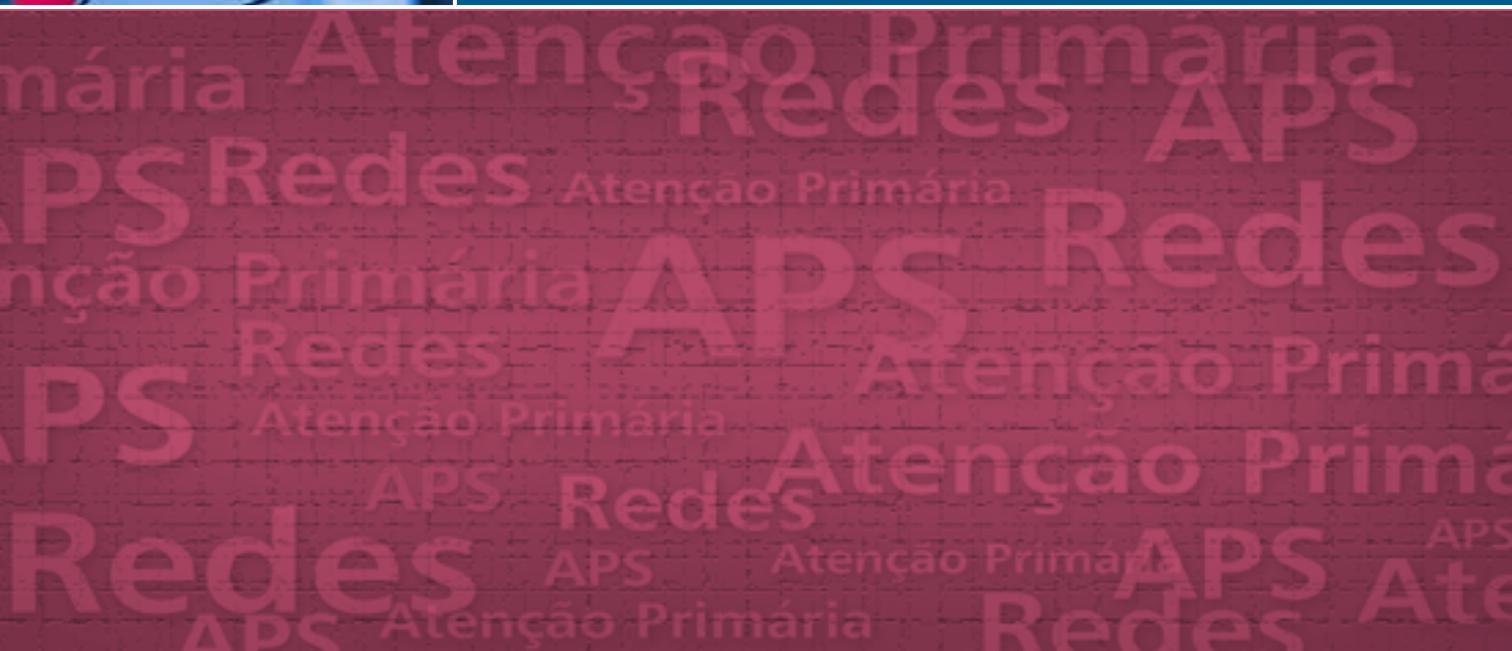




ATENÇÃO PRIMÁRIA CONDUZINDO AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Reforma organizacional na atenção primária europeia





O Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas é uma parceria entre o Escritório Regional da OMS para a Europa, os Governos da Bélgica, Finlândia, Grécia, Noruega, Espanha e Suécia, a Região do Vêneto, na Itália, Banco de Investimento Europeu, o Open Society Institute, o Banco Mundial, CRP-Santé Luxemburgo, da Escola de Londres em Economia e Ciências Políticas (LSE) e da Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres (LSHTM).

Esse livro foi produzido em colaboração com Nuffield Trust..

Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Séries Políticas

Editado por Josep Figueras, Martin McKee, Elias Mossialos e Richard B. Saltman

Atenção Primária Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde

Reforma organizacional na atenção primária europeia

Editado por

Richard B. Saltman,

Ana Rico e

Wienke G. W. Boerma

Open University Press

Open University Press

Open University Press
McGraw-Hill Education
McGraw-Hill House
Shoppenhangers Road
Maidenhead
Berkshire
England
SL6 2QL
e-mail: enquiries@openup.co.uk world wide web: www.openup.co.uk
and Two Penn Plaza, Nova Iorque, NY 10121-2289, USA

Primeira Edição 2006

Copyright © Organização Mundial de Saúde 2006 em nome do Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas.

As opiniões expressas pelos autores ou editores não representam necessariamente as decisões ou políticas declaradas pelo Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas ou de quaisquer de seus parceiros. As designações empregadas e a apresentação do material nessa publicação não implicam a expressão de qualquer opinião por parte do Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas ou quaisquer dos seus parceiros sobre o estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área ou de suas autoridades, nem sobre a delimitação de suas fronteiras ou limites. Sempre que a designação “país ou área” aparece nos títulos das tabelas, abrange os países, territórios, cidades ou áreas. As linhas pontilhadas nos mapas representam fronteiras aproximadas, sobre as quais pode ainda não existir acordo completo.

A menção de determinadas companhias ou de fabricantes de certos produtos não implica que eles sejam aprovados ou recomendados pelo Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas em preferência a outros de natureza similar que não são mencionados. Excluindo erros e omissões, os nomes dos produtos dos proprietários são distinguidos por letras maiúsculas. O Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas não garante que as informações contidas nessa publicação sejam completas e corretas, e não deve ser responsabilizado por quaisquer danos causados como resultado da sua utilização.

Direitos de traduzir para o alemão, espanhol, francês e russo devem ser procurados na OMS no Consultório Regional da OMS para a Europa, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague, Dinamarca ou pelo e-mail pubrights@euro.who.int. Direitos de tradução em todas outras línguas do mundo devem ser solicitados para Open University Press.

Todos os direitos reservados. Exceto para a citação de trechos curtos com a finalidade de críticas e revisões, nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, armazenada em um sistema de recuperação ou transmitida, sob qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem prévia permissão por escrito da editora ou de uma licença da Copyright Licensing Agency Limited. Detalhes de tais licenças (para a reprodução reprográfica) podem ser obtidos a partir da Copyright Licensing Agency Ltd of 90 Tottenham Court Road, London, W1T 4LP.

Um registro do catálogo desse livro está disponível na Biblioteca Britânica

ISBN-10 0 335 21365 0 (pb) 0 335 21366 9 (hb)

ISBN-13 978 0 335 21365 8 (pb) 978 0 335 21366 5 (hb)

Dados de Catálogo de Publicação Biblioteca do Congresso

Dados CIP aplicado em Typset by RefineCatch Limited, Bungay, Suffolk

Impresso no Reino Unido por by Bell & Bain Ltd, Glasgow

A tradução e impressão desta obra para a Língua Portuguesa (2010) foram realizadas com recursos da cooperação técnica entre a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde.

Revisão final da obra em Português por Newton Lemos, consultor OPAS/OMS Representação Brasil.

Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Séries Políticas

O Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas é um projeto único que se baseia no compromisso de todos os seus parceiros para a melhoria dos sistemas de atenção em saúde:

- Organização Mundial da Saúde Escritório Regional da Europa
- Governo da Bélgica
- Governo da Finlândia
- Governo da Grécia
- Governo da Noruega
- Governo da Espanha
- Governo da Suécia
- Região de Veneto
- Banco de Investimento Europeu
- Instituto Open Society
- Banco Mundial
- CRP-Santé Luxemburgo
- Escola de Economia e Ciências Políticas de Londres
- Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres

As Séries

Os volumes nessa série concentram-se em questões fundamentais para a decisão política de saúde na Europa. Cada estudo explora a fundamentação conceitual, os resultados e as lições aprendidas sobre o desenvolvimento mais equitativo, mais eficiente e mais eficaz dos sistemas de saúde na Europa. Com esse foco, a série pretende contribuir para o avanço da formulação de políticas baseadas em evidências no setor da saúde. .

Esses estudos serão importantes para todos aqueles envolvidos na formulação ou na avaliação de políticas nacionais de saúde e, em particular, para os formuladores de políticas e conselheiros, que estão sob crescente pressão para racionalizar a estrutura e financiamento de seu sistema de saúde. Acadêmicos e estudantes do campo das políticas de saúde também se beneficiarão dessa série na busca de compreender melhor as escolhas complexas que enfrentam os sistemas de saúde da Europa.

O Observatório apóia e promove a formulação de políticas e a tomada de decisões em saúde baseada em evidências, através de uma análise rigorosa e abrangente da dinâmica dos sistemas de atenção primária na Europa.

Editores da Série

Josep Figueras é chefe de Secretaria e Diretor de Pesquisa do Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas e chefe do Centro Europeu de Política de Saúde, OMS Regional para a Europa.

Martin McKee é Diretor de Pesquisa do Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas e professor de Saúde Pública Europeia na Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, bem como codiretor da Escola do Centro Europeu para a Saúde das Sociedades em Transição.

Elias Mossialos é Diretor de Pesquisa do Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas, e Brian Abel-Smith Reader em Políticas de Saúde, do Departamento de Política Social, da Escola de Londres em Economia e Ciência Política e codiretor da ECL de Saúde e Assistência Social.

Richard B. Saltman é Diretor de Pesquisa do Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas, e Professor de Política de Saúde e Administração da Escola de Saúde Pública de Rollins, da Universidade Emory, em Atlanta, Geórgia.

Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Séries Políticas

Editores da Série: Josep Figueras, Martin McKee, Elias Mossialos e Richard B. Saltman

Títulos Publicados

Health policy and European Union enlargement

Martin McKee, Laura MacLehose e Ellen Nolte (eds)

Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems

Richard B. Saltman, Reinhard Busse and Elias Mossialos (eds)

Social health insurance systems in Western Europe

Richard B. Saltman, Reinhard Busse e Josep Figueras (eds)

Health care in Central Asia

Martin McKee, Judith Healy and Jane Falkingham (eds)

Hospitals in a changing Europe

Martin McKee e Judith Healy (eds)

Funding health care: options for Europe

Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras and Joe Kutzin (eds) *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality* Elias Mossialos, Monique Mrazek e Tom Walley (eds)

Purchasing to improve health systems performance

Joseph Figueras, Ray Robinson e Elke Jakubowski (eds)

Próximos Títulos

Mental health policy and practice across Europe

Martin Knapp, David McDaid, Elias Mossialos e Graham Thornicroft (eds)

Human resources for health in Europe

Carl-Ardy Dubois, Martin McKee e Ellen Nolte (eds)



Índice

PARTE UM

23 Avaliação do panorama estratégico

CAPÍTULO UM

25 Coordenação e integração em atenção primária europeia
Wienke G. W. Boerma

CAPÍTULO DOIS

49 Mapeamento da atenção primária em toda a Europa
Wienke G.W. Boerma e Carl-Ardy Dubois

CAPÍTULO TRÊS

89 Alteração das condições para a reforma estrutural na atenção primária
Wienke G. W. Boerma and Ana Rico

CAPÍTULO QUATRO

113 Unindo as vertentes: atenção primária em perspectiva
Richard B. Saltman

PARTE DOIS

133 Mudança nos arranjos institucionais

CAPÍTULO CINCO

135 O desafio da coordenação: o papel dos profissionais da atenção primária na promoção da integração entre interface
Michael Calnan, Jack Hutten e Hrvoje Tiljak

CAPÍTULO SEIS

161 O impacto da aquisição de serviços de atenção primária na Europa: um estudo de caso comparativo da reforma de atenção primária
Alison McCallum, Mats Brommels, Ray Robinson, Sven-Eric Bergman e Toomas Palu





CAPÍTULO SETE

- 191** A crescente combinação público-privado
Rod Sheaff, Joan Gené-Badia, Martin Marshall e Igor S̃vab
- 213** Mudança dos arranjos de trabalho

CAPÍTULO OITO

- 215** Mudança dos perfis das atividades
Bonnie Sibbald, Miranda Laurant e Anthony Scott

CAPÍTULO NOVE

- 237** Mudança nos papéis dos profissionais na formação em atenção primária
Jan Heyrman, Margus Lember, Valentin Rusovich e Anna Dixon

CAPÍTULO DEZ

- 263** Gestão do comportamento da atenção primária através de sistemas de pagamento e de incentivos financeiros
Stefan Greß, Diana M. J. Delnoij e Peter P. Groenewegen
- 285** Mudança nos padrões de qualidade

CAPÍTULO ONZE

- 287** Melhorar a qualidade e o desempenho da atenção primária
Richard Baker, Michel Wensing e Bernhard Gibis

CAPÍTULO DOZE

- 317** O papel das novas tecnologias da informação e comunicação na atenção primária
Mårten Kvist e Michael Kidd



Lista de quadros

Quadro 2.1	Número de GP por 1.000 habitantes em países europeus em 1990 e 2002	58
Quadro 2.2	Número de assistentes domiciliários em tempo integral por 1.000 habitantes em países europeus.....	63
Quadro 2.B	Médico de Família e Comunidade: cooperação e continuidade da atenção	82
Quadro 2.C	Médico de Família e Comunidade: equipamento médico e serviços de diagnóstico; satisfação do trabalho.....	84
Quadro 6.1	Modelos de aquisição de atenção primária e o orçamento	164
Quadro 9.1	O papel do governo, de profissionais e das universidades na formação em AP	240
Quadro 9.2	Recursos Humanos em AP através da Europa.....	241
Quadro 9.3	Especialização nos países europeus: duração (anos) por condição ..	247
Quadro 9.4	Regulamentação do recredenciamento na Europa	250
Quadro 9.5	Características da FMC e de PDPCna Europa	257
Quadro 10.1	Sistemas de pagamento de GP em 2004 nos 15 Estados Membros da EU e estados em adesão selecionados	270
Quadro 11.1	Métodos usados para coletar dados de desempenho nos países europeus em 1991–2 e 1994–5	292
Quadro 11.2	Métodos usados para implantar mudança no desempenho nos países europeus, 1991–2 e 1994–5.....	293
Quadro 11.3	Revisões da formação continuada e melhoria de qualidade na atenção primária	294

Lista de gravuras & figuras

Figura 2.1	Densidade de GP na Europa.....	68
Figura 2.2	Papel do GP como médico do primeiro contato com problemas de saúde	69
Figura 2.3	Abrangência dos serviços curativos e preventivos por GP.....	70
Figura 2.4	Colaboração do GP com diversas disciplinas.....	71
Figura 2.5	Equipamentos médicos na Medicina de Família e Comunidade.....	72
Figura 2.6	Sentimento de satisfação do GP	73
Figura 10.1	Incentivos dos sistemas de pagamento e do contexto do sistema de saúde para os valores centrais da atenção primária.....	273
Figura 11.1	O ciclo da melhoria de qualidade.....	291
Figura 12.1	Dez habilidades básicas em informática para os profissionais da atenção em saúde	330
Figura 12.2	Dez habilidades essenciais em informática clínica.....	332

Lista de caixas

Caixa 1.1	A experiência Almere	35
Caixa 2.1	Centro de atenção primária em saúde finlandês.....	50
Caixa 2.2	Medicina de família na Romênia	54
Caixa 2.3	Atenção primária eslovena	74
Caixa 7.1	Atenção primária na Espanha.....	198
Caixa 7.2	Esquema de serviços médicos pessoais na Inglaterra	200
Caixa 7.3	Cooperativas médicas na antiga Iugoslávia	203
Caixa 7.4	Cooperativas médicas para serviços fora do expediente na Inglaterra.....	204
Caixa 7.5	<i>A Entitat de Base Associativa, Catalunha</i>	204
Caixa 7.6	Estruturas de atenção integrada na Alemanha	205
Caixa 7.7	Monopólios de atenção primária ingleses	206
Caixa 7.8	Redes de Clínicas na Alemanha	206
Caixa 9.1	Re-treinamento na Europa Central e Oriental	248
Caixa 9.2	Recredenciamento no Reino Unido	252
Caixa 10.1	Sistemas mistos de pagamento em nível de pacientes.....	268
Caixa 10.2	Sistemas misto de pagamento em nível de GP.....	269
Caixa 11.1	As 10 prioridades principais dos pacientes relacionadas à Medicina de Família e Comunidade na Europa	310

Lista dos contribuidores

- ▶ *Richard Baker* é Professor e Chefe do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Leicester, em Leicester, Reino Unido.
- ▶ *Sven-Eric Bergman* é Consultor em Políticas de Saúde e Gestão de Bergman e Dahlbäck AB, em Estocolmo, Suécia.
- ▶ *Wienke G. W. Boerma* é Pesquisador Sênior no NIVEL (Instituto de Pesquisa sobre Serviços de Saúde para Holanda) em Utrecht, Holanda.
- ▶ *Mats Brommels* é professor de Gestão de Serviços de Saúde da Universidade de Helsinki, Professor e Diretor do Centro de Gestão Médica do Instituto Karolinska, em Estocolmo, Suécia.
- ▶ *Michael Calnan* é professor de Sociologia Médica do Departamento de Medicina Social da Universidade de Bristol, no Reino Unido.
- ▶ *Diana M. J. Delnoij* é coordenadora sênior de pesquisa no NIVEL em Utrecht, Holanda.
- ▶ *Anna Dixon* é professora de Política Europeia de Saúde do Departamento de Política Social, da Escola de Londres em Economia e Ciências Políticas, em Londres, Reino Unido.
- ▶ *Carl-Ardy Dubois* é Professor Assistente da Universidade de Montreal (Canadá) na Faculdade de Ciências de Enfermagem.
- ▶ *Joan Gené-Badia* é Médico de Família da Equipe de atenção primária Castelldefels no Instituto Catalão da Saúde, em Barcelona, Espanha.
- ▶ *Bernhard Gibis* é diretor do Departamento de Garantia de Qualidade da Associação Nacional de Médicos Estatutários da Seguridade em Saúde (KBV), em Berlim, Alemanha.
- ▶ *Stefan Greß* é Professor Assistente do Instituto de Gestão de Atenção em Saúde da Universidade de Duisburg-Essen, em Essen, Alemanha.
- ▶ *Peter P. Groenewegen* é Chefe do Departamento de Investigação em NIVEL e professor de Aspectos Geográficos e Sociais da Saúde e Atenção em Saúde da Universidade de Utrecht, em Utrecht, Holanda.
- ▶ *Jan Heyrman* é Professor e Diretor do Departamento de Medicina de Família e Comunidade na Universidade Católica de Leuven (KULeuven) em Lovaina, na Bélgica.
- ▶ *Jack Hutten* foi Coordenador de Pesquisa em NIVEL em Utrecht, Holanda. Atualmente, Conselheiro Sênior de Política no Departamento de cuidados de atenção do Ministério da Saúde, Seguridade Social e Esportes, em Haia, Holanda.
- ▶ *Michael Kidd* é Professor e Chefe da Disciplina de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Sidnei, e Presidente do Colégio Real Australiano de Médicos de Família e Comunidade, em Sidnei, Austrália.
- ▶ *Mårten Kvist* é diretor do Centro de Saúde de Laitila-Pyhäranta em Laitila, Finlândia.

