipo de diagnósticos feitos. A segunda refere-se à proporção de pacientes para os quais os médicos relataram ter medido a pressão arterial. Uma terceira medida foi a década média de vida representada pelos pacientes dos médicos. (Uma quarta medida de integralidade também foi usada, consistindo de informações a respeito da proporção de pacientes examinados anteriormente por um problema diferente. Entretanto, sua natureza sugere uma melhor adequação ao conceito de longitudinalidade porque ela aborda a busca de atenção para vários tipos de problemas no mesmo médico.)

*Coordenação:* um item foi formado a partir da informação quanto a, pelo menos, um encaminhamento ter sido feito nas consultas amostradas (geralmente cerca de 20).

Como os autores estavam restritos em sua escolha das medidas às informações que já estavam disponíveis, houve limites no quão específicas foram as medidas para definições mais convencionais dos campos da atenção primária. Apesar disso, eles foram capazes de mostrar que os médicos de família, pediatras gerais, internistas e generalistas foram muito mais orientados para a atenção primária do que os médicos

em outras especialidades. Os cirurgiões gerais, nefrologistas e médicos de medicina de emergência também tiveram uma classificação relativamente alta nas medidas, indubitavelmente porque os dados sobre a continuidade da atenção favoreceriam os médicos com uma grande proporção de pacientes sob atenção continuada por um problema específico, já que os especialistas em medicina de emergência teriam escores altos na medida de primeiro contato e porque os cirurgiões gerais são conhecidos por ter uma ampla variedade de diagnósticos, e, portanto, teriam escores altos no índice de Herfindahl.

Com base no trabalho anterior na avaliação da atenção prestada aos indivíduos com doenças crônicas (ver acima), Safran *et al.*, (1998) desenvolveram um instrumento para avaliar a visão de funcionários estaduais adultos relação ao seu “médico pessoal habitual”. Conhecida como a *Primary Care Assessment Survey* [Pesquisa de Avaliação da Atenção Primária] (PCAS), ela tem 11 escalas das quais 7 incluem mais de um item que avalia a atenção (Os outros quatro ou tem apenas um item e/ou consistem de relatos de experiências.) As 7 escalas são as seguintes:

1. Acesso financeiro: Dois itens avaliam a quantidade de dinheiro gasto em consultas e tratamentos prescritos.
2. Acesso organizacional: Seis itens avaliam a disponibilidade por telefone, facilidade de marcar consultas quando doente, obtenção de informações e marcação de consultas pelo telefone, localização e horários do consultório.
3. Conhecimento contextual dos pacientes: Cinco itens referem-se ao conhecimento que o médico tem do histórico médico do paciente; responsabilidades no trabalho, em casa ou na escola; principais preocupações com a saúde; e valores e crenças.
4. Comunicação: Seis itens lidam com o detalhamento das perguntas do médico a respeito de sintomas, consideração pelo que o paciente diz, clareza das explicações e aconselhamento e auxílio nas tomadas de decisão a respeito da atenção.
5. Tratamento interpessoal: Cinco itens avaliam a paciência, o tratamento amigável, a atenção, o respeito do médico e o tempo gasto com o paciente.

6. Confiança: Oito itens avaliam a integridade, a competência e o papel do médico como defensor do paciente.
7. Integração: Seis itens avaliam o papel do médico na coordenação e síntese da atenção recebida de especialistas e/ou enquanto o paciente esteve hospitalizado.

Além disso, existem três itens em duas escalas referentes à “continuidade”: duração da relação com o médico (continuidade longitudinal) e se o paciente vai ao médico para exames regulares completos e para atendimento quando está doente (continuidade baseada na consulta). Sete itens relatam o aconselhamento preventivo: a discussão com o médico a respeito do tabagismo, uso de álcool, uso de cinto de segurança, dieta, exercícios, estresse e sexo seguro. Um componente adicional consiste de um item que pergunta a respeito do detalhamento dos exames físicos.

Todas as escalas tiveram níveis aceitáveis de confiabilidade através de testes psicométricos padrão.

A similaridade destas escalas para os quatro pontos principais dos campos da atenção primária é evidente e é fortalecida pela análise do quanto várias delas estão intercorrelacionadas. O conhecimento contextual, a comunicação, o tratamento interpessoal e confiança abordam os aspectos da longitudinalidade interpessoal (conforme foi discutido no capítulo 8) e todos estão altamente intercorrelacionados. O aconselhamento preventivo, o qual representa os aspectos da integralidade dos serviços prestados, é identificável separadamente, assim como o acesso financeiro, a continuidade longitudinal e a continuidade baseada nas consultas. O acesso organizacional está moderadamente correlacionado à maioria das outras escalas; a escala de Integração (que representa a coordenação) tem correlações moderadas com as escalas de longitudinalidade interpessoal. Assim, existem evidências de que os principais campos da atenção primária podem ser avaliados, pelo menos nesta amostra de adultos empregados, segurados.

Grumbach *et al.* (manuscrito não publicado, 1998), em seu estudo das diferenças entre médicos de família e internistas, criaram um escore para a acessibilidade que derivou das respostas a quatro

perguntas, às quais os pesquisados responderam em uma escala de “concordo plenamente” a “discordo plenamente”. As perguntas foram:

- se eu tiver uma pergunta médica durante o dia, geralmente posso procurar meu médico para me ajudar sem problemas;
- tenho fácil acesso aos especialistas;
- sou capaz de conseguir atendimento sempre que preciso;
- se eu ficar muito doente, geralmente consulto com meu médico pessoal no mesmo dia.

O leitor poderá observar que a segunda destas perguntas não pertence ao acesso à atenção primária, mas, sim, quanto os serviços de atenção primária facilitam o acesso a especialistas.

As escalas para a integralidade consistiam de quatro itens perguntando aos indivíduos se eles marcariam uma consulta com seu médico pessoal para um novo problema, como uma torção do tornozelo ou gripe, para o episódio recorrente de um problema continuado como asma ou diabetes, para um exame regular completo ou exame médico, para um novo problema pessoal, como depressão, uma crise familiar ou problemas no trabalho. Deveria ser observado que esta série de perguntas não aborda especificamente os serviços disponíveis ou oferecidos pelo médico de atenção primária porque as respostas representariam a intenção de buscar a atenção ao primeiro contato para aconselhamento a respeito do melhor lugar para procurar por estes problemas.