- ▶ *Miranda Laurant* é Pesquisadora Sênior do Centro para a Qualidade da Pesquisa em Atenção das Universidades de Nijmegen e de Maastricht, em Nijmegen, Holanda.
- ▶ *Margus Lember* é Professor e Chefe do Departamento de Medicina Interna da Universidade de Tartu, em Tartu, Estônia.
- ▶ *Martin Marshall* é médico de família e comunidade e Professor de Medicina de Família e Comunidade do Centro Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento da atenção primária da Universidade de Manchester, em Manchester, Reino Unido.
- ▶ *Alison McCallum* é Pesquisador em Pesquisa de Resultados e Igualdade, Centro Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento para Seguridade Social e Saúde (STAKES), em Helsinque, Finlândia, e Professor Associado do Centro de Gestão Médica do Instituto Karolinska, em Estocolmo, Suécia.
- ▶ *Toomas Palu* é Especialista Sênior em Saúde do Departamento de Desenvolvimento da Europa e Ásia Central do Banco Mundial em Washington DC, EUA.
- ▶ *Ana Rico* é Professora Associada de Política de Saúde e de Política do Departamento de Gestão e Economia da Saúde da Universidade de Oslo, Noruega.
- ▶ *Ray Robinson* é professor de Política de Saúde no Centro de Saúde e Assistência Social da Escola de Economia e Ciência Política de Londres, em Londres, Reino Unido.
- ▶ *Valentin Rusovich* é médico de família e comunidade, Presidente da Associação de Médicos de Família e Comunidade da Bielorrússia e professor em GP do Departamento de Medicina de Família e Comunidade da Academia Bielorrussa de Medicina para a Formação Médica Continuada (BelMAPO), Departamento de Medicina de Família e Comunidade em Minsk, Bielorrússia.
- ▶ *Richard B. Saltman* é Professor de Política e Gestão em Saúde na Escola Rollins de Saúde Pública da Universidade Emory, em Atlanta, EUA e Diretor de Pesquisa do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde.
- ▶ *Anthony Scott* é Professor Adjunto de Economia de Saúde na Unidade de Pesquisa em Economia de Saúde da Universidade de Aberdeen, em Aberdeen, Reino Unido.
- ▶ *Rod Sheaff* é Pesquisador Sênior de Centro Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento em atenção primária da Universidade de Manchester, em Manchester, Reino Unido.
- ▶ *Bonnie Sibbald* é professor de Pesquisa em Serviços de Saúde no Centro Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento em atenção primária da Universidade de Manchester, em Manchester, Reino Unido.
- ▶ *Igor Švab* é professor e chefe do Departamento de Medicina da Família da Universidade de Ljubljana, na Eslovênia.
- ▶ *Hrvoje Tiljak* é Conferencista Sênior da Escola de Andrija Stampar de Saúde Pública, em Zagreb, Croácia.
- ▶ *Michel Wensing* é Conferencista Sênior no Centro de Qualidade da Pesquisa em Atenção das Universidades de Nijmegen e Maastricht, em Nijmegen, Holanda.

Introdução pelos Editores da Série

De maneira geral, os legisladores dos países europeus concordam quanto aos objetivos centrais que seus sistemas de saúde devem perseguir. A lista é extremamente direta: o acesso universal a todos os cidadãos, cuidados efetivos para melhores resultados de saúde, o uso eficiente dos recursos, serviços de alta qualidade e capacidade de resposta às preocupações do paciente. Esse conjunto de objetivos, em várias e inventivas configurações, tem importância para além do setor saúde, repercutindo em todo o cenário político e ocupando um lugar de destaque nas recentes campanhas eleitorais nacionais dos países europeus. No entanto, esse consenso só pode ser observado ao nível da política abstrata. À medida que os objetivos são traduzidos em modelos de organização dos sistemas de saúde, as semelhanças e consensos desaparecem, transformando-se em abordagens divergentes e, muitas vezes, contraditórias. Esse, obviamente, não é um fenômeno novo no setor da saúde. Nações diferentes, com diferentes histórias, culturas e experiências políticas têm, há muito tempo, construído os arranjos institucionais completamente diferentes para o financiamento e para a prestação de atenção médica.

A diversidade de configurações do sistema de saúde que se desenvolveu em resposta a objetivos comuns, de modo geral, leva naturalmente a perguntas sobre as vantagens e desvantagens inerentes aos diversos modelos, e qual abordagem é “muito melhor” ou mesmo “melhor”, dado o contexto particular e o conjunto de prioridades políticas. Essas preocupações se intensificaram na última década, quando os formuladores de políticas focaram a busca de melhoria de desempenho dos sistemas de saúde, configurando uma onda de reformas sanitárias por toda Europa. A busca de vantagens comparativas produziu – na política de saúde, como na clínica médica – o aumento da importância das bases de conhecimento sobre as quais se tomam decisões nos sistemas de saúde, possibilitando, ao menos em parte, superar as divergências institucionais por meio da formulação de políticas baseadas em evidências.

Os volumes publicados pelo Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e na Série Políticas são destinados a fornecer precisamente esse tipo de análise cruzada de políticas e sistemas saúde nacionais. Baseando-se numa extensa rede de peritos e formuladores de políticas, que trabalham em diferentes posições acadêmicas e administrativas, esses estudos procuram sintetizar as evidências disponíveis sobre temas-chave do setor da saúde, utilizando uma metodologia sistemática. Cada volume explora as bases conceituais, os resultados e as lições aprendidas sobre o desenvolvimento mais justo, eficiente e eficaz dos sistemas de

saúde na Europa. Com esse foco, a série pretende contribuir a crescente adoção de uma abordagem baseada em evidências na formulação de políticas no setor da saúde. Considerando as diferenças culturais, sociais e normativas, entre os países, os estudos exploram uma gama de alternativas políticas disponíveis para futuras tomadas de decisão. Ao examinar de perto as vantagens e desvantagens de diferentes abordagens políticas, esses volumes cumprem o mandato central do Observatório: servir como uma ponte entre a pesquisa acadêmica pura e as necessidades dos formuladores de políticas, bem como estimular o desenvolvimento de respostas estratégicas adequadas para o mundo real, no qual a reforma do setor de saúde deve ser implantada.

O Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas é uma parceria que reúne três agências internacionais, seis governos nacionais, uma região da Itália, duas instituições de pesquisa e uma organização não governamental internacional. Os parceiros são os seguintes: o escritório regional da Organização Mundial da Saúde para a Europa, que abastece o secretariado do Observatório; os governos da Bélgica, Finlândia, Grécia, Noruega, Espanha e Suécia; Região de Vêneto; o Banco Europeu de Investimento; o Open Society Institute; o Banco Mundial; a Escola de Londres de Higiene e Medicina Tropical e a Escola de Londres de Economia e Ciências Políticas.

Além dos estudos comparativos transnacionais e estudos analíticos publicados nessa Série do Open University Press, o Observatório produz perfis do Sistema de Atenção Médica em Transição (SAMT) para os países da Europa, o Jornal EuroHealth e o boletim EuroObserver. Mais informações sobre publicações do Observatório e atividades podem ser encontradas no *site web*, www.observatory.dk.

Josep Figueras, Martin McKee, Elias Mossialos e Richard B. Saltman

Prefácio

Na Europa, a atenção primária tem crescido dramaticamente quanto ao seu escopo e respeito ao longo das últimas décadas. Isso reflete o esforço concentrado de acadêmicos, legisladores e organizações nacionais e internacionais em colocar a atenção primária, como um componente fundamental da atenção à saúde, no centro das decisões e responsabilidades dos sistemas de saúde. Tal esforço, mesmo assumindo formas concretas distintas, se expressa de modo muito semelhante nos diferentes países europeus.

Esse processo de mudança organizacional tem sido um exercício difícil e complicado. Em graus variados, tem envolvido o desenvolvimento de novas e mais equilibradas relações entre hospital e atenção primária, entre especialistas e Médicos de Família e Comunidade, entre a atenção primária e domiciliar, e, em uma série de ambientes, entre formas de atendimento hospitalar e ambulatorial. Esses tipos de ajuste estrutural na organização dos sistemas de saúde são, por sua própria natureza, esforços de longo prazo e seu progresso requer a persistência e o foco de todos os atores-chave.

O presente estudo serve como um relatório da situação dos processos de mudança organizacional dos sistemas de saúde. Baseando-se numa ampla gama de informações e perspectivas, traça um panorama atualizado do progresso de atenção primária para a realização dos importantes objetivos da política de saúde para todos os sistemas europeus de atenção em saúde. Progresso que é particularmente evidente na recente e rápida proliferação de mecanismos inovadores, tais como redes de atenção para pacientes com doenças crônicas e idosos, e na experimentação contínua de novos instrumentos de financiamento para apoiar e ampliar essas redes.

A avaliação trazida pelo presente volume adota a perspectiva de muitos dos formuladores nacionais de políticas de que a Europa está em um período de extensas inovações no campo da atenção primária. Essa efervescência intelectual e organizacional, se sustentada, pode significar a superação da lacuna entre as expectativas dos gestores sobre o papel e a importância da atenção primária nos sistemas de saúde, por um lado, e o desempenho real e cotidiano dos sistemas de saúde, por outro lado.

Há, com certeza, dilemas adicionais que ainda precisam ser resolvidos. Como o estudo precisamente observa, algumas das decisões mais importantes sobre como a atenção primária pode ser melhor institucionalizada no âmbito dos modernos sistemas de saúde – em

particular, a questão que dá título ao presente volume sobre o papel da atenção primária como organizadora e/ou condutora dos sistemas de saúde - ainda carecem de definições. . Essas decisões, e as questões a elas associadas, continuarão a ser o foco central da formulação e gestão de políticas de saúde em toda a Europa. Apesar do inegável avanço da atenção primária desde seu início nos anos 70, continua a existir uma grande quantidade de trabalho a ser feito a fim de alcançar seu potencial pleno. Ao delinear a extensão do progresso global que a atenção primária tem conseguido até a data, as inovações da reforma em curso, e as complexas questões ainda não resolvidas, esse volume fornece, tanto aos formuladores e gestores de políticas quanto aos acadêmicos, uma perspectiva valiosa sobre esse importante esforço.

Marc Danzon

Diretor Regional da OMS para a Europa

Prefácio da Edição Brasileira na Língua Portuguesa

É com muita satisfação que produzimos a edição brasileira do livro “Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde - *Reforma organizacional na Atenção Primária Europeia*” - uma iniciativa das Secretarias de Vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde para reafirmar o caminho indispensável na construção da integralidade e de mais e melhores resultados na saúde das pessoas por meio da integração da vigilância em saúde com a atenção primária em saúde.

Essa publicação, produzida pela Organização Mundial da Saúde, faz uma análise da atenção primária nos países europeus, suas reformas e as inovações necessárias na perspectiva de uma APS orientadora - que “dirige” - as Redes de Atenção.

Nos últimos anos, na gestão do Ministro José Gomes Temporão, a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde, com fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, tornou-se para nós, não somente uma meta e um objetivo prioritário, mas uma obstinação movida pela convicção da necessidade de se compartilhar responsabilidades e se compatibilizar territórios de atuação.

Foi nesse caminho que buscamos o apoio dos técnicos e dirigentes das áreas envolvidas e de forma especial das representações institucionais dos gestores estaduais e municipais em uma verdadeira força tarefa para institucionalizar os esforços de integração. Assim foi construída, a revisão do marco normativo da vigilância em saúde, onde se destaca a necessidade de sua inserção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde, como condição para atingir a integralidade do cuidado.

Esperamos assim, que esta publicação se constitua em mais um elemento de apoio à integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde, seja nos espaços acadêmicos dos cursos de graduação e pós-graduação, como no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde, que fortalece a atenção primária e a vigilância tendo como pressuposto a educação pelo trabalho. Seja pela indução de processos de trabalho condizentes com as realidades locais, preservando as especificidades dos setores e compartilhando suas tecnologias e que esteja efetivamente ao alcance de todos: profis-

sionais, gestores, alunos e professores que compartilham do sonho de plena implantação dos princípios solidários e éticos que regem o nosso Sistema Único de Saúde.

Heloiza Machado de Souza
Dir. do Departamento de Gestão
Secretaria de Vigilância em Saúde

Claunara Schilling Mendonça
Dir. do Departamento de Atenção Básica
Secretaria de Atenção à Saúde

Alberto Beltrame
Secretário de Atenção à Saúde

Gerson Oliveira Penna
Secretário de Vigilância em Saúde

José Gomes Temporão
Ministro da Saúde do Brasil

Agradecimentos

Os editores são gratos pelas generosas contribuições feitas por numerosos indivíduos e organizações ao presente projeto. . Estamos muito gratos aos nossos autores, cujo compromisso de tempo e conhecimento tornaram esse estudo possível. Agradecemos também a Wyn John Owen e Nuffield Trust pela Investigação e Estudos de Serviços de Saúde e Políticas, e pela hospedagem maravilhosa do autor no seminário em 21-22 de maio de 2002 em Londres. Também agradecemos aos peritos externos, que se juntaram a nós para essa oficina: Martin Roland, Mikko Vienonen, Milagros Garcia-Barbero, Oliver Grone, e Philippe Duprat. O volume final beneficiou-se com os comentários extensos sobre um projeto inicial por quatro avaliadores externos: Allen Hutchinson, Chris van Weel, Leon Epstein, e Josep Goicoechea. Valiosas sugestões para a revisão foram feitas nos três primeiros capítulos por funcionários da NIVEL.

Pesquisa especializada e apoio editorial foram prestados pela equipe do Observatório de Madri – Hans Dubois, Marikay McCabe, e Wendy Wisbaum – com o apoio de digitação adicional de Charlotte Brandigi em Atlanta. Coordenação com o Open University Press / McGraw-Hill Education, sobre a prestação e o processo de produção foram fornecidos por Francine Raveney e Nicole Satterley.

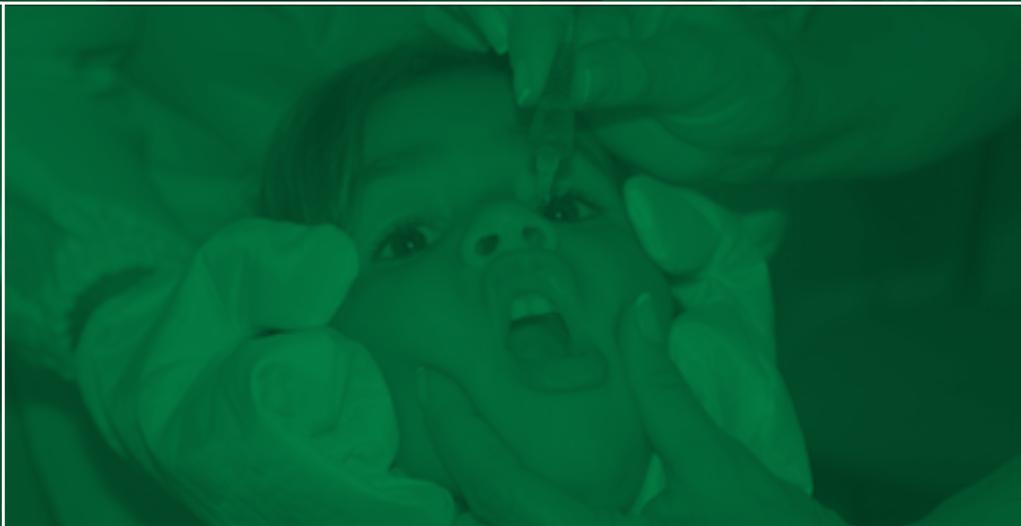




parte um

Avaliação do
panorama estratégico







capítulo um

Coordenação e integração
em atenção primária
europeia

Wienke G. W. Boerma



Um livro sobre atenção primária mais forte

O título desse livro parece implicar que a atual condução dos sistemas de saúde não têm se realizado de maneira satisfatória e deveria ser substituído pela atenção primária. De fato, em certo número de países europeus pode ser que a prestação de atenção à saúde seja inadequadamente conduzida, mas isso parece ser devido ao fato de que, frequentemente, parece não haver ninguém ao volante. Essa situação não é nova. Nas décadas de 70 e 80, os países procuraram, com algum grau de sucesso, fazer com que os serviços de saúde fossem mais eficientes e mais coerentes (Abel-Smith e Mossialos, 1994; Maynard e Bloor, 1995; Saltman e Figueras, 1997). Várias décadas depois, coerência e coordenação insuficientes em atenção à saúde ainda são consideradas as principais causas de falta de respostas às necessidades da população. Em vários países a experiência tem mostrado que a distância entre as necessidades da população e as respostas institucionais pode ser enfrentada no ponto onde normalmente os pacientes ingressam nos sistemas de saúde, no qual seus problemas de saúde são analisados e as decisões sobre que recursos devem ser mobilizados para resolvê-los são tomadas: esse lugar é a atenção primária. (OMS, 2002). O fortalecimento da atenção primária por meio da ampliação do conjunto de habilidades e/ou conhecimentos nela envolvidos ou de sua primazia sobre os demais níveis de cuidado, são frequentemente citados como chave para a solução (Starfield e Shi, 2002). Qual a viabilidade dessas ambições no contexto atual de atenção à saúde na Europa, que é extremamente heterogênea, particularmente com relação à atenção primária? Quais as condições para uma atenção primária forte e o que se sabe sobre estratégias e medidas efetivas? Embora a organização e o provimento de cuidado em saúde ainda seja uma questão nacional, a integração europeia ampliou o interesse em experiências estrangeiras no campo do desenvolvimento dos sistemas de saúde, tomadas como base para a formulação de políticas de nacionais (OMS, 2002).