Três outras escalas no instrumento estão relacionadas à integralidade. A primeira consiste de quatro itens referentes a serviços de prevenção, incluindo injeções para gripe, verificação do nível de colesterol, exame da mama e exame pélvico (vaginal) de rotina. A segunda refere-se à promoção de estilos de vida saudáveis e pergunta se o médico conversou com o indivíduo a respeito do tabagismo, dieta, uso de álcool e exercícios. A terceira está relacionada à promoção da saúde e pergunta se o médico conversou com o indivíduo sobre saúde mental e psicológica, relacionamento com membros da família, violência doméstica contra mulheres, sexualidade e relacionamento sexual, e como prevenir a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e a síndrome da imunodeficiência adquirida.

A coordenação é abordada pelo questionamento se o médico pessoal sabe a respeito de outros profissionais de saúde que a pessoa esteja consultando.

Stewart e colaboradores (1997) desenvolveram um instrumento de avaliação da atenção primária consistindo de quatro campos que poderiam ser combinados para desenvolver um escore para uma atenção primária otimizada. Foi testado através de uma pesquisa por telefone de uma amostra aleatória de lares em 41 comunidades urbanas aleatoriamente selecionadas na Califórnia. O primeiro campo consiste de cinco aspectos da disponibilidade, incluindo um dia ou menos de tempo médio de espera para consultar quando doente; 20 minutos ou menos de espera média no consultório; acesso telefônico em horários noturnos; acesso telefônico durante fins-de-semana; e menos de 20 minutos de tempo de viagem. A longitudinalidade temporal é abordada através de uma medida de “continuidade” de item único que esclarece os anos de freqüência no local habitual. A longitudinalidade interpessoal é abordada por uma escala de “comunicação” de três itens consistindo de respostas sobre quão consistentemente os médicos no local têm tempo para ouvir e explicar e se há qualquer problema em falar com o médico e receber atendimento por causa de um problema de linguagem. A integralidade é uma contagem de três itens que perguntam se a pessoa iria ao local por um novo problema, como uma torção de tornozelo ou gripe; para atenção a um episódio recorrente de um problema de saúde continuado, como asma ou diabetes; e para um exame regular completo ou vacinação ou (para mulheres) para um exame de Papanicolau.

A atenção primária é considerada “otimizada” se o escore mais alto for recebido na disponibilidade, integralidade e comunicação e com um escore de 12 meses ou mais na longitudinalidade temporal.

Deveria ser observado que, exceto para o estudo que utiliza a Pesquisa Nacional de Atenção Médico Ambulatorial, todas as abordagens descritas acima referem-se apenas aos adultos; a atenção a crianças não está incluída em nenhuma delas.

Em comparação, Flocke e colaboradores (1997) desenvolveram um instrumento no curso de um estudo colaborativo envolvendo 4.454

consultas de pacientes a 138 médicos de família participantes em uma rede de pesquisa em Ohio. Sete escalas foram inicialmente desenvolvidas para abordar os vários campos postulados da atenção primária. As três primeiras consistiam de um item cada: atenção ao primeiro contato (“Se estou doente, sempre contato um médico neste consultório primeiro”); integralidade da atenção (“Vou a este médico para quase toda a minha atenção médica”); e longitudinalidade temporal (“Há quantos anos você é um paciente deste médico?”). A longitudinalidade interpessoal foi abordada por três escalas, como segue

*Conhecimento acumulado*

Este médico não conhece bem meu histórico médico  
Este médico sabe bastante a respeito da minha família  
Este médico entende claramente minhas necessidades de saúde  
Este médico e eu passamos por muita coisa juntos

*Comunicação interpessoal*

Posso facilmente falar a respeito de coisas pessoais com este médico  
Nem sempre me sinto confortável fazendo perguntas a este médico  
Este médico sempre explica as coisas até que eu esteja satisfeito  
Algumas vezes este médico não me escuta

*Confiança na continuidade*

Minha atenção médica melhora quando consulto com o mesmo médico que consultei anteriormente  
Para mim é muito importante que eu consulte com meu médico habitual  
Eu raramente consulto o mesmo médico quando busco atenção médica

*A escala da coordenação consiste dos cinco itens a seguir*

Este médico nem sempre sabe a respeito da atenção que recebi em outros lugares

Este médico se comunica com os outros profissionais de atenção à saúde com quem eu consulto

Este médico sabe o resultado de minhas consultas a outros médicos

Este médico sempre acompanha um problema que tenho, quer na próxima consulta quer por telefone

Quero um médico para coordenar toda a atenção à saúde que recebo

O teste psicométrico revelou que os itens nestas escalas estavam agrupados em quatro campos, que estavam correlacionados, de forma relativamente alta, uns aos outros. Os quatro foram preferência do paciente pelo médico habitual (consistindo de seis itens dos itens de confiança na continuidade, preferência da coordenação, primeiro contato e atenção abrangente); comunicação interpessoal (quatro itens); conhecimento acumulado sobre o paciente (consistindo de três itens de conhecimento, o item de longitudinalidade e o item de “passar por muitas coisas”); e coordenação da atenção (quatro itens).

Os escores neste instrumento foram testados em relação à satisfação do paciente com a consulta, a satisfação global geral e se as expectativas do paciente foram atendidas. Deveria ser observado que, como o teste aconteceu com pacientes atendidos consecutivamente, os achados não podem ser generalizados para populações de pacientes ou nem mesmo para uma amostra aleatória dos usuários da unidade, porque a seleção por consultas causa uma super-representação dos usuários frequentes que poderiam estar mais doentes e mais satisfeitos com a atenção daquele médico ou unidade.

Nenhum dos instrumentos descritos nesta seção está orientado para o espectro de todas as idades dos indivíduos nas comunidades. A ferramenta de avaliação da atenção primária (PCAT – *Primary Care Assessment Tool*) é um instrumento indicado para uso nas comunidades, entre os pacientes nas unidades e (através de uma pesquisa da outra parte) para profissionais nas

unidades de saúde. Embora desenvolvido e testado para crianças e adolescentes apenas, ela está sendo adaptada para adultos porque os campos e subcampos da atenção primária são os mesmos para ambos.

O PCAT é uma nova ferramenta projetada especificamente para avaliar a obtenção dos aspectos da atenção primária descritos neste livro, tanto a partir de uma perspectiva do consultório como da população. Ela é composta pelos quatro campos da atenção primária, cada um com dois subcampos representando a capacidade do sistema e as características de desempenho que representam o campo. Além disso, libera informações a respeito dos três campos derivativos da centralização na família, da orientação para a comunidade e da competência cultural. Existem formas paralelas de administração para pessoas em amostras comunitárias ou para aqueles atendidos nos estabelecimentos de atenção à saúde e para administração a médicos ou pessoal administrativo nas unidades de atenção à saúde. Assim, é possível examinar a concordância entre pessoas e seus profissionais de atenção à saúde a respeito do alcance da atenção primária. O instrumento tem sido testado em relação à confiabilidade e validade (Cassady *et al.*, 1998). Quando usado numa comparação entre a atenção primária oferecida pelas unidades de atenção gerenciada e não gerenciada, mostrou que as unidades de atenção gerenciada alcançaram um melhor desempenho de alguns, mas não de todos os aspectos da atenção primária, quer seja na avaliação dos usuários, quer dos seus profissionais. Notável em relação a isso foram os escores significativa e consistentemente mais altos para o primeiro contato (subcampo do acesso) e integralidade (subcampo de serviços oferecidos) das unidades de atenção gerenciada (Starfield *et al.*, 1998). Como o estudo foi realizado em apenas uma área geográfica, os achados específicos poderiam não ser aplicáveis em outras áreas. Os teores das versões pediátricas destes instrumentos estão no Apêndice deste livro. O teor das versões adultas é idêntico, exceto quando as necessidades de saúde para adultos diferem das infantis (basicamente, no campo da integralidade).

## **AVALIANDO O IMPACTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE O ESTADO DE SAÚDE A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA POPULACIONAL**

Quando o enfoque está nas medidas do estado de saúde, quer visto genericamente ou com um enfoque sobre a doença específica, o desafio da medição é exigente por causa da dificuldade na determinação de quais aspectos da saúde devem ser uma responsabilidade dos serviços de saúde (conforme distinguidos dos outros serviços sociais) e dos serviços da atenção primária, especificamente. Conforme mostrado na Figura 2.1, os fenômenos biológicos, o substrato genético e o estado de saúde anterior oferecem um potencial para boa saúde que é influenciado, positiva ou negativamente, por um vasto conjunto de características ambientais que devem ser levadas em consideração na avaliação do impacto dos serviços de saúde sobre a saúde. Este é, particularmente, o caso quando áreas diferentes são comparadas, como serviços similares podem ter impactos diferentes se outros fatores de influência forem diferentes.

As abordagens a seguir fornecem exemplos da variedade de medidas que poderiam ser usadas para avaliar o impacto dos serviços de atenção primária sobre o estado de saúde; elas variam do enfoque biomédico (incluindo enfermidades, bem como suas representações laboratoriais) a um enfoque muito mais amplo da capacidade de funcionar adequadamente dentro do contexto do meio social.

Para a maior parte, as nações ou outras subdivisões políticas não tentam correlacionar os indicadores de saúde de suas populações com as mudanças estruturais no sistema de saúde ou nos modos de prestação de serviços de saúde de forma que as explicações para um alcance ou mudanças boas ou ruins nos indicadores não estão disponíveis para informar a tomada de decisão subsequente. Ou seja, eles são usados simplesmente como tendências no estado de saúde, e não como resultados desejados para a avaliação e planejamento dos serviços de saúde. Entretanto, é possível relacionar as mudanças nestas

medidas, ou tendências no decorrer do tempo, para mudanças específicas na organização ou prestação dos sistemas de saúde. Por exemplo, as melhoras nas taxas de imunização podem estar diretamente ligadas aos esforços governamentais para facilitar a disponibilidade e financiamento de sua oferta (Blendon *et al.*, 1990); as melhoras na mortalidade infantil podem estar ligadas em tempo ao acesso melhorado aos serviços de aborto; e uma mortalidade pós-neonatal aprimorada foi coincidente em tempo ao acesso grandemente expandido aos serviços como resultado do programa Medicaid (Starfield, 1985). Assim, quando aplicado a períodos sucessivos de tempo, estes métodos fornecem uma forma de avaliar a extensão na qual os serviços de saúde estão atendendo às necessidades selecionadas importantes da população.

Para estas avaliações, as informações podem vir de várias fontes, incluindo as pesquisas populacionais ou estatísticas de saúde com base na população. As pesquisas populacionais podem incluir as amostras aleatórias ou amostras estratificadas para garantir a inclusão das populações de interesse especial. A *U.S. National Health Interview Survey* [Pesquisa Nacional Norte-Americana de Entrevista sobre Saúde] é o protótipo de uma fonte de dados a respeito da saúde da população em nível nacional. Esta pesquisa, sob patrocínio do *National Center for Health Statistics* [Centro Nacional para Estatísticas de Saúde], está em operação continuamente desde 1957 e oferece informações valiosas a respeito do estado de saúde relatado e o uso de serviços e, devido à sua natureza contínua, as tendências destas características no decorrer do tempo. As informações estão disponíveis para grandes regiões nos Estados Unidos, e há, também, os planos para a coleta de dados que seriam mais úteis no nível estadual, pelo menos em alguns estados. Há uma ligação planejada desta pesquisa com uma série mais recente de uso de atenção médica nacional e pesquisas de gastos realizadas pelo *Agency for Health Care Policy and Research* [Órgão para Política e Pesquisa de Atenção à Saúde]; estas pesquisas são feitas em grupos nos quais eles contatam domicílios várias vezes no decorrer de um período de um ano e

oferecem, assim, informações a respeito das mudanças na saúde e na utilização no decorrer de um período de tempo. Eles também contatam as fontes de atenção (profissionais e unidades, incluindo hospitais) para uma amostra de pessoas na pesquisa domiciliar. Esta ligação fornece um entendimento muito mais rico das características da saúde que podem estar relacionadas a fontes específicas de atenção. Uma outra ligação com as pesquisas baseadas no profissional como a Pesquisa Nacional de Atenção Médico Ambulatorial (ver capítulo 16) forneceria ainda mais informações a respeito da relação dos padrões no uso dos serviços e resultados do estado de saúde.