O objetivo desse livro é avaliar até que ponto fortalecer a atenção primária pode ser uma estratégia viável para melhorar a coerência, em termos gerais, do cuidado em saúde e que condições e instrumentos são pertinentes a essa estratégia.

A “Condução das Redes de Atenção”, no título do livro, refere-se à função de coordenação e direcionalidade, para a qual a atenção primária pode ter um potencial considerável. Após completar nossa análise, entretanto, mantivemos o ponto de interrogação no título, porque a resposta não é inequívoca. As características e condições de atenção primária

na Europa são tão diversas, que é difícil fazer um julgamento geral sobre a pertinência da atenção primária coordenar e conduzir os sistemas de saúde. .

Esse volume explora as distintas abordagens da atenção primária encontradas na Europa e examina o sucesso das diferentes estratégias utilizadas em seu desenho e operacionalização. Nesse capítulo introdutório, estabelecemos a base para avaliações mais detalhadas que se seguirão. Começamos pelo exame da questão fundamental: a coerência e coordenação do sistema de saúde, e pela avaliação do papel que a atenção primária desempenha na resolução desse dilema. Recorrendo a essa análise, desenvolvemos, pois, a definição da atenção primária que servirá de base para o mapeamento subsequente, dos recursos de atenção primária espalhados pela Europa, que integra o Capítulo Dois.

O problema

Apesar do aumento constante das despesas com saúde nos países europeus, as necessidades de saúde de subgrupos crescentes da população, como os doentes crônicos, os idosos e aqueles que necessitam de serviços hospitalares em domicílio, não são completamente satisfeitas (McKee e Healy, 2001). Ao longo dos últimos anos, essas necessidades mudaram quantitativa e qualitativamente, e continuarão mudando, como resultado de uma transição epidemiológica relacionada ao envelhecimento da população e ao aumento geral da riqueza na maioria dos países. É cada vez maior a proporção de pacientes que sofrem de mais de uma doença e recebem certa composição de cuidados em saúde (e sociais) fornecida por trabalhadores de diferentes especialidades ao mesmo tempo (Van den Akker *et al.*, 1998; Menotti *et al.*, Westert *et al.*, 2001). Essas necessidades complexas em geral não são adequadamente tratadas por um sistema de atenção à saúde que, ele próprio, também se tornou cada vez mais complexo. A inadequação pode resultar não só em necessidades não atendidas, como também em tratamentos desnecessários, medicalização e outras ameaças à segurança do paciente. O aumento da complexidade do sistema é um efeito colateral da especialização e subespecialização da atenção à saúde, onde tendeu a crescer o isolamento e a orientação “interna” de cada grupo profissional à custa da desatenção quanto à integração com outras especialidades. A implementação de novos arranjos para organização do cuidado, como aqueles baseados em atenção compartilhada, em substituição e em equipe, é impedida por essa fragmentação. Mais coordenação será necessária para oferecer aos usuários de cuidados mais complexos as orientações necessárias para encontrar seu caminho através do sistema de saúde. Os problemas de coordenação provavelmente surgirão nas interfaces essenciais: entre a atenção primária e a secundária, entre atenção curativa e

serviços de saúde pública, e entre especialidades dentro de subsetores particulares (Renders *et al.*, 2001; Faulkner *et al.*, 2003; Rat *et al.*, 2004).

Outro aspecto que sublinha a necessidade por maior coerência e coordenação é a crescente importância da medicina preventiva. Espera-se que o seu desenvolvimento traga ganhos adicionais à população em termos de qualidade e expectativa de vida. A atenção à saúde deve ser cada vez mais solicitada a, ativa e sistematicamente, diagnosticar as condições patológicas em seus estágios iniciais e para identificar fatores conhecidos como de risco para a saúde. Triagem, monitoramento e acompanhamento, que ainda são tarefas relativamente novas em atenção primária, só podem ser realizados, efetivamente, pela coordenação de esforços de vários grupos profissionais com base em informações concernentes à população a que servem (Isles *et al.*, 2000; Murchie *et al.*, 2003; Oakeshott *et al.*, Campbell, 2004). Onde as intervenções preventivas já ultrapassam os limites da atenção à saúde padrão, uma coordenação abrangente será necessária para incluir outros setores, como os serviços sociais ou a educação.

As pressões para mudança originam-se não só na insatisfação pública com as respostas às necessidades em saúde da população e a necessidade de encontrar formas efetivas de promoção de saúde e prevenção de doenças. Formuladores de políticas, financiadores e outros responsáveis por despesas com atenção à saúde, há muito tempo se preocupam com os custos crescentes que ela envolve (Abel-Smith, 1992; OCDE, 1995). Eles estão à procura de incentivos e mecanismos que aumentem a responsabilidade e a consciência dos trabalhadores de serviço de saúde quanto a um objetivo comum: a eficiência. Atualmente, há uma demanda por reformas que possam melhorar a coordenação dos sistemas de saúde, assim como estimular o uso mais eficiente dos recursos. Dessa forma, as pressões atuais vão além das medidas de controle de custos que eram dominantes na década de 1990 (OCDE, 1995; Paton, 2000).

Embora os analistas tendam a ver a atenção em saúde como um sistema integrado, as combinações existentes nem sempre fornecem uma resposta bem organizada para os problemas de saúde que ocorrem em uma sociedade. As características relevantes de um sistema não são evidentes: metas operacionais nem sempre são compartilhadas, a divisão de trabalho está longe da perfeição e, devido à falta de coordenação, falta coerência aos vários elementos da atenção em saúde (Van der Zee *et al.*, 2004). Comunicação deficiente entre atenção primária, hospitais e médicos especialistas tem sido bem documentada, há décadas, em muitos sistemas de atenção em saúde. Similarmente, a atenção em saúde

curativa e serviços públicos de saúde, geralmente, são mundos à parte. Além disso, *status* e tensão entre campos de conhecimento podem impedir boas relações de trabalho entre médicos e enfermeiros, particularmente se esses últimos estiverem trabalhando em organizações separadas, como a prática independente e organizações de atenção em domicílio (Poulton e West, 1993; Mur-Veeman *et al.*, 2001). Remover essas barreiras, criando, por exemplo, incentivos para o trabalho em equipe, pode melhorar a qualidade do cuidado individual e os níveis de habilidade da de atenção à saúde, mas pode não ser suficiente para permitir uma maior coordenação entre os diferentes níveis de complexidade dos sistemas e setores de atendimento. Outras medidas específicas serão necessárias para se estabelecer novas formas de suporte que garantam interfaces contínuas, como cadeias de atenção ou redes de atenção integrada.

Atenção primária: características e disciplinas

As definições de atenção primária são numerosas, mais descritivas ou mais normativas, dependendo do propósito a que servem. A abordagem normativa tem sido estreitamente relacionada à Declaração de Alma-Ata da OMS em 1978 sobre atenção primária, cujo foco estava na solidariedade e acesso equitativo ao cuidado em saúde; na proteção e promoção de saúde em vez da cura das doenças; na maior influência da população na atenção à saúde em vez do exclusivo domínio profissional; e na ampla colaboração intersectorial ao se lidar com os problemas da comunidade (OMS, 1978).

Embora os conceitos de “atenção primária em saúde” e “atenção primária” sejam frequentemente usados como sinônimos, eles representam diferentes aspectos do desenvolvimento e da articulação do primeiro nível de cuidado. O tema desse livro não é a ampla estratégia social de atenção primária em saúde, conforme estabelecido em Alma-Ata, mas sim uma área mais limitada da atenção primária, como um subconjunto de funções ou serviços prestados especificamente no contexto dos sistemas de saúde. Evidente que um setor de atenção primária bem concebido também pode servir aos objetivos mais amplos da atenção primária em saúde. No atual contexto europeu da atenção à saúde, o conceito de atenção primária pode ser entendido da seguinte forma: referindo-se a um nível de atenção entre cuidado informal e cuidado hospitalar; ou a um conjunto de funções e atividades; ou a um meio de executar essas funções e atividades; ou a um conjunto de características para a organização dos serviços de saúde (Starfield, 1992, 1998). Uma discussão consistente dentro dessas variações é que a atenção primária consiste na resposta profissional, quando os pacientes fazem o primeiro contato com o sistema de saúde. Essa abordagem quanto à atenção primária é considera-

velmente mais ampla que o atendimento prestado por um médico de família e comunidade, mas é consideravelmente mais restrita do que o conceito intersetorial da atenção primária em saúde promulgada na Declaração de Alma-Ata. É, precisamente, essa categoria intermediária, no entanto, que está no centro do desenvolvimento da atenção primária existente em muitos países europeus (veja como exemplos as quatro caixas nesse capítulo e no capítulo dois) e que é o ponto focal dos esforços para melhorar a coerência e a coordenação na prestação de serviços de atenção à saúde. Para os fins desse livro, vamos nos referir a essa categoria intermediária de “atenção primária estendida”. Como um primeiro passo na formulação de uma definição de trabalho, iremos abordar as funções ou atributos da atenção primária estendida, uma vez que eles ajudam a identificar quais pacientes precisam de ajuda adequada, já que deram o primeiro passo no intuito de buscar serviços profissionais de saúde.

O processo da atenção primária

Embora as formas de atenção primária na Europa sejam diversas e as disciplinas envolvidas difiram, a existência de suas funções pode ser identificada na maioria dos sistemas de saúde, mesmo que em distintos graus (Boerma, 2003; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004). A função mais evidente da atenção primária é ser o ponto em que ocorre o primeiro contato dos pacientes com o profissional de saúde. Nesse sentido, a atenção primária encontra-se na transição do cuidado leigo para o cuidado profissional, ponto em que acontece a identificação geral do problema e onde as informações sobre as visitas anteriores do paciente e seu histórico médico são considerados. Pode ser necessário, então, esclarecer a demanda: o que o paciente (na verdade) espera de cuidados de saúde e quais são suas opções para lidar com o problema? Já nessa fase, grandes proporções de demandas não parecem precisar de mais intervenções e será suficiente dar *informações, garantias ou conselhos*, às vezes, combinados com uma consulta de acompanhamento. Para outros pacientes, um *procedimento de diagnóstico* pode ser necessário. Exames diagnósticos irão centrar-se, particularmente, na identificação ou exclusão de doença grave. A fase de diagnóstico pode ser seguida por *tratamento*. Decisões sobre o *tratamento* são tomadas em conjunto com os pacientes, pois sua motivação e suas possibilidades serão determinantes para o sucesso do mesmo. Dependendo do tipo de tratamento, pode ser necessário envolver outras disciplinas, quer em atenção primária, quer secundária. O envolvimento pode variar desde simplesmente pedir conselhos até a necessidade de encaminhar aos cuidados de outro médico. Se mais de um profissional de saúde ou unidade de saúde estiverem envolvidos no tratamento, é necessária sua coordenação para evitar duplicação de esforços e garantir a continuidade do tratamento. Intimamente relacionado com as funções mencionadas até agora, que se aplica, principalmente, à atenção curativa, é a prevenção na atenção em saúde, que pode

começar desde o conhecimento sobre os pacientes e suas condições de vida e de saúde (peso ou pressão arterial, por exemplo) feitas durante os contatos curativos. A função preventiva pode, também, se estender a grupos na comunidade.

Os atributos ou funções da atenção primária foram concisamente resumidos na definição do Instituto Americano de Medicina (Donaldson *et al.*, 1996), referindo-se à “provisão de serviços de atenção em saúde, integrados e acessíveis, por clínicos que são responsáveis por resolver a grande maioria das necessidades da atenção pessoal em saúde, desenvolvendo uma parceria sustentável com pacientes e colocando-os em prática no contexto da família e da comunidade”. Desnecessário dizer que as funções atribuídas à atenção primária também podem ser aplicadas em graus variados a outros níveis de atenção.

Outras dimensões

Como um nível de atenção, a atenção primária é frequentemente representada como a base da pirâmide da atenção em saúde. A camada do meio é a da atenção secundária, enquanto que a atenção terciária está situada no topo da pirâmide. Cuidados informais representam uma área inespecífica abaixo da pirâmide. A atenção primária é a resposta para os problemas inespecíficos e comuns de saúde, responsáveis pela grande maioria das necessidades de saúde da população. Problemas que exigem conhecimentos médicos mais especializados são tratados na atenção secundária, nos hospitais ou em ambulatórios, enquanto que os casos raros e muito complexos são abordados pelo nível terciário (Fry, 1972). Pelas características de seus serviços, a atenção primária é um tipo de cuidado ambulatorial e diretamente acessível aos pacientes, com um caráter generalista, situado na comunidade a que serve e com um foco sobre o indivíduo em sua situação domiciliar e contexto social (Van der Zee, 1989; Gervas *et al.*, 1994). Starfield definiu atenção primária mais quanto ao conteúdo e abrangência de cuidados, incluindo a sua função de integração: aqueles serviços direcionados aos problemas mais comuns, proporcionando um conjunto de medidas preventivas, curativas e de reabilitação; integrando os cuidados quando existe mais de um problema de saúde, lidando com o contexto da doença; organizando e racionalizando a utilização de recursos básicos e especializados (Starfield, 1991).

A atenção primária não é uma disciplina em si, mas é prestada por profissionais com formação especializada. Analisando os sistemas da atenção em saúde, as disciplinas podem ser listadas, nos graus variados que estão envolvidas, na prestação de atenção primária estendida.

Atenção primária e Medicina de Família e Comunidade

Uma disciplina central na atenção primária é a Medicina de Família e Comunidade ou Medicina de Família. A atenção primária começou a se desenvolver num campo de conhecimento médico que não era ocupado por (médicos) especialistas. Como a especialização se expandiu e o número de especialidades cresceu na segunda metade do século XX, essas “atividades residuais” foram rotuladas como atenção primária e, mais tarde, se desenvolveram, tornando-se também uma especialidade. Nos Países Baixos, por exemplo, a atenção primária foi oficialmente identificada como um campo específico de especialização em 1974, com a publicação de um documento oficial sobre a estrutura da atenção em saúde. O documento concluiu que os cuidados de saúde não eram coerentes, o financiamento era fragmentado e que muita ênfase havia sido colocada no setor hospitalar. (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1974). Em 1980, um outro documento, exclusivamente dedicado à atenção primária, descreveu as características desse campo, os profissionais de saúde a serem envolvidos, e lançou medidas para fortalecer a atenção primária (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1980).

Na Europa, a atenção primária não é facilmente conceituada sem a Medicina de Família e Comunidade, mas esses dois conceitos não são equivalentes. O conceito de atenção primária estendida, como já referido, abrange consideravelmente mais do que a Medicina de Família e Comunidade sozinha. Tal abrangência e seus graus variam de um país para outro. Nos países onde a Medicina de Família e Comunidade é bem desenvolvida, as funções e características da atenção primária estão largamente sobrepostas àquelas da Medicina de Família e Comunidade, e a Medicina de Família e Comunidade pode ter uma posição privilegiada na atenção primária. Em outros países, atenção médica básica e diretamente acessível também é prestada por especialistas, como pediatras, ginecologistas, especialistas em medicina interna e cardiologistas. A definição do médico de família e comunidade (GP), estabelecida há mais de 30 anos pelo British Royal College of General Practitioners, abrange muitos desses elementos. De acordo com essa definição, um GP é:

... um médico que presta atenção pessoal em saúde, primária e contínua aos indivíduos e famílias. Ele pode atender seus pacientes em suas próprias casas, em seu consultório ou, às vezes, no hospital. Ele aceita a responsabilidade por tomar uma decisão inicial em cada problema que seu paciente lhe apresentar, consultando especialistas, quando achar apropriado fazê-lo. Ele geralmente vai trabalhar em um grupo com outros Médicos de Família e Comunidade, a partir de premissas criadas ou modificadas para o propósito, com a ajuda de colegas paramédicos, pessoal auxiliar adequado e todo o equipamento necessário. Mesmo se ele estiver em uma atuação sozinho, ele vai trabalhar em equipe e delegar, quando necessário. Seu diagnóstico será composto em termos físicos, psicológicos e sociais. Ele vai intervir pedagogicamente, preventivamente e terapeuticamente para promover a saúde do seu paciente.

(RCGP, 1972)

A partir dessa e de muitas definições que vieram depois, as seguintes características-chave da Medicina de Família e Comunidade ou da Medicina de Família podem ser sintetizadas. Primeiro, é *atenção generalista*, o que significa que lida com uma ampla gama de problemas de saúde não selecionados e com todas as categorias da população, sem exclusão de faixa etária ou sexo. Segundo, como espaço do *primeiro* contato de atenção, os serviços estão disponíveis em todos os momentos, com bastante proximidade e/ou nas casas dos pacientes, se necessário. Terceiro, a orientação ao contexto dos pacientes implica que a individualidade de um paciente é levada em conta no tratamento, bem como a rede social e as circunstâncias de vida. Quarto, o foco está na *continuidade*: as intervenções não se limitam a um episódio de cuidado, mas cobrem as necessidades de saúde dos pacientes longitudinalmente. Quinto, a *abrangência* refere-se ao fato de que os serviços compreendem cuidados curativos, de reabilitação e de suporte, bem como a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Finalmente, coordenação significa que os pacientes são encaminhados a outros profissionais de saúde, se necessário, e que os recursos de atenção em saúde são adequadamente distribuídos (Grupo Leeuwenhorst, 1974 WONCA, 1991, 2002; Boerma e Fleming, 1998 Van Weel; 1999; Olesen, 2002; Boerma, 2003). A partir dessa caracterização, fica claro que a Medicina de Família e Comunidade requer trabalho em equipe e colaboração com outras disciplinas.