A orientação na seleção das medidas para avaliar o impacto da atenção primária no nível populacional vem de quatro compêndios, cada um resultando de trabalhos extensivos de grupos de peritos nacionais nos Estados Unidos.

O *Year 2000 National Objectives* [Objetivos Nacionais para o Ano 2000] (National Center for Health Statistics, 1997) fornece uma base para a seleção de medidas específicas da saúde da população em 22 áreas de prioridade, conforme relacionadas na Tabela 13.5 (Sondik, 1996). Estes objetivos abrangem uma ampla variedade de problemas clínicos e condições em seus 319 objetivos e um número igual de subobjetivos para grupos populacionais específicos. Duas das áreas de prioridade (saúde e dados ambientais; e sistemas de vigilância) lidam, basicamente, com estruturas do sistema, e não com o impacto de serviços de saúde. As fontes de dados possíveis incluem estatísticas vitais, pesquisas domiciliares, sistemas de vigilância e sistemas de dados clínicos quando eles se tornam padronizados. Como os objetivos são para o sistema de saúde como um todo, e não para a atenção primária em particular, não é possível utilizá-los para avaliar o desempenho dos sistemas de atenção primária sem levar em consideração a relação daquele sistema com o sistema de serviços de saúde maior. Entretanto, os objetivos fornecem uma base para as comunidades e sistemas de saúde em geral para estabelecer metas que levam em consideração a probabilidade de contribuições da atenção primária em direção ao seu alcance.

**Tabela 13.5**  
**Year 2000 National (U.S.)**  
**Objectives: áreas de prioridade**

Atividades e exercícios físicos
Nutrição
Tabagismo
Abuso de substâncias: álcool e drogas
Planejamento familiar
Saúde mental e distúrbios mentais
Comportamento violento e abusivo
Programas educacionais e comunitários
Lesões não intencionais
Segurança e saúde ocupacional
Saúde ambiental
Segurança de alimentos e medicamentos
Saúde bucal
Saúde materno-infantil
Doença cardíaca e derrame
Câncer
Diabetes e problemas incapacitadores crônicos
Infecção com vírus da imunodeficiência humana
Doenças sexualmente transmissíveis
Imunização e doenças infecciosas
Serviços clínicos e preventivos
Vigilância e sistemas de dados

Fonte: Sondik (1996).

Dos 319 objetivos específicos, cerca de 30% se relacionam com as estruturas, incluindo a aprovação da legislação de implementação necessária e o desenvolvimento de programas para atender às necessidades. Outros 20% representam o processo, incluindo a condução de atividades por profissionais relacionados à saúde que são indicados para melhorar os serviços e atender as necessidades. Cerca de 50% se relacionam diretamente com o alcance dos resultados, conforme medidos para os aprimoramentos em vários aspectos do estado ou comportamentos de saúde que se sabem estar diretamente relacionados à melhora do estado de saúde.

Um subgrupo destes 319 indicadores escolhidos pelos *U.S. Centers for Communicable Diseases* [Centros Norte-Americanos para Doenças Transmissíveis] para uso de órgãos de saúde federais, estaduais e locais com a meta de implementá-los em, pelo menos, 40

estados (Sutocky *et al.*, 1996). A lista destes indicadores “consensuais” inclui nove indicadores de mortalidade, quatro indicadores de incidência de doenças e cinco indicadores de fator de risco à saúde.

Outros dois relatórios, um em 1996 e um em 1997, propuseram seus próprios indicadores, muitos (embora não todos) deles foram retirados dos objetivos do *Health People 2000* [Pessoas Saudáveis 2000]. O primeiro destes relatórios foi planejado como um conjunto de medidas de desempenho para órgãos de saúde pública (Perrin e Koshel, 1997). Existem 47 indicadores, 26 dos quais referentes à saúde física e 21 referentes à saúde mental. Os 30 indicadores de saúde física e os 17 indicadores de saúde mental então em 10 e 4 categorias, respectivamente; a maioria lida com os resultados (O), processos de atenção à saúde (P) ou processos conhecidos por estarem relacionados aos resultados (P-0), como segue, com o número de indicadores individuais indicados em parênteses:

Tabagismo (4)	O
Peso/dieta (2)	O
Atividade física (1)	O
Atenção preventiva (5)	P-O
Atenção para diabetes (3)	P-O
Doenças sexualmente transmissíveis/tuberculose (2)	O
Comportamentos sexuais (4)	P-O
Uso de droga intravenosa (2)	P-O
Imunizações (3)	P-O
Incapacitação (4)	O
Satisfação com serviços de saúde mental (1)	P
Redução da angústia e dos problemas de saúde mental (6)	O
Abuso de substâncias (9)	O
Abuso sexual (1)	O

A segunda parte foi indicada como um conjunto de indicadores para a saúde da comunidade para ser usada em órgãos de saúde pública e unidades de medicina clínica e planos de saúde como uma base para a ação conjunta (Durch *et al.*, 1997). Cinco indicadores refletem o estado de saúde: mortalidade infantil por raça e etnia; número ajustado pela idade de mortes por acidente de veículos, lesões

relacionadas ao trabalho, homicídio, câncer de pulmão, câncer de mama, enfermidades cardiovasculares e todas as causas por raça e sexo, conforme apropriado; incidência relatada de AIDS, sarampo, tuberculose, sífilis primária e secundária, por idade, raça e sexo, conforme apropriado; partos em mulheres de 10-17 anos como uma proporção do total de nascimentos; e o número de taxa de casos de abuso e negligência confirmados entre crianças.

Seis indicadores refletem fatores de alto risco: proporção de crianças de dois anos completamente imunizadas; proporção de indivíduos com idades entre 65 anos ou mais que já receberam vacina pneumocócica e vacina da gripe nos últimos 12 meses; proporção da população de fumantes por idade, sexo e raça, conforme apropriado; proporção de indivíduos obesos de 18 anos ou mais de idade; número e tipo de padrões de qualidade do ar do *U.S. Environmental Protection Agency* [Órgão de Proteção Ambiental dos Estados Unidos] que não são atendidos. Proporção de rios, lagos e estuários avaliados que apóiam os usos benéficos (nadar e pescar).

Dois indicadores refletem o estado funcional: proporção de adultos que relatam sua saúde como boa ou excelente; e média de dias para os quais os adultos relatam que sua saúde física ou mental não estava bem nos últimos 30 dias.

Dois indicadores refletem a qualidade de vida global: proporção de adultos satisfeitos com o sistema de atenção à saúde em sua comunidade; e proporção de pessoas satisfeitas com a qualidade de vida em sua comunidade.

Embora as limitações de muitas destas medidas sejam evidentes, ou seja, nenhuma consideração das diferenças de classe social, escassez de indicadores para crianças, denominadores inadequados (proporção de rios, lagos e estuários avaliados, e não o número total) e a proporção, e não as taxas, de partos entre adolescentes, o tamanho da lista e a implicação de que os indicadores podem ser obtidos é um pulo à frente na avaliação do impacto dos sistemas de saúde.

Além disso, um órgão do Congresso Norte-Americano testou a previsibilidade de um conjunto de indicadores escolhidos dos objetivos da nação e de um conjunto adicional de 17 indicadores desenvolvidos

por uma organização privada. O esforço foi para determinar se as diferenças de estado cruzado poderiam ser explicadas por um conjunto parcimonioso de indicadores, ao invés das listas mais extensivas observadas acima. As análises mostraram que apenas um indicador – anos de vida perdidos devido à mortalidade por causas preveníveis antes dos 65 anos de idade – foi, de longe, o melhor na representação da variabilidade no estado de saúde (U.S. Congress, 1996).

Dos indicadores propostos nos quatro compêndios, não mais que nove foram propostos nos quatro, e nove foram propostos em outros três compêndios. Estes 18 indicadores estão relacionados na Tabela 13.6.

**Tabela 13.6**  
Indicadores comuns à maioria dos compêndios nacionais nos Estados Unidos

Porcentagem da população de adultos fumantes
Porcentagem de adultos acima do peso
Estado de imunização adequada na infância e para pessoas acima de 65 anos
Taxas de mortalidade total
Taxa de mortalidade por doença cardiovascular
Taxa de mortalidade por câncer de pulmão
Taxa de mortalidade por câncer de mama
Taxa de mortalidade por acidentes com veículos automotores
Taxa de mortalidade por suicídio
Taxa de mortalidade por homicídio
Taxa de mortalidade infantil
Incidência de síndrome da imunodeficiência adquirida
Incidência de sífilis
Incidência de tuberculose
Incidência de sarampo
Porcentagem da população que vive em países que não atendem aos padrões de boa qualidade do ar
Porcentagem de partos sem atenção pré-natal no primeiro trimestre
Porcentagem de nascimentos entre adolescentes

Fontes: Perrin e Koshel (1997); Congresso Norte-Americano (1996); Durch *et al.* (1997); National Center for Health Statistics (1997).

As metas para a “saúde da nação” foram desenvolvidas em muitos países. As metas para o Reino Unido foram desenvolvidas em 1992, em seis categorias: doença cardíaca coronária, derrame, câncer, doença

mental, vírus da imunodeficiência humana e síndrome da imunodeficiência adquirida, e acidentes. Uma pesquisa dos profissionais gerais em duas grandes regiões revelaram um considerável ceticismo a respeito da possibilidade de obtenção de algumas das 15 metas específicas nestas categorias e a implementação variável de estratégias para atendê-las, principalmente como um resultado da carga excessiva de trabalho na unidade, programas irrealistas, e a indisponibilidade de membros da equipe que não são médicos necessários para lidar com elas adequadamente. Entretanto, metade dos 257 pesquisados tinham estratégias com base na unidade para atender às metas (Cheung *et al.*, 1997). Objetivos revisados (1998) continham 12 metas em quatro áreas: doença cardíaca e derrame, câncer, acidentes e doença mental.

Um compêndio que enfocava especificamente a atenção primária foi proposto pelo *Bureau of Primary Health Care* no Ministério da Saúde e Assistência Social dos Estados Unidos, que considerava vários mecanismos para a avaliação da atenção primária nas muitas unidades sob sua jurisdição. Uma abordagem enfoca as comparações das taxas de hospitalização para os problemas sensíveis à atenção ambulatorial. As avaliações das variações na área e suas explicações, as reduções de lacunas na saúde entre as populações desprovidas e providas e a penetração dos serviços em diferentes áreas também estão em consideração. Para a maior parte, entretanto, o enfoque está na capacidade, desempenho e resultados dos problemas clínicos nas unidades individuais, utilizando técnicas de revisão de prontuários médicos, dados de consultas, pesquisas de consultas e pesquisas de usuários, e não estatística da comunidade e sistemas de informação de saúde (Bureau of Primary Health Care, 1995). Um desafio específico para as avaliações do impacto da atenção primária com base na população é a ausência de sistemas de dados comuns que possibilitariam as comparações entre diferentes unidades locais ou grupos e ligariam seus respectivos desempenhos aos resultados das populações específicas atendidas por cada uma delas.