Outras disciplinas na atenção primária

Como em outros setores, a divisão profissional de tarefas e a especialização resultaram em um número crescente de disciplinas trabalhando dentro ou com a atenção primária. Obviamente, nem todas as características da atenção primária – por exemplo, o acesso direto ou a abordagem generalista – aplicam-se, igualmente, a todas as disciplinas em cada sistema de saúde na Europa. Além disso, as disciplinas podem estar envolvidas em atividades do tipo “atenção primária”, mas em hospitais ou casas de repouso. O tipo de envolvimento das

várias disciplinas na atenção primária é uma característica diferencial do sistema de saúde de um país. Somando-se à Medicina de Família e Comunidade, os profissionais de saúde descritos a seguir podem ser considerados como os principais envolvidos no cuidado em atenção primária (Boerma *et al.*, 1993; Bower e Sibbald, 2004; Pringle e Irvine, 2004; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004).

A *enfermagem* é uma profissão crucial que, atualmente, aparece na atenção primária de várias formas (Kinnersley *et al.*, 2000; Temmink *et al.*, 2000; Pringle e Irvine, 2004). Uma longa tradição envolve *enfermeiras comunitárias* (ou enfermeiras distritais), que cuidam de pacientes em casa, principalmente os muito jovens, os idosos e aqueles com condições crônicas. Exemplos desse tipo de cuidado incluem dar banho nos pacientes, cuidar de feridas, administrar medicamentos, dar informação e apoio, bem como intervenções técnicas após a hospitalização ou em uma fase terminal. Os pacientes psiquiátricos que vivem em casa são a população-alvo das *enfermeiras psiquiátricas comunitárias*. Atividades de *enfermeiras clínicas* incluem a promoção da saúde, cuidados no pré-natal, vacinas e acompanhamento de rotina de doentes crônicos no contexto da Medicina de Família e Comunidade. Há uma tendência a associar enfermeiros ao gerenciamento dos pacientes (Shum *et al.*, 2000). Somando-se às atividades de enfermagem, enfermeiros fazem certos procedimentos diagnósticos e tratamentos, incluindo a administração de alguns medicamentos. Além disso, outros enfermeiros especialistas estão trabalhando em equipes de atenção primária para determinadas categorias de paciente, como aqueles com diabetes, asma e doenças cardíacas coronarianas (Calnan *et al.*, 1994; Vrijhoef, 2002).

A tarefa principal do farmacêutico é preparar e distribuir medicamentos prescritos por médicos. A densidade de farmacêuticos (e sua concorrência) varia muito entre os países europeus. Em alguns países, especialmente naqueles onde os pacientes estão habitualmente vinculados a uma farmácia, proporcionar aos pacientes e aos Médicos de Família e Comunidade informações tornou-se uma tarefa importante para as farmácias. Potencialmente, as farmácias estão em uma boa posição para desenvolver uma política de prescrição medicamentosa com o GP em sua área e para atentar para a garantia de segurança das prescrições (Hughes e McCann, 2003; Muijers *et al.*, 2004; Silcock *et al.*, 2004). Nos Países Baixos, a cooperação entre o GP e os farmacêuticos tem sido fortemente promovida desde o início de 1990. Atualmente 71% dos GPs holandeses têm um acordo explícito com um farmacêutico sobre a sua política de prescrição. Em média, os clínicos holandeses têm encontros com farmacêuticos durante 19 minutos por semana (Braspenning *et al.*, 2004).

A fisioterapia é uma profissão que vem crescendo em alguns países, especialmente no noroeste da Europa. Os fisioterapeutas tratam pacientes com problemas músculo-esqueléticos e podem trabalhar em instituições ou na comunidade. Em alguns países, os pacientes podem precisar de um encaminhamento de um médico para ir a um fisioterapeuta (Koster *et al.*, 1991).

O trabalho de parteira é geralmente praticado em uma clínica, onde as parteiras estão envolvidas no cuidado pré-natal e nos partos, sob a supervisão dos obstetras. Em alguns países, as parteiras trabalham também na comunidade (Page, 2001). Nos Países Baixos, elas ocupam uma posição singular: as parteiras são responsáveis por cerca de 40% de todos os partos, a maioria dos quais realizados em casa (Wiegers *et al.*, 1998).

Finalmente, existem algumas disciplinas com funções de atenção primária, embora seus trabalhadores nem sempre sejam classificados como de atenção primária. O mais importante são os “ajudantes domiciliares”, que dão atenção doméstica e pessoal, muitas vezes em situações onde as enfermeiras comunitárias também estão envolvidas (Hutten e Kerkstra, 1996). A implantação da necessária combinação de conhecimentos e habilidades profissionais para responder as necessidades específicas dos pacientes requer cooperação entre os profissionais, para assegurar que seus esforços correspondam às necessidades dos destinatários. A procura por uma melhor coordenação da atenção em saúde refere-se não só a uma maior cooperação entre setores ou níveis de atenção, mas também à organização da atenção primária, que é considerada muito fragmentada.

Caixa 1.1 A experiência Almere¹

Em 1968, os primeiros passos foram dados para a terra recém-recuperada de “Zuidelijk Flevoland”. Em uma parte dessa vasta e nova área, que não é longe de Amsterdã, uma nova cidade foi planejada. Em 1978, os primeiros habitantes entraram em suas casas. Agora, Almere tem 165.000 habitantes, com um aumento anual médio de 6.500.

Na época em que Almere ainda estava nas pranchetas, foram publicados documentos oficiais sobre a necessidade urgente de fortalecer o sistema de atenção primária holandesa, para atender às mudanças de demanda do paciente e reduzir a necessidade de atenção secundária. Havia uma falta de coerência e coordenação entre as especializações, que levava à fragmentação da atenção primária. Naquela época, os GPs eram empresários privados, trabalhando, principalmente, sozinhos. Embora o conceito de centros integrados de saúde multidisciplinar tenha sido implantado em novos conjuntos habitacionais, uma mudança sistêmica em larga escala parecia muito difícil.

Almere tornou-se um desafio para se conceber um sistema coerente e bem desenvolvido de atenção primária, com um número mínimo de serviços de nível secundário. Apoiado pelas autoridades, um

¹ Essa vinheta foi escrita por Bert Groot Roessink, GP e Diretor, Atenção Curativa, Almere, Holanda.

grupo de jovens trabalhadores de atenção em saúde, em colaboração com grupos de cidadãos ativos, tomou a iniciativa, em 1979, de começar o experimento Almere de atenção em saúde, com o objetivo de evitar os problemas e deficiências dos arranjos holandeses existentes.

Em vez de atenção prestada pelo médico de família e comunidade, os centros de saúde integrada teriam uma variedade de profissionais trabalhando em colaboração, para o benefício da população em áreas de captação bem definidas. Uma vez que a tradicional combinação de empresário e cuidador (de saúde) era vista como potencialmente confusa, uma fundação foi criada para empregar todos os GPs, fisioterapeutas, farmacêuticos, dentistas, parteiras e pessoal auxiliar. Mais tarde, assistentes sociais e enfermeiras comunitárias também foram empregadas por essa fundação. GP prestavam serviços abrangentes, incluindo primeiros socorros, pequenas cirurgias, atenção à saúde de crianças e cuidados essenciais em oftalmologia. O objetivo era diminuir os encaminhamentos a médicos especialistas. O uso de antibióticos, particularmente pelas crianças, seria reduzido, assim como as tonsilectomias. Além disso, era mandatório que houvesse pelo menos uma médica Medicina de Família e Comunidade em cada centro de saúde, para que pacientes que assim o desejassem pudessem escolher um médico do sexo feminino.

De 1983 até 1992, o experimento obteve o *status* legal de um projeto formal, com financiamento e regulamentos especiais, destinados a estabelecer novos tipos de trabalhadores de atenção em saúde. Um dos resultados da filosofia Almere foi que um pequeno hospital não foi aberto até 1991. No decorrer desses anos, a utilização de serviços hospitalares foi realmente menor. Após a instalação do hospital, os especialistas que nele trabalhavam e GP desenvolveram uma colaboração intensiva em um grupo de trabalho estrutural. Uma relação de trabalho semelhante foi criada com um centro psiquiátrico, aberto em 1997. Em 1999, a Fundação para Atenção em Saúde (FAS) em Almere fundiu-se com a organização responsável pela casa de repouso e casas para idosos.

A experiência foi bem-sucedida sob muitos aspectos, uma vez que criou uma forte rede local de serviços de saúde. A avaliação mostrou que as taxas de encaminhamento foram inferiores à média nacional, particularmente quando a faixa etária da população era levada em conta. Cidadãos de Almere estão satisfeitos com os serviços e, mais do que em qualquer outro lugar, os centros de saúde estão envolvidos com a saúde pública.

Por outro lado, houve também alguns retrocessos. A maioria dos habitantes de Almere vivia anteriormente nos bairros antigos de Amsterdã. Eles trouxeram consigo um padrão de expectativas e de consumo de atenção em saúde, que nem sempre estava em consonância com o modelo idealizado de seus novos GPs. Tal modelo ideal pode ter sofrido nas negociações para a existência dessa nova estratégia de atenção em saúde. O experimento também envolveu outros aspectos com o passar do tempo. Aqueles que, subsequentemente, trabalharam para o experimento Almere eram menos idealistas e mais pragmáticos. Eles conseguiram efetivar em Almere uma organização "guarda-chuva" que garantia condições de trabalho difíceis, naquele momento, de alcançar em outro lugar do país.

Três prioridades eram centrais para o experimento Almere: trabalho em equipe, trabalho em tempo parcial e delegação de tarefas. Nos Países Baixos, a maioria dos profissionais não está bem preparada para trabalho em equipe, porque cada profissional teme perder a sua independência. Em Almere, trabalho em equipe é a essência da atenção primária e, para muitos profissionais de saúde, essa era uma razão para escolher trabalhar lá. Contudo, os novos profissionais precisavam ser treinados para os processos de trabalho em curso nos centros de saúde. .

Quanto ao trabalho em tempo parcial, tem havido muita resistência na Medicina de Família e Comunidade, uma vez que ele é visto como uma ameaça aos conceitos de atenção pessoal, integral e contínua. Entretanto, com a expansão da proporção de mulheres que são Médicos de Família e Comunidade nos Países Baixos, cresceu a necessidade de trabalhos em tempo parcial. O resultado é que agora 50% dos GPs em Almere são mulheres, enquanto a proporção nacional é de 28%. A delegação de tarefas também foi bem desenvolvida em Almere. Houve substituição entre atenção secundária e primária, mas também dentro da atenção primária. Algumas tarefas tradicionais de GP,

por exemplo, no cuidado com doentes crônicos e idosos, estão agora sendo delegadas a enfermeiros recém-admitidos e a outros profissionais. Em Almere, essas mudanças foram implantadas sem medo de perder o *status* no mercado de atenção primária.

Recentemente, houve inovações adicionais. O trabalho de GP às tardes, noites e fins de semana foi reorganizado. Há um serviço central bem equipado de GP para atendimento fora do horário do expediente. A fisioterapia está se tornando cada vez mais envolvida na orientação e acompanhamento de pacientes com risco de doenças cardíacas, obesos e aqueles com doenças crônicas. A maioria dos fisioterapeutas se especializou em terapia manual, fisioterapia infantil ou lesões desportivas. O conjunto de ações vinculadas aos aspectos sociais também foi estendido com a incorporação de psicólogos especialistas em atenção primária.

Almere não é mais um experimento, nem é a corrente principal de atenção primária nos Países Baixos. Devido à sua estrutura especial e ao seu grupo especial de trabalhadores de saúde, é mais fácil implantar mudanças, de modo que ele continuará a ser um modelo dentro do sistema de saúde holandês.

Continuidade de atenção

A continuidade é o atributo segundo o qual um conjunto de eventos discretos em atenção em saúde é experimentado como coerente e conectado, e diz respeito às necessidades médicas identificadas pelo paciente e o seu contexto pessoal (Haggerty *et al.*, 2003). O essencial nessa definição é a perspectiva pessoal do paciente: a continuidade é o que os pacientes percebem. Coordenação e trabalho em equipe é o que os trabalhadores e serviços fazem em benefício da continuidade. Na atenção primária, a continuidade é geralmente vista como a relação contínua entre um paciente e um profissional em particular – mais do que uma equipe – para além dos episódios de atenção. Isso também é referido como continuidade pessoal (Hjortdahl e Borchgrevink, 1991; Hjortdahl, 2004). No entanto, o sentido de afiliação (o vínculo) entre paciente e médico é mais forte na Medicina de Família e Comunidade do que em algumas outras profissões, como enfermagem, cuja abordagem mais coerente e enfatizada baseia-se na transferência de informações. Somando-se à perspectiva pessoal do paciente, a continuidade tem como seu segundo elemento-chave a dimensão longitudinal do cuidado (Schers, 2004). O período de tempo pode ser relativamente curto, por exemplo, um episódio de atenção, ou muito longo, como uma relação de longo prazo entre o paciente e o GP. Dependendo do tipo de profissional/serviço e do contexto de atenção, Haggerty *et al.* (2003) distinguem três tipos de continuidade: de informação, gerencial e relacional. *Continuidade de informação* é o uso de informações, documentadas ou na memória dos profissionais envolvidos no cuidado, sobre acontecimentos passados e circunstâncias pessoais, para fazer um tratamento atual adequado para o indivíduo. Vínculos de informação sobre a atenção à saúde prestada de um profissional a outro e de um evento de atenção a outro. *Continuidade gerencial* é a abordagem adequada e coerente que as diversas profissões realizam para o gerenciamento das condições de saúde (especialmente se crônica ou complexa), que é sensível às mudanças das necessidades do paciente. Continuidade é

alcançada se os serviços são entregues no tempo correto e necessário e de forma articulada e complementar, sendo, por exemplo, definidos por meio de protocolos. *Continuidade relacional* é a relação terapêutica existente entre o paciente e o profissional. Continuidade é uma qualidade relevante para a atenção em diferentes níveis: na relação entre paciente e profissional/serviço; entre os trabalhadores de uma mesma disciplina, entre disciplinas e entre organizações, níveis ou setores de atenção. No contexto desse livro, a continuidade de informação e a gerencial são as mais importantes.

Coordenação, trabalho em equipe, integração

Quando mais de um profissional e/ou serviço de saúde está envolvido no processo de produção da atenção a um paciente individual, alguma forma de coordenação é necessária para se conceber a continuidade. O grau de coordenação necessário, em situações específicas, depende da complexidade do caso e das opções abertas ao paciente. A estrutura conceitual desenvolvida por Boon *et al.* (2004) distinguiu sete modelos de produção da atenção num continuum entre a prestação estritamente sozinha, por um lado, e a plena integração de disciplinas para a efetivação dos serviços curativos, reabilitadores e preventivos, por outro. No modelo de não-coordenação, chamado *prática paralela*, os clínicos trabalham de forma independente e realizam um conjunto formalmente definido de serviços. Na *prática de consulta*, informação relativa a cada um dos pacientes é compartilhada informalmente, caso a caso. No modelo de *coordenação*, a comunicação e a troca de registros de paciente estão relacionadas a doenças específicas ou terapias e são baseadas em uma estrutura administrativa formal; um coordenador de caso monitora a transferência de informações. Mais articulada, mais formalizada e, geralmente, mais numerosa é a *equipe multidisciplinar*, gerenciada por um líder de equipe e organizada, possivelmente, em subequipes e com subcoordenadores de equipe. Quando os membros de uma equipe começam a tomar decisões em grupo ou a desenvolver uma política de atenção compartilhada, facilitada pelos encontros regulares cara a cara, a equipe multidisciplinar tornou-se uma equipe interdisciplinar. Finalmente, o modelo de equipe de atenção integrativa é alcançado se a equipe interdisciplinar, com base em uma visão compartilhada, proporciona ‘tomada de decisão sem interrupção e apoio e atenção centrados no paciente’ (Boon *et al.* 2004).

A principal razão pela qual atenção em saúde e atenção primária ainda não são muito coerentes, nem muito rentáveis, é o fato de que serviços curativos e preventivos ainda são muito separados, é que a coordenação e o trabalho em equipe são difíceis de alcançar. O sucesso dos novos arranjos – como a atenção compartilhada ou várias formas de substituição no âmbito da atenção primária ou entre atenção primária e secundária – depende da cooperação e do

trabalho em equipe. A vasta literatura sobre colaboração multidisciplinar descreveu os obstáculos que têm de ser ultrapassados. Além dos problemas básicos, relacionados às diferenças de *status* social, emprego, educação, poder e gênero (Mur-Veeman *et al.*, 2001), há pouca evidência sobre com o que o modelo ideal de colaboração se parece e o quão efetivamente as equipes devem ser conduzidas. E mesmo que as equipes trabalhem de forma eficaz, não se deve presumir que é automaticamente mais barato (Wolters *et al.*, 2004). Pode-se concluir que melhorar a colaboração e o trabalho em equipe na atenção em saúde requer uma abordagem multifacetada dos tomadores de decisão, gestores e trabalhadores de atenção em saúde (Poulton e West, 1993; Oeste e Slater, 1996; Winkler, 2000). Os sistemas de atenção em saúde na Europa diferem consideravelmente conforme o grau de sucesso relacionado (Boerma e Fleming, 1998). Não surpreendentemente, em países com fortes sistemas de atenção primária prestou-se relativamente mais atenção ao desenvolvimento de colaboração e ao trabalho em equipe na atenção primária e à uniformização da interface entre a atenção primária e a secundária (Van Weel, 1994; Busby *et al.* 1999; Temmink *et al.*, 2000; Iliffe *et al.*, 2002; Brown *et al.*, 2003; Rummery e Coleman, 2003). Essas experiências podem ser úteis para um maior desenvolvimento da atenção primária em outros países.