Alguns indicadores têm menos utilidade na reflexão das contribuições da atenção primária, principalmente porque as melhoras em sua ocorrência estão não apenas na atenção primária, mas,

também, nos serviços oferecidos por outros níveis do sistema de atenção à saúde. Por exemplo, o alcance das metas de prevenção orientada à enfermidade, como exame para câncer de mama, exame de Papanicolao, exame para colesterol e exame para hipertensão pode ser tanto uma contribuição do sistema especializado quanto do sistema de atenção primária se as políticas de saúde ditam que os serviços sejam oferecidos por especialistas (como no caso do exame de Papanicolao e a mamografia em alguns países, por exemplo, Espanha). As taxas de deficiências podem ser um resultado não apenas do sucesso dos médicos de atenção primária na prevenção, mas também o sucesso de fisioterapeutas na redução da deficiência por incapacitações e lesões. Os indicadores, como expectativa de vida em diferentes idades, particularmente em idades mais avançadas, refletem a contribuição dos especialistas bem sucedidos em evitar a mortalidade a partir de condições que se beneficiam da aplicação da tecnologia complexa para os problemas do envelhecimento. Por exemplo, a expectativa de vida na idade de 80 anos nos Estados Unidos é melhor do que em quase todos os outros países, apesar da fraca infraestrutura de atenção primária no país, e, em grande medida, devido ao alto uso de intervenções que retardam a morte.

Os anos de vida saudável perdidos (HEALYS – *Years of Healthy Life Lost*), os anos de vida ajustados à qualidade (*Quality-Adjusted Life Years – QALY*) e os anos de vida ajustados à incapacitação (*Disability-Adjusted Life Years – DALY*) são outras abordagens que foram usadas para avaliar e monitorar as necessidades de saúde (Morrow e Bryant, 1995). HEALYS é uma medida baseada em um número de anos de vida em que a população sofre de doenças específicas; a carga total de enfermidade é computada somando os anos de vida saudável perdida por 1000 pessoas resultando da incapacitação e morte prematura atribuível a estas enfermidades com início em um período definido de tempo. Ela é usada, principalmente, em países em desenvolvimento. Assim, a partir do ponto de vista do sistema de saúde, as reduções na equidade nas comunidades devem ser uma medida de sucesso da política para o fortalecimento da atenção primária.

QALYs, por outro lado, é um método desenvolvido para uso em países industrializados e, geralmente, leva em consideração as preferências dos indivíduos para diferentes resultados que podem decorrer de uma intervenção diferente. A incapacitação observada (perda de função ou da mobilidade) e o enfraquecimento subjetivo (dor e angústia) são levados em consideração. Um destes sistemas identifica oito níveis de incapacitação e quatro de enfraquecimento, com um número total combinado de 29 combinações diferentes, cada uma das quais recebe um valor para cada assunto. Uma vez que a morte prematura prevenível é uma preocupação menos importante em países desenvolvidos, um método que enfoca a incapacitação e o desconforto é mais aplicável do que o HEALYS. Embora o sistema seja orientado para a tomada de decisões a respeito de intervenções alternativas para pacientes individuais, os QALYS individuais podem ser agregados para uso na comunidade. Entretanto, nenhuma norma poderia ser desenvolvida porque seria esperado que as diferentes populações diferissem em seu QALYS como um resultado das diferentes prioridades para diferentes resultados.

Os DALYS foram desenvolvidos para comparar as cargas de morbidade entre diferentes enfermidades, cada uma das quais com um DALY associado. Devido à dificuldade em especificar a incapacitação e em atribuí-la a doenças específicas, este método de monitoramento das necessidades de saúde encontrou menos aceitação do que os métodos alternativos.

Assim, o alcance de muitas metas do estado de saúde requerem não apenas a contribuição da atenção primária, mas também as contribuições de especialistas que trabalham em vários tipos de estabelecimentos característicos dos sistemas de atenção à saúde. Como a atenção primária é apenas um nível do sistema de atenção à saúde, as contribuições específicas que ela faz ao estado de saúde de populações e de pacientes devem ser avaliadas com indicadores que refletem sua própria contribuição dentro do sistema de atenção à saúde. Seria esperado que as contribuições exclusivas da atenção primária estivessem nos indicadores que refletem a atenção às pessoas no decorrer do tempo, e não a atenção de problemas específicos que

afligem as pessoas e que, de tempos em tempos, podem necessitar de serviços de saúde, outros que não da atenção primária.

Reconhecendo que a maioria dos resultados exigem excelência não apenas dos serviços de atenção primária, mas também de outros níveis da atenção, o plano canadense para avaliação dos serviços de saúde comunitários (CSCs) desenvolveu um compêndio dos indicadores sensíveis aos CSCs para acompanhar o conjunto mais abrangente de metas de saúde da população. Notável entre estes estão os indicadores listados na Tabela 13.7.

**Tabela 13.7**  
Exemplos de indicadores especialmente passíveis para os sistemas de saúde comunitários (CBHS) do Canadá.

Melhora nas práticas de saúde pessoal e comportamentos	Tabagismo, consumo de álcool, nutrição, atividade física, uso de drogas ilícitas
Ambiente físico/social	Ações para identificar as ameaças físicas e sociais à saúde e porcentagem resolvida através dos CSCs; conformidade demonstrada com controles de saúde ambiental e resolução de situações sociais sob ordem das organizações do CSCs; porcentagens de políticas públicas e práticas atribuíveis aos CSCs.
Capacidade individual/comunitária	Classificação do usuários da capacidade cada vez maior de lidar com os problemas de saúde; melhora no conhecimento e atitudes e aquisição demonstrada de habilidades de saúde
Relevância	Resposta e colaboração com a comunidade para tratar de incidentes e questões de saúde; percepção pública da oportunidade dos CSCs em responder às preocupações da comunidade
Satisfação	Satisfação do usuários com os resultados do serviço; melhora relatada na saúde e bem-estar atribuída, pelos consumidores, ao CSCs.
Custos	Ausência de duplicação desnecessária de serviços e ineficiências administrativas (burocracia excessiva)
Desinstitucionalização	Hospitalizações inadequadas e institucionalizações evitáveis
Universalidade	Porcentagem de população coberta, ausência de políticas de exclusão
Serviços desejados	Proporção de serviços prestados aos grupos vulneráveis da população, tempo de espera para avaliação com base no nível de necessidade de saúde; tempo de espera para tratamento por nível de necessidade
Capacitação da comunidade	Satisfação pública referente ao processo de desenvolvimento político, nível percebido de controle na tomada de decisões
Variedade de serviços	Número e tipo de serviços de núcleo oferecidos: controle de doença transmissível; apoio à comunidade; saúde bucal; necessidades emergenciais básicas; saúde ambiental; promoção da saúde, desenvolvimento de crianças saudáveis; atenção domiciliar, incluindo paliativa; saúde mental; nutrição, atenção pré-natal e obstetria; prevenção e tratamento de enfermidades e ferimentos comuns. Reabilitação; saúde sexual/planejamento familiar; serviços psicossociais (questões além do sistema judiciário)

Fonte: Wanke *et al.* (1996).