Definição do trabalho

Nas sessões precedentes, a atenção primária foi considerada a partir de vários pontos de vista. Isso esclareceu o tipo de atenção prestada na atenção primária em saúde estendida e as disciplinas potencialmente envolvidas. Vimos porque a continuidade é um requisito importante e como a colaboração, o trabalho em equipe e outros métodos de coordenação podem promover a continuidade da atenção para diferentes categorias de paciente. Nossa definição de trabalho sintetiza os aspectos da atenção primária estendida, que são importantes no contexto desse livro. A atenção primária:

- ▶ refere-se ao primeiro contato de atenção ambulatorial, diretamente acessível, para problemas de saúde não selecionados;
- ▶ oferece serviços diagnósticos, reabilitadores e paliativos como resposta ao volume desses problemas;
- ▶ oferece prevenção a indivíduos e grupos de risco na população a que servem;
- ▶ considera o contexto pessoal e social dos pacientes;
- ▶ é prestada por uma variedade de disciplinas, tanto na atenção primária, secundária, como em setores relacionados;
- ▶ assegura aos pacientes a continuidade da atenção ao longo do tempo, assim como entre os profissionais.

Essa definição pode servir como referência na análise de sistemas de atenção primária por toda Europa. A ampla diversidade da atenção primária encontrada nos países europeus, como discutido abaixo, aponta para diferentes condições para a prestação de atenção primária à população. Por exemplo, a continuidade de atenção não é alcançável se a organização da atenção primária é, em menor escala e fragmentada, ou se não há um único ponto de entrada para o sistema de atenção em saúde. Características estruturais de atenção em saúde, como o modo de financiamento, determinam as possibilidades para a provisão de atenção primária.

Os arranjos de financiamento influenciam não só como e por onde os pacientes adentram no sistema de atenção em saúde, mas também as oportunidades de se estabelecer uma relação duradoura entre o paciente e o profissional e/ou serviço que lhe presta a atenção primária, para a rotina de manutenção dos registros dos pacientes para garantir a formação profissional adequada e a qualidade da atenção, ou para estimular a cooperação entre os envolvidos nos diferentes níveis da atenção. Como essas condições surgem e quais estratégias são efetivas no apoio de atenção primária em países específicos, depende do governo nacional em vigor e da estrutura de atenção em saúde.

O potencial da atenção primária

Existe um consenso considerável, especialmente entre as organizações internacionais e acadêmicas, de que um sistema forte de atenção primária é o ponto de apoio da prestação de atenção em saúde eficaz e pode ajudar a resolver a falta de continuidade e capacidade de correspondência na atenção em saúde em geral (Saltman e Figueras, 1997; OMS, 2002). Há, de fato, considerável lógica em pensar que o ponto de entrada para o sistema é o lugar óbvio em que uma melhor coordenação deve acontecer. Embora haja críticos que questionem as evidências desses argumentos (Maynard e Bloor, 1995; Sheaff, 1998), estudos sugeriram que sistemas fortes baseados em atenção primária são mais baratos de operar do que sistemas mais “abertos” e que seus resultados são melhores (Starfield, 1994; Doescher *et al.*, 1999; Shi *et al.*, 2002; Macinko *et al.*, 2003). Um estudo realizado nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) descobriu que sistemas com GP na porta de entrada controlavam melhor os custos de atenção ambulatorial (Delnoij *et al.*, 2000). Assim, pôde-se concluir, provisoriamente, no contexto europeu, que os sistemas baseados em atenção primária são mais rentáveis. No nível meso e micro, houve muitos estudos sobre a eficácia das abordagens de atenção de colaboração, de equipe e compartilhada, tanto na atenção primária quanto envolvendo vários níveis de atenção, mostrando que esses podem promover a continuidade de atenção e serem efetivos em lidar com novas tarefas (embora

não sejam necessariamente mais baratos) (Poulton e West, 1993; Vierhout *et al.*, 1995; Calnan *et al.*, 1996; Shum *et al.*, 2000; Temmink *et al.*, 2000; Renders *et al.* 2001, Brown *et al.*, 2003; Faulkner *et al.*, 2003; Murchie *et al.*, 2003; Oakeshott *et al.*, 2003; Vlek *et al.*, 2003; Campbell, 2004; Rat *et al.*, 2004; Wolters *et al.*, 2004). Não há nenhuma evidência direta disponível sobre a continuidade de atenção, embora uma melhor rentabilidade possa ter resultado de melhores mecanismos de cooperação e coordenação.

Reservas

As expectativas positivas entre os tomadores de decisões políticas para um papel mais central de coordenação do primeiro nível de atenção em saúde, no entanto, estão em contraste com a diversidade de opiniões sobre os mecanismos organizacionais mais adequados para atingir esse objetivo. Isso se deve ao fato de que as funções de atenção primária são semelhantes em qualquer país, mas o sistema organizacional e os profissionais envolvidos são bastante diferentes. Isso se reflete na realidade europeia, com situações bem diferentes de atenção primária, conforme explicado a seguir. Atualmente, alguns sistemas de atenção em saúde já são formalmente baseados na atenção primária, incluindo um sistema de encaminhamento para atenção secundária e Médicos de Família e Comunidade (GP) na porta de entrada com perfis amplos de tarefa, enquanto outros são mais baseados em serviços especializados, com um domínio menos exclusivo para GP (Boerma e Fleming, 1998). Outras diferenças que criam condições incomparáveis referem-se à estrutura de financiamento, à forma de governo e ao papel de organizações profissionais. Um sistema nacional de saúde mais centralizado, como o do Reino Unido, oferece condições bem diferentes para formulação de políticas e coordenação, do que um ambiente de seguridade social como, por exemplo, na Alemanha ou na França, onde mais partidos estão envolvidos na tomada de decisões (Saltman *et al.*, 2004).

Outra argumentação, porém, deveria, provavelmente, preceder as perguntas sobre se a atenção primária poderia ser colocada como condutora do sistema de atenção em saúde, como isso poderia ser realizado, e se é desejável fazê-lo. A delegação de poderes de coordenação para os profissionais da atenção primária, por exemplo, GP, pode implicar um papel duplo, como coordenadores e como clínicos. Isso pode criar um conflito de propósitos (também discutido no Capítulo Quatro). A questão importante é se a atenção primária tem a capacidade de lidar com tarefas novas e complexas, sem perder a compreensão de que sua principal responsabilidade é prestar atenção em saúde. Em primeiro lugar e mais importante, os GPs são os agentes de seus pacientes, com valores profissionais que necessitam de um investimento de recursos tão alto quanto possível nesses pacientes. No entanto, para se tornarem coordenadores eficientes, devem incorporar um “nível mais alto de preocupações”,

e podem, por isso, se acharem divididos entre essas diferentes responsabilidades. Vice-versa, alguém pode até pensar sobre a influência dos “doutores coordenadores” em seus valores profissionais. Uma boa divisão de tarefas nas equipes de atenção primária poderia, potencialmente, oferecer uma solução para esse conflito.

E os tomadores de decisão: eles são a favor de fortalecer a atenção primária? Em sua análise de reformas nos sistemas de atenção em saúde em países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), Macinko *et al.* (2003) descobriram que apenas poucos países foram capazes de melhorar os aspectos essenciais da atenção primária desde 1970. Isso reflete a resistência de reforma da atenção em saúde ou a ausência de razões para mudanças profundas? Formuladores de políticas, profissionais e a sociedade nos países onde a atenção primária não é bem desenvolvida, podem não se sentir fortemente atraídos pela ideia. Eles podem ver a atenção primária como útil para a contenção de custos, geralmente até considerá-la um serviço inferior se comparada com a atenção especializada. Na Europa Central e Oriental, os países têm pouca escolha a não ser mudar fundamentalmente seus sistemas de atenção em saúde. Suas experiências ensinaram-nos sobre o impacto de reformas radicais e o sobre o tempo que isso leva, antes que o sistema reformado encontre estabilidade novamente.

Diferentes possibilidades

Para a maioria dos países na Europa, a conclusão de que nem a atenção primária estendida nem a Medicina de Família e Comunidade, especificamente, servem como base firme para a atenção em saúde é justificada. Ao invés disso, atenção primária e GP oferecem um conjunto heterogêneo de serviços, frequentemente em competição com serviços especializados (Boerma e Fleming, 1998). Em países onde é difícil identificar limites claros entre os níveis de atenção, coordenação e continuidade são difíceis de alcançar e as possibilidades para um papel de direção da atenção primária são, obviamente, limitadas. Mas mesmo em países onde os cidadãos estão adstritos aos GP situados na porta de entrada, a atenção primária geralmente não é o escalão mais poderoso de atenção em saúde. Isso cria uma situação paradoxal: a tensão entre a fragilidade relativa e a falta de atrativo desse nível de atenção, *versus* a intenção de atribuir-lhe funções críticas estratégicas. Esse paradoxo da atenção primária é a preocupação fundamental que guia todo esse volume. Estratégias disponíveis que poderiam desequilibrar o sistema de atenção em saúde na direção da atenção primária precisam ser consideradas.

Os três capítulos que integram a Parte Um buscam fornecer uma gama de perspectivas no contexto desse paradoxo central. O Capítulo Dois faz um mapeamento da atual distribuição

de recursos-chave de atenção primária pela Europa e analisa em detalhes o tipo e a forma de atividades das quais a equipe de atenção primária participa. O Capítulo Três analisa o processo de governança em atenção primária, destacando as formas pelas quais ele evoluiu e fornecendo uma estrutura para se pensar como ele poderá se desenvolver no futuro. Finalmente, o Capítulo Quatro reúne os temas centrais que amarram o volume como um todo, explorando, particularmente, os desafios que a atenção primária enfrenta atualmente.

Na Parte Dois, os capítulos se utilizam tanto de aspectos conceituais como de experiências nacionais para avaliar, mais profundamente, um número de aspectos-chave da atenção primária levantados na Parte Um. Os capítulos Cinco, Seis e Sete exploram os regimes institucionais em mudança na atenção primária europeia, avaliando as questões de coordenação, de compra de serviços e a associação público-privado. Os capítulos Oito, Nove e Dez revisam os regimes de trabalho em modificação, incluindo perfis de tarefas, treinamento e incentivos financeiros. Finalmente, os capítulos Onze e Doze avaliam as mudanças nos padrões de qualidade, analisando os esforços para melhorar a qualidade de atenção, assim como para introduzir novas tecnologias de informação e de comunicação. Em conjunto, os oito capítulos da Parte Dois visam aprofundar e reforçar a perspectiva conceitual e a análise apresentadas nos quatro capítulos da Parte Um a partir do estudo detalhado de caso-base.

Referências

Abel-Smith, B. (1992). Cost containment and the new priorities in the European Communities, *The Milbank Quarterly* 70(3): 417–416.

Abel-Smith, B. and Mossialos, E. (1994). Cost containment and health care reform: a study of the European Union, *Health Policy* 28(2): 89–132.

Boerma, W.G.W. (2003). *Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners*. Utrecht: NIVEL (dissertation).

Boerma, W.G.W. and Fleming, D.M. (1998). *The role of general practice in primary health care*. Norwich: WHO Europe/The Stationery Office.

Boerma, W.G.W., De Jong, F. and Mulder, P. (1993). *Health care and general practice across Europe*. Utrecht: NIVEL.

Boerma, W.G.W., Groenewegen, P.P. and Van der Zee, J. (1998). General practice in urban and rural Europe; the range of curative services, *Social Science and Medicine* 47: 445–453.

Boerma, W.G.W., Van der Zee, J. and Fleming, D.M. (1997). Service profiles of general practitioners in Europe, *British Journal of General Practice* 47: 481–486.

Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D. and Findlay, B. (2004). From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework, *BMC Health Services Research* 4: 15.

Bower, P. and Sibbald, B. (2004). The health care team, in R. Jones, N. Britten, L. Culpepper et al. (eds). *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Volume 1. Oxford: Oxford University Press.

Braspenning, J.C.C., Schellevis, F.G. and Grol, R.P.T.M. (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: kwaliteit huisartsenzorg belicht*. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/Centre for Quality of Care Research (WOK).

Brown, L., Tucker, C. and Domokos, T. (2003). Evaluating the impact of integrated health and social care teams on older people living in the community, *Health and Social Care in the Community* 11(2): 85–94.

Busby, H., Elliott, H., Popay, J. and Williams, G. (1999). Public health and primary care: a necessary relationship, *Health and Social Care in the Community* 7(4): 239–241.

Calnan, M., Canr, S., Williams, S. and Killoran, A. (1996). Involvement of the primary care team in coronary heart disease prevention, *British Journal of General Practice* 46: 465–468.

Calnan, M., Cant, S., Williams, S. and Killoran, A. (1994). Involvement of the primary health care team in coronary heart disease prevention, *British Journal of General Practice* 44(382): 224–228.

Campbell, N.C. (2004). Secondary prevention clinics: improving quality of life and outcome, *Heart* 90 (supplement 4): 29–32.

Delnoij, D.M.J., Van Merode, G., Paulus, A. and Groenewegen, P.P. (2000). Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *Journal of Health Services Research and Policy* 5: 22–26.

Doescher, M.P., Franks, P. and Saver, B.G. (1999). Is family medicine associated with reduced health care expenditures? *Journal of Family Practice* 49: 608–614.

Donaldson, J.S., Yordy, K.D., Lohr, K.N. and Vanselow, N.A. (eds) (1996). *Primary Care: America's Health in a New Era*. Institute of Medicine, Division of Health Care Services, Committee on the Future of Primary Care. Washington DC: National Academy Press. Faulkner, A., Mills, N., Bainton, D. et al. (2003). A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care, *British Journal of General Practice* 53: 496, 878–884.

Fry, J. (1972). Considerations of the present state and future trends of primary, personal, family, and general medical care, *International Journal of Health Services* 2(2): 159–324. Gervas, J., Perez Fernandez, M., and Starfield, B. (1994). Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe, *Family Practice* 11: 307–317.

Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H. and Adair, C.E. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review, *British Medical Journal* 327: 1219–1221.

Hjortdahl, P. (2004). Continuity of care, In: R. Jones, N. Britten, L. Culpepper et al. (eds). *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Volume 1. Oxford: Oxford University Press. Hjortdahl, P. and Borchgrevink, C.F. (1991). Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations, *British Medical Journal* 303: 1181–1184.

Hughes, C.M. and McCann, S. (2003). Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment, *British Journal of General Practice* 53(493): 600–607.

Hutten, J.B.F. and Kerkstra, A. (1996). *Home Care in Europe. A Country Specific Guide to its Organisation and Financing*. Aldershot: Arena Ashgate Publishing Ltd.

Illife, S., Lenihan, P., Wallace, P., Drennan, V., Blanchard, M. and Harris, A. (2002). Applying community-oriented primary care methods in British general practice: a case study, *British Journal of General Practice* 52: 646–651.

Isles, C.G., Ritchie, L.D., Murchie, P. and Norrie, J. (2000). Risk assessment in primary prevention of coronary heart disease: randomised comparison of three scoring methods, *British Medical Journal* 320: 690–691.

Kinnersley, P., Andersen, E., Parry, K. et al. (2000). Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioners care for patients requesting “same day” consultations in primary care, *British Medical Journal* 320(7241): 1043–1048.

Koster, M.K., Dekker, J. and Groenewegen, P.P. (1991). *The position and education of some paramedical professions in the United Kingdom, The Netherlands, The Federal Republic of Germany and Belgium*. Utrecht: NIVEL.

Leeuwenhorst Group (1974). *The General Practitioner in Europe. A Statement by the Working Party appointed by the Second European Conference on the Teaching of General Practice*. Dublin: Leeuwenhorst Group.

Macinko, J., Starfield, B. and Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998, *Health Services Research* 38(3): 831–865.

Maynard, A. and Bloor K. (1995). Help or hindrance? The role of economics in the rationing of health care, *British Medical Bulletin* 51(4): 854–868.

McKee, M. and Healy, J. (eds) (1992). *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press.

Menotti, A., Mulder, I., Nissinen, A., Giampaoli, S., Feskens, E.J. and Kromhout, D. (2001). Prevalence of morbidity and multimorbidity in elderly male populations and their impact on 10-year all-cause mortality: The FINE study (Finland, Italy, Netherlands, Elderly), *Journal of Clinical Epidemiology* 54(7): 680–686.

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne [Dutch Ministry of Health and Environmental Hygiene] (1974). *Structuurnota Gezondheidszorg [Policy note on health care]*. Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne [Dutch Ministry of Health and Environmental Hygiene] (1980). *Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg [Primary care draft]*. Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

Muijrs, P.E., Knottnerus, J.A., Sijbrandij, J., Janknegt, R. and Grol, R.P. (2004). Pharmacists in primary care. Determinants of the care-providing function of Dutch community pharmacists in primary care, *Pharmacy World and Science* 26(5): 256–262.

Murchie, P., Campbell, N.C., Ritchie, L.D., Simpson, J.A. and Thain, J. (2003). Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow-up of a randomised controlled trial in primary care, *British Medical Journal* 326: 84–90.

Mur-Veeman, I., Eijkelberg, I. and Spreeuwenberg, C. (2001). How to manage the implementation of shared care: a discussion of the role of power, culture and structure in the development of shared care arrangements, *Journal of Management in Medicine* 15(2): 142–155.

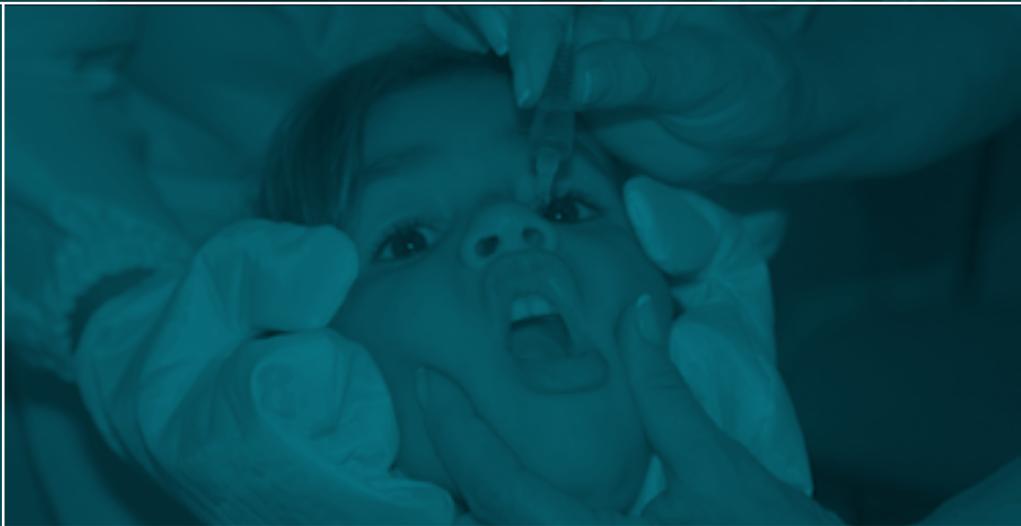
Oakeshott, P., Kerry, S., Austin, A. and Cappuccio, F. (2003). Is there a role for nurse-led blood pressure management in primary care? *Family Practice* 20(4): 469–473.

OECD (1995). *New Directions in Health Care Policy*. Paris: OECD.

Olesen, F. (2002). Do we need a definition of general practice/family medicine? *European Journal of General Practice* 8: 138–139.

- Page, L. (2001). Human resources for maternity care: the present system in Brazil, Japan, North America, Western Europe and New Zealand, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75 (suppl.1): 81–88.
- Paton, C. (2000). *Scientific Evaluation of the Effects of the Introduction of Market Forces into Health Systems. A Review of Evidence in the 15 European Union Member States*. Dublin: European Health Management Association.
- Poulton, B.C. and West, M.A. (1993). Effective multidisciplinary teamwork in primary health care, *Journal of Advanced Nursing* 18: 918–925.
- Pringle, M. and Irvine, S. (2004). Practice structures, in R. Jones, N. Britten, L. Culpepper *et al.* (eds) *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Volume 1. Oxford: Oxford University Press.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2004). *European Primary Care*. The Hague: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Rat, A.C., Henegariu, V. and Boissier, M.C. (2004). Do primary care physicians have a place in the management of rheumatoid arthritis? *Joint Bone Spine* 71(3): 190–197.
- RCGP (1972). *The Future GP: Learning and Teaching*. London: Royal College of General Practitioners (RCGP)/BMJ Publications.
- Renders, C.M., Valk, G.D., Griffin, S., Wagner, E.H., Eijk, J.T. and Assendelft, W.J. (2001). Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, out-patient and community settings, *Cochrane Database Systematic Review* 1, CD001481.
- Rummary, K. and Coleman, A. (2003). Primary health and social care services in the UK: progress towards partnership? *Social Science and Medicine* 56: 1773–1782.
- Saltman, R.B. and Figueras, J. (1997). *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Saltman, R.B., Busse, R. and Figueras, J. (eds) (2004). *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Berkshire/New York: Open University Press/McGraw-Hill Education.
- Schers, H.J. (2004). *Continuity of Care in General Practice. Exploring the Balance between Personal and Informational Continuity*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen (dissertation).
- Sheaff, R. (1998). What is “primary” about primary health care? *Health care Analysis* 6: 330–340.
- Shi, L., Starfield, B., Politzer, R. and Regan, J. (2002). Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health, *Health Services Research* 37(3): 529–550.
- Shum, C., Humphreys, A., Wheeler, D., Cochrane, M.A., Skoda, S. and Clement, S. (2000). Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial, *British Medical Journal* 320: 1038–1043.
- Silcock, J., Rayner, D.K.T. and Petty, D. (2004). The organisation and development of primary care pharmacy in the United Kingdom, *Health Policy* 67: 207–214.
- Starfield, B. (1991). Primary care and health. A cross-national comparison, *Journal of the American Medical Association* 266(16): 2268–2271.
- Starfield, B. (1992). *Primary Care, Concept, Evaluation and Policy*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential? *The Lancet* 344: 1129–1133.
- Starfield, B. (1998). *Primary Care. Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Starfield, B. and Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health: an international perspective, *Health Policy* 60(3): 201–18.

- Temminck, D., Francke, A.L., Hutten, J.B., Van der Zee, J. and Huijer Abu-Saad, H. (2000). Innovations in the nursing care of the chronically ill: a literature review from an international perspective, *Journal of Advanced Nursing* 31(6): 1449–1458.
- Van den Akker, M., Buntinx, F., Metsemakers, J.F., Roos, S. and Knottnerus, J.A. (1998). Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases, *Journal of Clinical Epidemiology* 51(5): 367–375.
- Van der Zee, J. (1989). *Over de grenzen van de eerste lijn; vergelijkend onderzoek in een Europese regio [Over the borders of primary care. Comparative study in a European Region]*. Inaugural lecture. Utrecht/Maastricht: NIVEL/Rijksuniversiteit Limburg.
- Van der Zee, J., Boerma, W.G.W. and Kroneman, M.W. (2004). Health care systems: understanding the stages of development, in R. Jones, N. Britten, L. Culpepper *et al.* (eds). *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Volume 1. Oxford: Oxford University Press.
- Van Weel, C. (1994). Teamwork, *Lancet* 344: 1276–1279.
- Van Weel, C. (1999). International research and the discipline of family medicine, *European Journal of General Practice* 5: 110–115.
- Vierhout, W.P., Knottnerus, J.A., Van Ooij, A. *et al.* (1995). Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor system disorders, *Lancet* 346(8981): 990–994.
- Vlek, J.F., Vierhout, W.P., Knottnerus, J.A. *et al.* (2003). A randomised controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care, *British Journal of General Practice* 53(487): 108–112.
- Vrijhoef, H.J.M. (2002). *Is It Justifiable to Treat Chronic Patients by Nurse Specialists? Evaluation of Effects on Quality of Care*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- West, M. and Slater, J. (1996). *Teamworking in Primary Health Care: A Review of Its Effectiveness*. London: Health Education Authority.
- Westert, G.P., Satariano, W.A., Schellevis, F.G. and Van den Bos, G.A. (2001). Patterns of comorbidity and the use of health services in the Dutch population, *European Journal of Public Health* 11(4): 365–372.
- WHO (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care: Alma-Ata, 6–12 September 1978 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, accessed 18 February 2005).
- WHO (2002). *The European Health Report 2002*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wiegers, T.A., Van der Zee, J. and Keirse M.J. (1998). Maternity care in The Netherlands: the changing home birth rate, *Birth* 25(3): 190–197.
- Winkler, F. (2000). Multidisciplinary Collaboration in Primary Care. Paper presented at 4th meeting of St Petersburg Initiative. Minsk: World Health Organization.
- Wolters, R., Wensing, M., Klomp, M. and Grol, R. (2004). Shared care and the management of lower urinary tract symptoms, *BJU International* 94(9): 1287–1290.
- WONCA (1991). *The role of the general practitioner/family physician in health care systems; A statement of the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*. Victoria: WONCA.
- WONCA (2002). *The European Definition of General Practice/Family Medicine*. Singapore: World Organization of Family Doctors (WONCA).





capítulo dois

Mapeamento da atenção primária em toda a Europa

Wienke G.W. Boerma e Carl-Ardy Dubois



Apesar da crescente integração ter reduzido as diferenças entre países europeus em uma variedade de setores econômicos, a organização e a provisão da atenção em saúde continuam a ser relativamente diversificadas (Belien, 1996; Goicoechea, 1996; Helman, 1998). Refletindo essa diversidade, bem como essa prática, a atenção em saúde permanece sendo um assunto essencialmente nacional na União Europeia, há poucos dados comparáveis disponíveis sobre sua organização e disposição. A falta de informação e evidências é particularmente perceptível, dada a ampla gama de reformas da atenção em saúde que têm ocorrido desde o início dos anos 1990, muitos das quais têm afetado a atenção primária. Exemplos de tais reformas são a introdução de GP* fundos de investimento público e mais tarde os grupos de atenção primária e confiança no Reino Unido, sistemas de médico de família na Suécia (mais tarde, caiu em grande parte) e na Finlândia, e políticas na Alemanha, França, Noruega e Finlândia levando a sistemas voluntários de lista de pacientes e um maior papel de coordenação para GPs (Alban e Christiansen, 1995; Niemelä, 1996; Vehviläinen *et al.*, 1996; Le Grand *et al.*, 1998; Aguzzoli *et al.*, 1999; Bundesministerium für Frauen, Jugend und Gesundheit, 2000).

* Nota de revisão: a sigla GP (General Practitioner), utilizada no Reino Unido e outros países, tem sua correspondência no Brasil com o título de “Médico de Família e Comunidade”.

Caixa 2.1 Centro de atenção primária em saúde finlandês²

Janakkala é uma cidade de classe média de 15.000 habitantes, a cerca de 150 km ao norte de Helsinque. A sua principal indústria é um moinho de produtos florestais de grande porte, portanto tem um número relativamente grande de trabalhadores industriais como residentes. Em tamanho, distribuição da população e renda, é muito perto da mediana para todos os municípios finlandeses. O centro de atenção primária emprega um total de 10 GPs, como também um número considerável de enfermeiros e auxiliares. Tem também na equipe um assistente social e diversos profissionais de educação em saúde. As instalações incluem salas de ambulatório, seu próprio raios-X e um laboratório. Como a maioria dos centros de atenção primária na Finlândia, também tem várias alas de leitos – referidos na Finlândia, como um “hospital de atenção primária”. Essas 85 camas, no caso de Janakkala, prestam cuidados de enfermagem a longo prazo para os pacientes idosos, que são incapazes de permanecer em domicílio, mas que não estão enfermos o suficiente para justificar uma internação hospitalar. As camas são doadas, e o centro de saúde recentemente adicionou nove leitos, a fim de reduzir o número de idosos que tiveram que ser enviados para o hospital distrital para cuidados.

O centro de saúde pertence e é operado pelo município de Janakkala. O conselho municipal eleito faz a política geral para todos os serviços municipais, enquanto um Conselho de Saúde e Social, composto por vários membros eleitos do conselho, o médico-chefe do centro de atenção primária, e um administrador municipal responsável pela saúde e assistência social, é responsável pela supervisão de saúde do município e as atividades de assistência social. O conselho também é responsável pela

² Essa vinheta foi escrita por Richard B. Saltman.

organização dos serviços hospitalares de internação para os residentes de Janakkala, através de um processo de contratação bem desenvolvido (veja seguir).

Nos últimos 10 anos, o município ganhou considerável liberdade financeira e de gestão na forma como gerencia as responsabilidades do seu setor de saúde. Anteriormente, havia uma grande variedade de controles estatais sobre o financiamento (o Estado forneceu um subsídio móvel para os municípios finlandeses de 39-61% do gasto total em saúde) e os níveis salariais dos funcionários, uma norma estatal para que os municípios retivessem suas transações financeiras no distrito e hospitais especializados (portanto, tendo que enviar os pacientes de Janakkala somente àquelas instituições), e uma incapacidade quase total por parte do município de influenciar tanto no orçamento total do hospital ou da parcela a ser paga por Janakkala. Tudo isso resultou numa noção entre os municípios finlandeses que, embora eles formalmente fossem os proprietários de seus centros de atenção primária e hospitais, na prática, tivessem pouca autoridade sobre o que estas unidades faziam e sobre seu custo. Até 2002, todas essas restrições na tomada de decisão municipal foram removidas. Por exemplo, Janakkala decidiu, no verão de 2001, resolver o seu problema persistente de cobertura inadequada para os GPs. Por decisão do conselho municipal, elevou o salário pago aos médicos para bem acima do mínimo exigido pelo contrato da união nacional, que lhe permitiu atrair uma gama completa de 10. Uma vez que agora tinha total controle sobre como gastaria os seus fundos e também o valor do salário que pagaria ao pessoal, essa solução tornou-se possível.

O município de Janakkala assinou quatro contratos separados para serviços específicos de saúde, para completar os providos pelo seu próprio centro de saúde primária. Eles eram para:

- ▶ serviços hospitalares especializados;
- ▶ visitas de clínicas especializadas organizadas no centro de atenção primária de Janakkala;
- ▶ serviços de endoscopia, no centro de atenção primária;
- ▶ cobertura de emergência fora do expediente.

Enquanto o segundo, terceiro e quarto contratos são relativamente simples esforços para completar *in loco* os serviços clínicos com fornecedores externos; o primeiro contrato é bastante complexo. Trata-se de um contrato público, acordado entre duas entidades de propriedade e gerenciamento públicos (o município e o distrito do hospital). Não há qualquer controle do Estado ou a aprovação na Finlândia de ambos os termos do contrato ou do processo de contratação – um legado da “Revolta da Primavera” dos municípios, em 1987, que resultou na concessão pelo estado do controle operacional quase completo para os governos municipais sobre a atenção em saúde.

O contrato do hospital baseia-se nos últimos dois anos e meio de experiência de utilização dos serviços de internação pelas regiões próximas do hospital público especializado de Janakkala (das quais Janakkala ainda é tecnicamente um proprietário e para o qual está assentado sobre o Hospital do Conselho Distrital). Para cada ano fiscal (igual ao calendário anual), o hospital faz uma “proposta” para o município. O município então responde, e os dois finalmente chegam ao acordo sobre um montante final. Para o ano fiscal de 2003, o valor acordado é 5,2% superior ao ano fiscal de 2002 (não ajustados pela inflação). É um contrato de preço fixo: o município não recebe nada de volta se o volume ou os custos são mais baixos do que o esperado, enquanto o hospital não recebe nada a mais, se o volume ou os custos são mais elevados do que o esperado. O contrato contém uma cláusula, no entanto, que se durante o seu período de vigência, o nível atual dos serviços prestados pelo município no âmbito da atenção primária ou social se modificar substancialmente – por qualquer razão, que pode ser mais ou menos compreensiva ou extensiva, então o valor do contrato será aberto para nova apreciação. O único aspecto do contrato atual que preocupa a administração de saúde e social de Janakkala é que o contrato não tem as especificações de qualidade de cuidados – embora até a data não tenha havido consequências negativas para os pacientes de Janakkala, pois a qualidade do atendimento hospitalar especializado é considerada muito boa, em comparação com todos os hospitais da Finlândia.

Dois aspectos adicionais do centro de atenção primária de Janakkala são dignos de nota. Em primeiro lugar, embora Janakkala tenha pensado em deixar a cargo do hospital especializado o trabalho de laboratório e fechar suas instalações laboratoriais próprias, eles decidiram contra isso por questões financeiras (a economia de recursos não era substancial) e de conveniência aos pacientes (pacientes teriam que viajar para o hospital para alguns testes). Em segundo lugar, Janakkala decidiu fechar o seu serviço próprio de farmácia *in loco*, optando por ter seus medicamentos elaborados pela farmácia do hospital especializado (muito maior) e, em seguida, enviados para o centro de atenção primária e hospitalar.

A presidente de saúde e do conselho social de Janakkala e o administrador municipal de saúde e de assistência social pensavam que os serviços de saúde do município estão funcionando muito bem. Eles estavam satisfeitos com seus progressos nos últimos anos, incluindo o fato de que todos os 10 GPs viram pacientes por cerca de 80% do seu tempo de trabalho (uma proporção relativamente alta para um centro operado pela saúde pública). Eles não estavam satisfeitos, porém, com o fato de que os pacientes ainda tinham que esperar até duas semanas para uma consulta comum (não urgente) com o seu GP regular, uma vez que poderiam se voltar para o setor privado e ver um GP dentro de um ou dois dias. O administrador de Janakkala também gostaria de ter parâmetros de qualidade de cuidados incluídos no contrato com o hospital especializado.

O contexto do financiamento e da política

Taxonomias de sistemas de atenção em saúde muitas vezes adotam uma abordagem baseada no mecanismo de financiamento com os países divididos por sistemas de seguridade de natureza fiscal e social. Embora o método de financiamento seja um fator importante na definição do sistema, por si só ele é insuficiente para explicar a diversidade na estruturação da atenção à saúde. Por essa razão, nós tomamos uma dimensão adicional em conta: o contexto político.

A *dimensão econômica* dos sistemas de saúde abrange tanto o financeiro (incluindo o recolhimento e partilha) quanto as compras e prestação de serviços (Dixon *et al.*, 2004). Funções que dizem respeito à atenção primária incluem o processo de mobilização e distribuição de recursos para a atenção primária, os métodos de remuneração dos profissionais e/ou serviços de atenção primária, os métodos de organização de serviços de atenção primária e os tipos de procedimentos de atenção primária que são fornecidas.

No início da década de 1990, a atenção em saúde na Europa podia ser dividida em três grandes modelos: o modelo de seguro social de saúde (“sistemas de Bismarck”), os modelos de impostos (“sistemas de Beveridge”), e do modelo soviético (“sistema Semashko”). No entanto, nenhum sistema de atenção em saúde europeu é uma réplica exata de qualquer modelo específico. Em vez disso, cada país tem sua própria variação, em que o modelo

básico é ajustado às particularidades nacionais (Marrée e Groenewegen, 1997). Além disso, o financiamento dos cuidados de saúde não é estático. O regime institucional nos países de Beveridge e de Bismarck foi sujeito à experimentação considerável com a intenção de promover a escolha, incentivar a concorrência, aumentar os recursos para a saúde, melhorar a resposta aos desejos dos consumidores, expandirem a cobertura ou contrariar os elevados custos de trabalho do mercado (Saltman e Von Otter, 1992, Dixon e Mossialos, 2001). Ao mesmo tempo, países da Europa Central e Oriental, bem como uma série de ex-repúblicas soviéticas, estão abandonando o modelo Semashko, a maioria deles executando modelos baseados em seguros e de governo descentralizado. As reformas incluem a criação de profissionais independentes, novos métodos de financiamento, que combina elementos de captação de pagamento de incentivos para realizar determinadas atividades, programas de treinamento e desenvolvimento profissional, e mecanismos de financiamento de capital (investimento) para modernizar as instalações e equipamentos (Preker *et al.*, 2002).