A Tabela 13.8, que deriva de uma série de grupos de enfoque informal mantidos por supostos “peritos” norte-americanos e em outros lugares e com base no Atlas europeu para mortes evitáveis (Holland, 1991), relaciona os resultados que estariam particularmente relacionados com a adequação dos serviços de atenção primária.

**Tabela 13.8**  
Indicadores para a avaliação da Atenção Primária no nível populacional

Realizações na prevenção não relacionadas a enfermidades específicas: estado de imunização; comportamentos de saúde pessoais (amamentação, antitabagismo, uso de cinto de segurança, uso de detectores de fumaça, atividade física, boa dieta)
Gestações indesejadas
Baixa incidência de doenças preveníveis com vacina
Deteção precoce de risco de abuso infantil
Baixa incidência de tentativa de suicídio
Baixa incidência de envenenamento acidental
Melhor qualidade de vida, incluindo diminuição de incapacitações por Asma Osteoartrite Infarto do pós-miocárdio
Duração mais curta dos sintomas associados a úlceras pépticas
Uso reduzido de recursos desnecessários, incluindo: Exames e procedimentos laboratoriais Medicações não justificadas (como antibióticos para gripe, tratamento com hormônio de crescimento para crianças de baixa estatura)
Baixa incidência de efeitos adversos às medicações
Frequência reduzida de problemas relacionados à prevenção: derrame, amputação decorrente de complicações do diabetes, cirurgia para problemas dos olhos preveníveis, incidência de doenças transmitidas sexualmente e síndrome da imunodeficiência adquirida.
Baixas taxas de mortalidade pós-neonatal
Melhor qualidade de atenção terminal/na morte
Taxas de morte devido a: Asma Doença hipertensiva e cerebrovascular
Hospitalizações para problemas sensíveis à atenção ambulatorial
Para todos os indicadores de saúde – reduções nas disparidades nos subgrupos da população.

A maioria, mas não todos os indicadores na Tabela 13.8 está incluída em, pelo menos, um dos compêndios mencionados acima. Entre aqueles não incluídos anteriormente estão hospitalizações para problemas sensíveis à atenção ambulatorial, gestações indesejadas, baixa incidência de efeitos adversos das medicações e baixa mortalidade pós-neonatal. A justificativa para a inclusão das taxas de hospitalizações para problemas sensíveis à atenção ambulatorial está

nas evidências de vários estudos nos Estados Unidos, Canadá e Espanha, que sugerem que os bons serviços de atenção primária estão associados a taxas menores do que é o caso em áreas com recursos de atenção primária mais pobres. A justificativa para as gestações indesejadas é que uma boa relação de longa duração com a fonte de atenção primária deve oferecer a base para esforços mais bem sucedidos na prevenção de nascimentos associados a altas taxas de mortalidade e morbidade. O indicador que se refere aos efeitos adversos de medicações está no achado de que estes efeitos podem somar uma parte maior da morbidade do que qualquer outra condição simples na população, no alto nível de previsibilidade e, a partir daí, prevenção de muitas delas que são prescritas de forma inadequada, e a partir da probabilidade de que a melhor coordenação da atenção associada com a boa atenção primária deve reduzir a probabilidade do uso inadequado. A mortalidade pós-neonatal, conforme distinguida do total da mortalidade infantil é particularmente passível de minimização com bom acesso à atenção primária (Starfield, 1985).

Ao interpretar as informações a respeito da incidência e prevalência destes problemas na população, é importante lembrar que não se deve esperar que a atenção primária elimine os efeitos dos determinantes sociais e ambientais da saúde debilitada, mas sim, que reduza a probabilidade de que fatores externos causem impacto adverso. As comunidades que variam nas taxas de ocorrência dos problemas relacionados na Tabela 13.8 apresentam grande probabilidade de variar em problemas sociais e ambientais que as provoquem. Ou seja, a comparação da adequação da atenção primária para amenizar estes problemas em diferentes comunidades deve levar em consideração as diferenças iniciais nas taxas destes problemas. As taxas podem ainda ser altas mesmo quando as unidades de atenção primária têm bom desempenho, conforme manifestado pelo progresso em diminuí-las. Assim, a partir do ponto de vista do sistema de saúde, as reduções na equidade nas comunidades devem ser uma medida do sucesso da política para o fortalecimento da atenção primária.

Finalmente, os serviços de saúde (incluindo os serviços de atenção primária) podem ser avaliados de acordo com princípios

globais referentes aos direitos dos pacientes. Estes “direitos” estão sendo cada vez mais incorporados às leis estaduais e aos códigos das organizações profissionais. Por exemplo, uma associação de planos de saúde nos Estados Unidos encorajou todos os seus membros a adotar as seguintes políticas: os pacientes devem ter o direito à atenção, no momento certo, no estabelecimento certo; todos os profissionais de atenção à saúde devem ter responsabilidade pela qualidade dos serviços que prestam; os pacientes devem poder escolher, dentro de seu plano, os médicos que atendem a altos padrões de treinamento e experiência profissionais; os médicos devem ser encorajados a compartilhar informações com seus pacientes a respeito de seu estado de saúde, problemas médicos e opções de tratamento; e trabalhar com pessoas que os mantenham saudáveis é tão importante quanto deixá-los bem. Além disso, os pacientes devem receber, mediante solicitação, informações claras a respeito de como os médicos são pagos; os procedimentos para controle da utilização e a base para decisões específicas, se um medicamento de prescrição específica estiver incluído no formulário (e, presumivelmente, o motivo para exclusões), e como o plano de saúde decide quando um tratamento é experimental, e, portanto, não incluído nos serviços oferecidos (American Association of Health Plans, 1997). Um *Consumer Bill of Rights* [Código dos Direitos do Usuário] foi promulgado por uma comissão indicada pelo Presidente dos Estados Unidos. A *Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry* [Comissão de Conselho sobre Proteção ao Usuário e Qualidade na Indústria de Atenção à Saúde] propôs oito áreas de direitos e responsabilidades, incluindo divulgação de informações, escolha de profissionais e planos, acesso a serviços de emergência, participação nas decisões do tratamento, respeito e não discriminação, confidencialidade das informações de saúde, queixas e apelações, e responsabilidades do usuário. (Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry, 1997) No futuro, será possível avaliar a extensão na qual estes critérios são atendidos e a extensão na qual os diferentes tipos de sistemas de saúde diferem em seu alcance.