A *dimensão política* inclui o equilíbrio de poder entre os atores envolvidos na prestação de atenção em saúde e as estruturas administrativas territoriais. Diferenças entre os sistemas de atenção em saúde não se encontram nas categorias de atores envolvidos, mas na forma como seus relacionamentos são configurados. As categorias incluem pacientes ou consumidores de serviços, os profissionais e serviços que prestam atenção à saúde (aqueles contratados diretamente pelos pacientes e aqueles disponíveis através de serviços públicos de nível primário), financiadores ou seguradoras de saúde, administrações centrais e autoridades regionais (Evans, 1981; OCDE, 1992). A interação entre os atores diz respeito à prestação de serviços aos pacientes, encaminhamentos a partir de serviços de atenção primária aos de atenção secundária, o pagamento aos pacientes dos prêmios de seguros (ou impostos), pagamentos de serviços e regulação pelo governo. Na Europa Ocidental uma série de reformas incluiu iniciativas com o objetivo de conferir maior poder às camadas intermediárias ou locais de governos. Na Europa Central e Oriental, a gestão de políticas de atenção em saúde está gradualmente mudando para uma organização menos hierárquica e mais descentralizada dos serviços de saúde. Apesar dessa tendência, a organização política da atenção em saúde nos níveis subnacionais dos países europeus segue caminhos diversos e dá origem a um mosaico de instituições, muitas enraizadas em tradições históricas, culturais e religiosas (Blanpain, 1994; Chinitz *et al.*, 2004).

Caixa 2.2 Medicina de família na Romênia³

Perspectiva histórica

Durante o período comunista a atenção em saúde na Romênia estava centrada no hospital. Os médicos de família existiam, mas trabalhavam em consultórios, que respondiam aos diretores do hospital e não tinham uma identidade profissional autônoma. Esse foi o resultado de um sistema de educação médica, que era orientado exclusivamente para a abordagem hospitalar, sem qualquer atenção ao padrão de morbidade com que os médicos de família têm que lidar. O fato dos médicos de família estarem subordinados aos hospitais resultou em instalações e equipamentos de qualidade inferior, que limitavam severamente suas possibilidades diagnósticas e terapêuticas. Todos os médicos eram funcionários públicos e, como tal, mal pagos. Como resultado, os pacientes muitas vezes tinham de pagar “por fora”. Cuidados de saúde por enfermeiras e auxiliares eram praticamente desconhecidos e os pacientes acamados eram obrigados a serem hospitalizados.

Até meados da década de 1990 vários médicos de família tratavam cada um dos diferentes membros de uma família, uma vez que existiam médicos de família separados para crianças, para adultos, para os trabalhadores industriais, para os soldados e o pessoal de transporte ferroviário. Esse sistema foi alterado em 1995, mas ainda hoje os pediatras antigos podem preferir ter as crianças nas suas listas, em vez de adultos. Muitas vezes as mães são pacientes de um antigo médico de adultos, enquanto as crianças estão na lista de ex-pediatras.

Existem também grandes diferenças de conteúdo e carga horária no atendimento à família em cidades e nas regiões rurais. Porque a distância para os hospitais das aldeias pode ser grande, a população rural espera que os médicos de família lhe proporcionem uma maior gama de serviços do que aqueles que vivem perto de hospitais. Como resultado, os médicos de família rural têm mais oportunidades para desenvolverem habilidades de medicina familiar adequada do que seus colegas urbanos.

A situação atual

Após a revolução de 1989, um conjunto de médicos de família progressivos estabeleceu a *Societatea Nationala de Medicina Generala* (SNMG). Eles organizaram a educação continuada, produziram duas revistas médicas e procuraram representar os médicos de família em nível nacional. Foi instituída uma pós-graduação em medicina de família de três anos de formação, incluindo um ano em uma espécie de prática de ensino. Uma pequena minoria de médicos de família concluiu esse programa.

O financiamento estatal para atenção em saúde foi substituído, em 1998, por um sistema de seguro de saúde, o que significava que o Ministério da Saúde já não dominava o sistema de atenção em saúde. Essa tarefa foi assumida pelas Seguradoras de Saúde, com sede em cada região e, também, por uma Agência Nacional de Seguro Saúde para todo o país. As novas organizações tornaram-se responsáveis tanto pela estruturação como pelo financiamento dos cuidados de saúde regional. Pagamento de prêmios foi uma grande mudança para a população.

Outra mudança foi a exigência de que todos os habitantes escolhessem um médico de família. A alteração da estrutura de atenção em saúde tem sido benéfica para a Romênia, como pré-adesão à UE, uma vez que o bom funcionamento do sistema de atenção primária é uma das condições de adesão. Recentemente, no entanto, a Agência Nacional de Seguro Saúde ficou sob a influência do Ministério

³ Essa vinheta foi escrita por Elvira Chirila, GP, coordenadora romena do programa Matra com financiamento holandês e Jan C. van Es, MD, PhD, coordenador geral do programa Matra.

da Saúde novamente e há uma crença generalizada de que o governo está desviando recursos da saúde que foram pagos por empregados e empregadores para cobrir outras dívidas.

Os médicos de família continuaram a ser atormentados por questões financeiras. Por um lado, o salário melhorou e agora eles recebem uma remuneração, em parte *per capita* e em parte pelo serviço, que criou uma melhor relação entre carga de trabalho e renda. No entanto, o problema é que as taxas são pagas em “pontos de crédito”, cujo valor é variável, definido retrospectivamente, e sujeito à desvalorização.

Os médicos de família também se tornaram responsáveis por seus próprios consultórios, o que anteriormente era de responsabilidade do diretor do hospital. Os médicos de família recebem agora um orçamento para suas instalações, equipamentos de aquecimento e eletricidade e os salários dos enfermeiros. Esse é um avanço considerável, mas os orçamentos muitas vezes não cobrem os custos reais. Além disso, muitos consultórios estão em mau estado e os médicos de família não podem investir em melhorias, pois os consultórios fazem parte de um “sistema mercantil”, o que significa que durante cinco anos os médicos não podem comprar o local. Em termos globais, os rendimentos dos médicos de família melhoraram, em comparação com a situação anterior (agora cerca de \$150 por mês, em média), mas a maioria dos médicos ainda tem problemas financeiros. As negociações com os serviços de Seguro Saúde são realizados pelo *College of Physicians*, no qual os médicos especialistas são a grande maioria, e a Sociedade de Médicos de Família tem um papel meramente consultivo.

Teoricamente, a nova estrutura de atenção em saúde constitui uma melhoria significativa e faz a medicina de família ser o guardião para os serviços de saúde. Na prática, porém, esse objetivo não é apoiado pelo Ministério da Saúde, que ainda é fortemente influenciado por especialistas, que vêem os médicos de família como concorrentes.

Recursos para atenção primária

Uma série de reformas no setor da saúde durante a década de 1990 tentou reajustar a divisão de tarefas entre a atenção primária e secundária. O papel da atenção primária na gestão de entrada e saída dos pacientes da atenção secundária inclinou-se a aumentar. Além disso, a atenção ao paciente internado é necessária para uma proporção cada vez menor de pessoas que entram no sistema de atenção em saúde e as estadas em hospitais tornaram-se mais curtas (White *et al.*, 1961; McKee e Healy, 2001). Mais pacientes podem ser tratados no contexto da atenção primária, de modo que esses serviços podem representar até 90% de toda a atividade da atenção em saúde (Hobbs, 1995). Essa cifra salienta a necessidade de alcançar um equilíbrio adequado do partilhamento de recursos entre a atenção primária e secundária, com recursos financeiros e humanos a serem dirigidos para o setor de atenção primária, e em consonância com as mudanças na divisão de tarefas entre a atenção primária e secundária (Forrest e Starfield, 1996; Jepson, 2001).

Disponibilidade de dados

Informações sobre a alocação de recursos na saúde não são abundantes. Mais estudos se concentraram no setor hospitalar do que na atenção primária, talvez em parte porque

os problemas de definição relacionados com a atenção primária tornam difíceis as comparações. Como consequência não há nenhuma fonte de dados comparáveis, por exemplo, nos recursos financeiros determinados para o setor de atenção primária na Europa. Nem o banco de dados da OECD, nem os da Saúde para Todos fornecem esses dados. Algumas bases de dados nacionais dão informações sobre os recursos determinados para a atenção primária, mas as diferenças nas definições, parâmetros e recuperação de dados dificultam uma comparação (Lagasse *et al.*, 2001). Com relação aos recursos humanos, os dados sobre profissionais de atenção primária também são incompletos e nem sempre adequados. Apesar do papel central dos recursos humanos no setor da saúde, a atenção internacional para os recursos humanos para a saúde surgiu apenas recentemente na agenda política de saúde (Dubois *et al.*, 2005, a ser publicado).

Os recursos financeiros

Os dados existentes sobre a despesa em atenção primária sugerem que menos de um quarto do orçamento da saúde, em geral, vai para atenção primária na Europa Ocidental (Hobbs, 1995; Goicoechea, 1996; OHE, 2000). Em geral, os recursos de saúde em toda a Europa aumentaram em termos reais ao longo de décadas recentes, refletidos no aumento de gastos com a saúde. Indicadores indiretos, no entanto, não indicam que a parcela proporcional para atenção primária tem aumentado drasticamente ao longo do tempo. No centro e leste da Europa moderna, onde se realizam tentativas articuladas para desenvolver a atenção primária, os dados europeus para o sistema de informação de Saúde Para Todos indicam que, até a data, apenas a Letônia e a Hungria reduziram significativamente a proporção do orçamento da saúde dedicado à internação de pacientes. Em outros países, como a antiga República Iugoslava da Macedônia e Eslovênia, a fração de recursos para a saúde atribuídos aos cuidados de internação seguem aumentando (OMS, 2004). Os dados de países da Europa Ocidental sugerem uma modesta tendência para a redução ou contenção de parte dos recursos gastos com a internação na despesa total na saúde (OMS, 2004). Isso é consistente, com reduções significativas na capacidade do hospital e os esforços para conter os custos hospitalares. Ao mesmo tempo, no entanto, mudanças na incorporação de conhecimento profissional e desenvolvimentos tecnológicos têm permitido a substituição de atenção primária para secundária. Dados de Saúde OECD não sugerem uma transferência de recursos para o setor de atenção primária e atendimento ambulatorial. Em alguns países (Finlândia, França, Islândia, Itália, Luxemburgo, Holanda, Espanha, Suíça, Bélgica e Turquia), a porcentagem da despesa total de saúde dedicada a atendimentos ambulatoriais na década de 1990 manteve-se relativamente estável ou diminuiu. Apenas dois países têm aumentado significativamente a proporção de recursos destinados a atendimento ambulatorial: Áustria (+ 6%) e Dinamarca (+ 3 %) (OCDE, 2004).

Densidade de GP

Analisar a distribuição da força de trabalho entre os níveis de atenção é uma forma de obter evidências sobre possíveis mudanças de importância e atuação da atenção primária e secundária. Os dados disponíveis sobre a oferta de médicos não indicam um crescimento na proporção de trabalho na atenção primária. As densidades de GP na Europa são mostradas no mapa da Figura 2.1 (ver a seção de gravuras) e também no Quadro 2.1.

O mapa mostra variações consideráveis entre países. Os países com mais médicos por 1000 habitantes em 2002 são Áustria, Bélgica, Finlândia e França. As densidades mais baixas encontram-se na Letônia, Polônia, Eslováquia e Suíça. Detalhes sobre o número de médicos por 1000 habitantes, tanto em 1990 e 2002, são apresentados no Quadro 2.1.

A comparação dos números de 1990 e 2002 mostra que os números se mantiveram relativamente estáveis na maioria dos países. Em 10 dos 19 países, para os quais existem dados disponíveis para ambos os anos, tem havido um aumento na densidade de GP, com um aumento relativamente forte na Áustria, Finlândia e Noruega. Em oito países, a densidade era a mesma em ambos os anos. Só em Portugal houve uma diminuição no número de GP em relação à população. Os países com um sistema de referência de GP foram indicados na tabela, já que essa característica pode ser tomada como indicador de um sistema de atenção primária bem desenvolvido. A tabela mostra que os sistemas de referência de GP não estão relacionados com uma densidade de GP alta ou baixa. Entre países com tal sistema de referência, há também uma considerável variação. Dentro desse grupo, na Noruega e na Itália, o número de médicos por 1.000 habitantes é de cerca do dobro do número nos Países Baixos, Portugal e Eslovênia. Quanto aos enfermeiros, não existem dados atuais disponíveis para estimar em que proporção estão envolvidos em atenção primária.

Renda

O recrutamento para a Medicina de Família e Comunidade é influenciado pela renda que estudantes de medicina podem esperar ganhar como um GP, em comparação com a renda dos médicos especialistas. Diferenças de renda refletem diferenças de *status* entre as especialidades médicas. Os dados existentes sugerem que considerados os rendimentos dos médicos, tanto Médicos de Família e Comunidade quanto especialistas, estão, em geral, dentro os 25% da população com maior renda, em situação semelhante aos altos funcionários públicos (Anderson, 1998; OECD, 2000; Reinhardt *et al.*, 2002). No entanto, existe uma enorme variação entre os países. Os médicos na Europa Ocidental recebem uma indenização superior do que seus colegas na Europa Central e Oriental. A renda do GP tem aumentado

em muitos países nos últimos anos, mas os dados disponíveis para alguns países da OCDE mostram uma diferença entre a renda média de médicos (especialistas e Médicos de Família e Comunidade) e de renda média do GP na maioria desses países (OCDE, 2000). Em alguns países como a Noruega, esforços sistemáticos têm sido feitos recentemente para reduzir as disparidades de renda entre Médicos de Família e Comunidade e médicos especialistas (Furuholmen e Magnussen, 2000) (Furuholmen e Magnussen, 2000)..

Quadro 2.1 Número de GP por 1.000 habitantes em países europeus em 1990 e 2002

Países	GP por 1.000 habitantes		Diferença 1990–2002
	1990 ¹	2002 ¹	
Áustria	1.1	1.4	+0.3
Bélgica	1.9	2.1	+0.2
República Tcheca	0.7	0.7	0
Dinamarca ⁹	0.6	0.7	+0.1
Estônia	n.a.	0.7	n.a.
Finlândia	1.3	1.7	+0.4
França	1.6	1.6	0
Alemanha	1.1	1.1	0
Hungria	0.7	0.7	0
Islândia	0.6	0.7	+0.1
Irlanda ⁹	0.5	0.6	+0.1
Itália ⁹	0.9	0.9	0
Letônia	n.a.	0.4	n.a.
Lituânia	n.a.	0.7	n.a.
Luxemburgo	0.8	0.9	+0.1
Países Baixos ⁹	0.4	0.5	+0.1
Noruega ⁹	0.7	1.1	+0.4
Polônia	n.a.	0.2	n.a.
Portugal	0.7	0.5	-0.2
Eslováquia	n.a.	0.4	n.a.
Eslovênia	n.a.	0.5	n.a.
Suécia	0.5	0.5	0
Suíça	0.4	0.4	0
Turquia	0.5	0.7	+0.2
Reino Unido ⁹	0.6	0.6	0

Nota: ⁹ Países com sistemas referências /pacientes registrados com um GP

¹ Ou ano disponível mais próximo.

n.a. = não disponível/ não aplicável

Fontes: OCDE (2004), Arnoudova (2005).

Em todos os países, a renda média dos médicos foi superior à renda média entre os profissionais de enfermagem e obstetrícia (OECD, 2000). Em geral, o salário médio dos médicos sobe para mais do que o dobro do salário para os profissionais de enfermagem e obstetrícia (Gupta *et al.*, 2002). Não existem dados específicos sobre os enfermeiros de atenção primária.

Embora uma informação mais precisa e completa é necessária para trazer à tona a questão da distribuição dos recursos entre os diferentes níveis de cuidados na Europa, as provas até à data sugerem várias conclusões:

- ▶ ausência de alterações significativas dos recursos financeiros atribuídos à atenção primária;
- ▶ uma densidade desigual dos GPs entre os países europeus;
- ▶ pouca ou nenhuma alteração na densidade GP, na maioria dos países, entre 1990 e 2002;
- ▶ uma situação financeira que, na maioria dos casos, continua a ser mais favorável aos médicos especialistas do que aos GPs

Mapeamento da prática da atenção primária na Europa

Até que ponto os sistemas de atenção primária na Europa cumprem com a nossa definição? Existe um único ponto no sistema de saúde, onde o atendimento é prestado no primeiro contato com uma abordagem de Medicina de Família e Comunidade a partir de uma perspectiva de longo prazo? Em que medida as disciplinas de enfermagem têm sido desenvolvidas e integradas no contexto de atenção primária? Os serviços estão disponíveis nas casas dos pacientes? Existem processos de trabalho colaborativos e as intervenções para a atenção à saúde são coordenadas? Será difícil responder a todas essas questões, porque, também aqui, a informação disponível não é atualizada nem suficiente para fornecer respostas.

A primeira parte dessa seção revisa brevemente a organização geral das atividades de atendimento domiciliar em 15 países europeus e, em menor escala, à sua disposição. A informação reflete a situação nesses países em meados da década de 1990, e foi obtida a partir de um estudo internacional (Hutten e Kerkstra, 1996). A parte restante dessa seção descreve a organização e prestação de serviços em Medicina de Família e Comunidade em 32 países da Europa, com base num estudo de 1994 (Boerma *et al.*, 1997; Boerma and Fleming, 1998; Boerma, 2003).

Atenção domiciliar

O envelhecimento da população e da sociedade resulta no aumento da procura por cuidados profissionais domiciliares na Europa. O idoso e muito idoso são uma crescente proporção da população. Como o tamanho da família diminui e aumenta a mobilidade, a disponibilidade de parentes para o cuidado informal continuará declinando. Além disso, políticas de substituição na atenção em saúde resultam na transferência de tarefas de hospitais para situação em domicílio. Por conseguinte, o atendimento domiciliar é crescente tanto quantitativa como qualitativamente (Tjassing *et al.*, 1998). Nos países da Europa Central e Oriental, o atendimento domiciliar é um conceito relativamente novo; porém está sendo desenvolvido em vários desses países no âmbito de atenção primária (Vladu, 1998; Fedullo *et al.*, 2004).