## REFERÊNCIAS

- ADVISORY COMMISSION ON CONSUMER PROTECTION AND QUALITY IN THE HEALTH CARE INDUSTRY. *Report to the President of the United States: Consumer Bill of Rights*. Washington, D.C., 1997.
- AMERICAN ASSOCIATION OF HEALTH PLANS. *Report in Alpha Center. State Initiative in Health Care Reform, No. 21:5*. Washington, DC: American Association of Health Plans. 1997.
- BLACK C. *Population-Based Measurement of Primary Care to Study Variations in Care Received by the Elderly*. Baltimore: 1990. Dissertação (Mestrado) - Johns Hopkins University.
- BLENDON, R. et al. Satisfaction with health systems in ten nations. *Health Aff*, n. 9, p. 185 – 92, 1990.
- BUREAU OF PRIMARY HEALTH CARE. *Consensus Conference of Health Status Gaps of Low Income and Minority Populations: A Synopsis*. Washington, DC: USDHHS, HRSA, December 1995.
- CONSUMER ASSESSMENT OF HEALTH PLANS. *AHCPR Pub. No. 97-0001*. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, USDHHS, 1997.
- CASSADY, C. et al. Assessing consumer experience with their primary care, 1998. (mimeografado).
- CHEUNG, P. et al. Are the health of the nation's targets attainable? Postal survey of general practitioner's views. *BMJ*, n. 314, p. 1250 – 1, 1997.
- DURCH, J.; BAILEY, L.; STOF, M. (Ed.). *Improving Health in the Community: A Role for Performance Monitoring*. Washington, DC: National Academy Press, 1997.
- FLOCKE S. Measuring attributes of primary care: Development of a new instrument. *J Fam Pract*, n. 45, p. 6474, 1997.
- FRANKS, P.; CLANCY, C.; NUTTING, P. Defining primary care: Empirical analyses of the national ambulatory medical survey. *Med Care*, n. 34, p. 655 – 68, 1997.
- GRUMBACH, K. et al. Quality of primary care practice in a large HMO according to physician specialty, 1998. (mimeografado).

HOLLAND, W. W. *European Community Atlas of "Avoidable Death"* 2.ed. Oxford: Oxford University Press, 1991, 1993. (Commission of the European Communities Health Services Research. Series; 6, 9, 1, 2).

INSTITUTE OF MEDICINE. *Primary Care: America's Health in a New Era*. Washington, DC: National Academy Press, 1997.

LARIZGOITIA, I.; STARFIELD, B. Reform of primary health care: The case of Spain. *Health Policy*, n. 41, p. 121 – 37, 1997.

MORROW, R.; BRYANT, J. Health policy approaches to measuring and valuing human life: Conceptual and ethical issues. *Am J Public Health*, n. 85, p. 1356 – 60, 1995.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. *Healthy People 2000 Review, 1997*. Hyattsville, MD: Public Health Service, 1997.

NOBLE, J. et al. Career differences between primary care and traditional trainees in internal medicine and pediatrics. *Ann Intern Med*, v. 116, n. 6, p. 482 – 7, 1992.

PERRIN, E.; KOSHEL, J. *National Research Council (U.S.) Panel on Performance Measures and Data for Public Health Performance Partnership Grants: Assessment of Performance Measures for Public Health, Substance Abuse and Mental Health*. Washington, DC: National Academy Press, 1997.

SAFRAN, D. G. et al. The primary care assessment survey: tests of data quality and measurement performance. *Med Care*, v. 36, n. 5, p. 728 – 739, 1998.

\_\_\_\_\_; TARLOV, A.; ROGERS, W. Primary care performance in fee-for-service and prepaid health care systems: results from the medical outcomes study. *JAMA*, n. 271, p. 1579 – 86, 1994.

SALENAS-JIMÉNEZ, J.; SMITH, P. Data envelope analysis applied to quality in primary health care. *Ann Oper Res*, n. 67, p. 141 – 61, 1996.

SONDIK, E. Healthy people 2000: Meshing national and local health objectives. *Public Health Rep*, n. 111, p. 518 – 20, 1996.

STARFIELD, B. *Effectiveness of Medical Care: Validating Clinical Wisdom*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press, 1985.

\_\_\_\_\_ et al. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: Implications for managed care. *J Fam Pract*, n. 46, p. 216 – 266, 1998.

\_\_\_\_\_ et al. A Primary care and patient perceptions of access to care. *J Fam Pract*, n. 44, p. 177 – 85, 1997.

SUTOCKY, J.; DUMBAULD, S.; ABBOTT, G. Year 2000 health status indicators: A profile of California. *Public Health Rep*, n. 111, p. 521 – 6, 1996.

U.S. CONGRESS, GENERAL ACCOUNTING OFFICE. *Public Health: A Health Status Indicator for Targeting Federal Aid to States..* Washington, DC: General Accounting Office, 1996. (GAO/HEHS 97-13).

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Core Data Elements.* Washington, DC: CDC, NCHS, 1996.

WANKE, M. et al. *Building a Stronger Foundation: A Framework for Planning and Evaluating Community-Based Health Services in Canada* 1995. Health Promotion and Program Branch, Health Canada. Ottawa: Canadian Dept of Supply and Services, 1996.

WEINER, J. et al. The Baltimore City primary care study: The role of the office based physician in a metropolitan area. *MD State Med J*, n. 31, p. 48 – 52, 1982.

ZAPKA, J. et al. Relationships of patient satisfaction with experience of system performance and health status. *J Ambulatory Care Manage*, n. 18, p. 73 – 83, 1995.