Uma variedade de profissionais fornece cuidados médico, de enfermagem e doméstico em domicílio. Clínicas Gerais e enfermeiros fazem visitas domiciliares em alguns países. Os serviços sociais e de idosos também podem visitar seus clientes em domicílio, e as igrejas podem estar envolvidas também. O estudo europeu de Hutten e Kerkstra (1996) centrou-se nos cuidados estruturalmente prestados no domicílio por órgãos profissionais. Ele limitou-se a dois grupos centrais: enfermagem e serviços de ajuda no domicílio. Foram considerados os atendimentos que incluíam cuidados de reabilitação, de apoio, de promoção ou prevenção e de enfermagem técnica que eram destinados, principalmente, a pessoas enfermas em domicílio. Atenção preventiva materna e infantil, atenção de enfermagem escolar e profissional não foram incluídos nesse estudo. Quanto aos serviços de apoio ao lar foram incluídos trabalhos domésticos, como cozinhar, limpar, lavar, fazer compras, cuidados pessoais e serviços administrativos. Organizações para a oferta de apenas um item de serviço, tais como “refeições sobre rodas”, não foram incluídas.

A *avaliação das necessidades* de “pacientes” ou “clientes” é uma importante função do primeiro contato no atendimento domiciliar, que se relaciona ao modo de financiamento. Nos países em que o atendimento domiciliar é prescrito por um médico, como na França, ele ou ela pode ser o único a decidir o cuidado necessário. Em muitos outros países a avaliação das necessidades e da prestação de cuidados não é separada e é realizada por um funcionário da organização de atendimento domiciliar envolvido (Parry-Jones e Soulsby, 2001). Na Holanda, onde não é necessário encaminhamento para atendimento domiciliar, desde 1998, ampla avaliação das necessidades foi realizada por agências de avaliação independentes. A Holanda introduziu também instrumentos de avaliação uniformes, com a finalidade de fazer o processo de admissão mais objetivo (Algera *et al.*, 2003).

A enfermagem domiciliar

Nos 15 países da UE antes de 2004, cuidados de enfermagem em domicílio fazem, geralmente, parte do sistema de saúde, mas são organizados de modo bem diferente, muitas vezes refletindo o desenvolvimento histórico. Na Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Irlanda, Países Baixos e do Reino Unido, o cuidado de enfermagem em domicílio tem uma longa tradição, enquanto ainda está apenas em desenvolvimento na Áustria, Grécia, Itália, Luxemburgo, Portugal e Espanha. Além disso, a organização nem sempre é uniforme dentro dos países. Pode haver dois ou mais modos de organização ou de circuitos, por exemplo, a disposição paralela de serviços municipais, organizações sem fins lucrativos, hospitais, associações de caridade e as iniciativas relacionadas com partidos políticos, além de enfermeiros independentemente estabelecidos.

As organizações para os cuidados de saúde em domicílio são geralmente sem fins lucrativos. No entanto, com a introdução de elementos de mercado na área da saúde, as organizações sem fins lucrativos também entraram no setor. Basicamente, existem dois *modelos de financiamento*. Em uma delas, os recursos provêm de tributação geral com orçamentos fixos para as organizações. O tamanho do orçamento geralmente está relacionado ao número e à composição da população na área de trabalho. Nos países com esse sistema de financiamento, como a Dinamarca, Irlanda, Itália, Portugal e Espanha, os pacientes não precisam de uma referência para os cuidados de saúde em domicílio. No segundo modelo, onde os recursos foram recolhidos dos prêmios do seguro social de saúde, um regime de taxa por serviços é utilizado. Nesses casos (Alemanha, Áustria, Bélgica, França), os pacientes necessitam de uma avaliação médica. A avaliação da necessidade de um atendimento domiciliar é diferente em ambos os regimes de financiamento. Se nenhuma referência é necessária, as necessidades são avaliadas pela organização do atendimento domiciliar, enquanto no segundo modelo, as necessidades são normalmente avaliadas pelo médico. Os pagamentos podem ser baseados em mecanismos diferentes. No caso da taxa de pagamento de serviços, os serviços foram especificados em uma nomenclatura; uma lista de atividades (técnicas) de enfermagem. Em um regime de visita de pagamento em domicílio, geralmente dois tipos de visitas (e tarifas) são diferenciadas: as de higiene pessoal e as de enfermagem técnica. Outra opção é o pagamento por paciente por um período fixo de tempo, por exemplo, um mês. O nível de pagamento é determinado pelas necessidades do paciente avaliado. Variações dessas formas de pagamento também podem ocorrer, com ou sem co-pagamento por parte do paciente.

Em relação aos recursos humanos na prestação de atendimento domiciliar, normalmente dois níveis de especializações destacam-se: uma enfermeira de nível inferior, mais envolvida na higiene pessoal e tarefas simples de enfermagem e uma enfermeira de nível superior, para os serviços mais técnicos de enfermagem e situações complexas.

Serviços de atendimento domiciliar

Em contraste com atendimento de enfermagem domiciliar, os serviços de cuidados do lar não fazem parte dos cuidados da saúde, mas são considerados como serviços sociais, com exceção da Irlanda, Países Baixos e, em certa medida, na Alemanha. Na Grécia e Itália o auxílio aos cuidados com o lar começou a se desenvolver apenas no início de 1980, enquanto em outros países já tem uma longa tradição. Na maioria dos países o auxílio aos cuidados com o lar é organizado pelas autoridades locais, como os municípios, e não é necessário encaminhamento. As necessidades são avaliadas por um organizador ou líder de equipe da organização de cuidados com o lar, que é geralmente um assistente social. Nos casos onde o atendimento domiciliar de enfermagem e os serviços de cuidados com o lar são integrados em uma organização, como na Dinamarca, Irlanda e Países Baixos, o atendimento domiciliar de enfermagem também pode avaliar a necessidade dos pacientes para serviços domésticos. Desde meados da década de 1990 tem havido uma tendência para a integração de atendimento domiciliar de enfermagem e ajuda no cuidado com o lar. Há uma maior colaboração e houve uma fusão entre essas organizações.

A força de trabalho nos serviços de cuidado com o lar é grande, mas o nível de ensino exigido é relativamente baixo. Na maioria dos países há pouca formação para ajudar em serviços domésticos – podem ter tido um curso de curta duração ou que tenham sido treinados no trabalho. Há enormes diferenças na disponibilidade de assistentes domiciliares, como mostra o Quadro 2.2.

Quadro 2.2 Número de assistentes domiciliares em tempo integral por 1.000 habitantes em países europeus

País	População por atenção domiciliar por 1000 habitantes
Áustria (área de Viena)	1.34
Bélgica (Flândria)	2.23
Dinamarca	6.21
Finlândia	1.89
França	0.71
Irlanda	0.86
Itália (área de Gênova)	0.18
Luxemburgo	0.16
Países Baixos	2.01
Espanha	0.20
Suécia	9.01
Reino Unido	0.91

Fonte: Hutten e Kerkstra (1996).

A oferta de assistentes domiciliares em países como Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Países Baixos e Suécia é, pelo menos, 10 vezes a oferta na Itália, Luxemburgo e Espanha (referindo-se somente à região de Gênova, já que no sul do país, os serviços domésticos são ainda menos desenvolvidos). Em países com relativamente poucos ajudantes em domicílio, o cuidado informal desempenha um papel importante na prestação de atenção pessoal e doméstica para familiares, amigos e vizinhos.

Em muitos países, tanto as organizações de atendimento de saúde em domicílio e os serviços de cuidados com o lar relataram problemas nos esforços para colaborar com hospitais, GP, e outros serviços de atenção primária e com serviços sociais. As queixas mais relatadas foram a falta de informação e a comunicação deficiente com os pacientes transferidos de um nível ou serviço para outro, ou relativas aos pacientes em comum (Hutten e Kerkstra, 1996).

Médico de Família e Comunidade

A Medicina de Família e Comunidade tem potencial para ser o núcleo de atenção primária, mas esse potencial é utilizado em diferentes graus nos sistemas de atenção em saúde europeus. Provavelmente, a força de atenção primária está muito relacionada com a força e a posição da Medicina da Família e Comunidade no país. Muitos elementos da definição de atenção primária usada nesse dizem respeito aos serviços prestados na Medicina de Família e Comunidade, se essa está bem posicionada em um sistema de atenção em saúde.

A posição e a força da Medicina de Família e Comunidade na Europa serão discutidas à luz da nossa definição de trabalho na atenção primária. Em particular, focalizaremos os seguintes elementos: o papel do GP como o médico de primeiro contato, para um amplo espectro de problemas de saúde; a gama de procedimentos curativos e serviços preventivos oferecidos aos pacientes; o equipamento disponível para permitir os serviços médicos de diagnóstico e tratamento; cooperação mono e interdisciplinar, e as condições que favorecem a continuidade dos cuidados.

As informações para essa comparação são provenientes do estudo europeu de Perfis de Atividades do GP, em que mais de 8.000 médicos em 32 países responderam questões detalhadas sobre a organização da sua prática e a prestação de serviços (Boerma *et al.*, 1997; Boerma e Fleming, 1998; Boerma *et al.*, 1998). Os dados foram coletados em 1994 e, assim, podem ter ocorrido mudanças na situação de vários países desde então. Tal possibilidade da ocorrência de mudanças será particularmente verídica em países da Europa Central e Oriental e devem ser consideradas na interpretação dos resultados. No entanto, o estudo foi recentemente replicado em um desses países e demonstra que os efeitos das reformas nos sistemas de saúde sobre as atividades médicas na atenção primária não devem ser superestimados. Outra indicação da estabilidade relativa dos serviços do GP ao longo do tempo são os resultados do Segundo Estudo Nacional de Médico de Família e Comunidade dos holandeses, que foram atualizados recentemente, 14 anos após a primeira edição. Os resultados indicam que os Médicos de Família e Comunidade trabalham agora de forma mais eficiente, por exemplo, delegando atividades a outros prestadores de cuidados fora do expediente, e um ligeiro decréscimo nas referências a especialistas, sugere um maior nível de atividades curativas na atenção primária. Em geral, no entanto, não há indicações de uma mudança fundamental. Todos os grupos da população ainda encontram seu caminho para o GP e o papel de coordenador dos GPs é inalterado (Schellevis *et al.*, 2004).

Resultados por país são apresentados por meio de mapas com cores, que representam a categoria do país em relação a aspectos da prestação de serviços pelo GP, como mencionado acima.

Os quadros com as posições de classificação por país estão no anexo, ao final desse capítulo. Nesses quadros, os países foram classificados de acordo com três categorias: aqueles com um sistema de saúde financiado por impostos, aqueles com um sistema de seguro social de saúde e os países em transição, localizados na Europa Central e Oriental.

A atenção do primeiro contato

As cinco colunas do lado esquerdo do Quadro 2.A no anexo mostram os dados do papel da Medicina de Família e Comunidade, como o ponto de partida da atenção em saúde. Esse papel foi medido por meio de 27 descrições de casos acerca dos quais GPs deveriam responder, de acordo com uma escala de quatro pontos, em que medida um problema seria apresentado primeiro para o GP, no momento em que ocorresse na população. Quatro dimensões poderiam ser identificadas, de acordo com o tipo de problema de saúde: problemas agudos, problemas específicos às crianças, aqueles específicos às mulheres, e problemas psicológicos. A primeira coluna no Quadro 2.A (pág. 78) mostra a classificação geral, com relação à lista do total de problemas. Isso também foi mostrado na Figura 2.2 (ver seção das gravuras). Da segunda à quinta coluna temos a posição dos países em relação às subcategorias.

Países em que o GP tem uma posição forte como o ponto de partida da atenção em saúde parecem ser a Dinamarca, Irlanda, Países Baixos e Reino Unido, seguidos a uma curta distância pela Noruega, Portugal e Espanha. Não é de se estranhar que esses são países em que o GP ocupa uma posição gerente ou organizador da porta de entrada, já que o acesso ao sistema de saúde geralmente implica a existência de problemas de saúde. Os países em transição têm o menor *ranking*, com exceção da Croácia e da Eslovênia, que são os únicos países de transição com GP como gerentes ou organizadores da porta de entrada.

Os países mais bem classificados também são fortes em termos do ponto de entrada no sistema quando consideramos as subcategorias de problemas (ver Quadro 2.A). Nesse caso, parece ser mais forte no primeiro contato o aparecimento de problemas relacionados às crianças e às mulheres. Nos outros países, parece que em tais subcategorias de problemas as pessoas desconsideram o GP. No caso de um primeiro contato com pacientes com problemas de saúde agudos, por exemplo, o papel dos GPs é semelhante, independente do fato de ocuparem ou não a posição de porta de entrada no sistema. Na maioria dos países em transição, os Médicos de Família e Comunidade têm uma posição de partida muito mais fraca, mas em relação ao primeiro contato com problemas agudos, essa diferença é menor. As diferenças entre os países com sistema de saúde financiados pelos impostos e aqueles com sistemas de seguro social de saúde parecem ser evidentes, mas podem ser atribuídas ao fato de que os sistemas de saúde financiados por impostos têm mais frequentemente os GPs numa posição de coordenador. A Irlanda e Holanda são dois países com seguros sociais de saúde em que os GPs atuam como coordenadores e, curiosamente, os dois países estão no grupo de classificação mais elevada.

Médico de Família e Comunidade e abrangência

A Medicina de Família e Comunidade não é apenas o lugar onde os problemas de saúde são apresentados, mas também é onde são diagnosticados e tratados. Isso é verdadeiro para os casos agudos, bem como para doenças crônicas. Abrangência e Medicina de Família e Comunidade referem-se a gama de serviços curativos fornecidos pelo GP, bem como o seu papel no domínio da prevenção e educação da saúde (Calnan *et al.*, 1994). Os seguintes grupos de atividades de GP foram considerados. Primeiro, o envolvimento no tratamento de doenças. Isso foi medido por meio de 17 curtas descrições de casos sobre os quais o GP poderia responder de acordo com uma escala de quatro pontos. Em segundo lugar, o envolvimento de GP na prestação de procedimentos médicos técnicos, incluindo tratamentos cirúrgicos menores, foi medido. Essa foi aferida por meio de 14 perguntas estruturadas de forma semelhante às questões relativas ao tratamento de doenças.

Além disso, foi pesquisada a absorção de tarefas como realização de exames de esfregaços cervicais e de educação em saúde em clínicas ou grupos em relação à cessação do tabagismo, alimentação saudável e a problemática envolvendo bebidas alcoólicas. Finalmente, a participação de GP no planejamento familiar foi medida.

As posições relativas dos países sobre a abrangência dos serviços preventivos e curativos de GP, como mencionado acima, foram resumidos na Figura 2.3. Posições sobre cada um dos serviços podem ser encontradas no Quadro 2.A, no final desse capítulo.

Considerando todos os serviços em conjunto, a Figura 2.3 mostra que os países onde o GP oferece o mais completo grupo de serviços são em sua maioria situados na Europa ocidental e noroeste. Mais especificamente, esses países são: Áustria, Dinamarca, França, Alemanha (ocidental), Islândia, Irlanda, Noruega, Suíça e Reino Unido. Cinco desses países têm GP na função de porta de entrada do sistema, mas esses são apenas a metade dos países com GP em tal posição. Dois países com coordenadores GP, Itália e Espanha, estão entre aqueles onde os Médicos de Família e Comunidade oferecem um conjunto relativamente pequeno de serviços, como nos países em transição, ou seja, a República Tcheca, a Polônia e a Romênia.

Trabalho em equipe e cooperação

A prestação de serviços abrangentes e a coordenação do cuidado podem ser facilitadas pelo trabalho em equipe e as boas relações de trabalho com outros profissionais de saúde, tanto na atenção primária e secundária quanto nos hospitais. Em práticas de pequena escala

(individual) pode ser difícil para o GP fornecer uma ampla gama de serviços o tempo todo e coordenar o atendimento para outros. Práticas maiores podem contratar pessoal auxiliar, adquirir equipamento mais eficiente e realizarem reuniões periódicas de coordenação e articulação de políticas. Práticas de grupo podem ser vistas como formas institucionalizadas de controle social do profissional (De Jong *et al.*, 2003).

Na maioria dos países, a Medicina de Família e Comunidade costumava ser dominada por trabalhadores isolados. Na maioria dos países de seguro social de saúde, grande parte dos GPs ainda trabalha sozinho. (ver Quadro 2.B). A Turquia é uma exceção nesse grupo, e também, embora menos, os dois países com GP forte na porta de entrada do sistema (a Irlanda e Países Baixos). Os países com menor proporção de trabalho individual no GP (menos de 20%) são encontrados principalmente no grupo de sistema de saúde financiado por impostos: Finlândia, Islândia, Portugal, Suécia e Reino Unido. A Itália, no entanto, possui a maioria do GP trabalhando isoladamente mesmo tendo o GP como porta de entrada. Em três países em transição existem poucos trabalhadores individuais no GP: Bulgária, a Letônia e a Ucrânia. Nesse grupo de países, a Polônia é a exceção com muitos trabalhadores individuais.

A cooperação foi mais explorada por meio de perguntas sobre a existência de reuniões regulares (pelo menos uma vez por mês) com colegas GP, com médicos especialistas de ambulatórios, com médicos especialistas de hospitais, com enfermeiros de atenção primária e com assistentes sociais. Os detalhes foram apresentados no Quadro 2.B.

Tomadas em conjunto, as medidas de colaboração entre GP, médicos especialistas e outros grupos profissionais, são apresentadas no mapa da Figura 2.4 (ver seção de gravuras) e revelam a posição relativa dos países.

Países onde os GPs têm relações de colaboração mais intensas com outros grupos profissionais são: Bulgária, Finlândia, Islândia, Letônia, Lituânia, Portugal, Suécia, Reino Unido e Ucrânia. Os GPs de Bélgica, Itália e Luxemburgo possuem poucas relações colaborativas se comparados aos demais (ver Figura 2.4).

Países onde o GP tem a colaboração relativamente mais intensa com outros

Figura 2.1 Densidade de GP na Europa

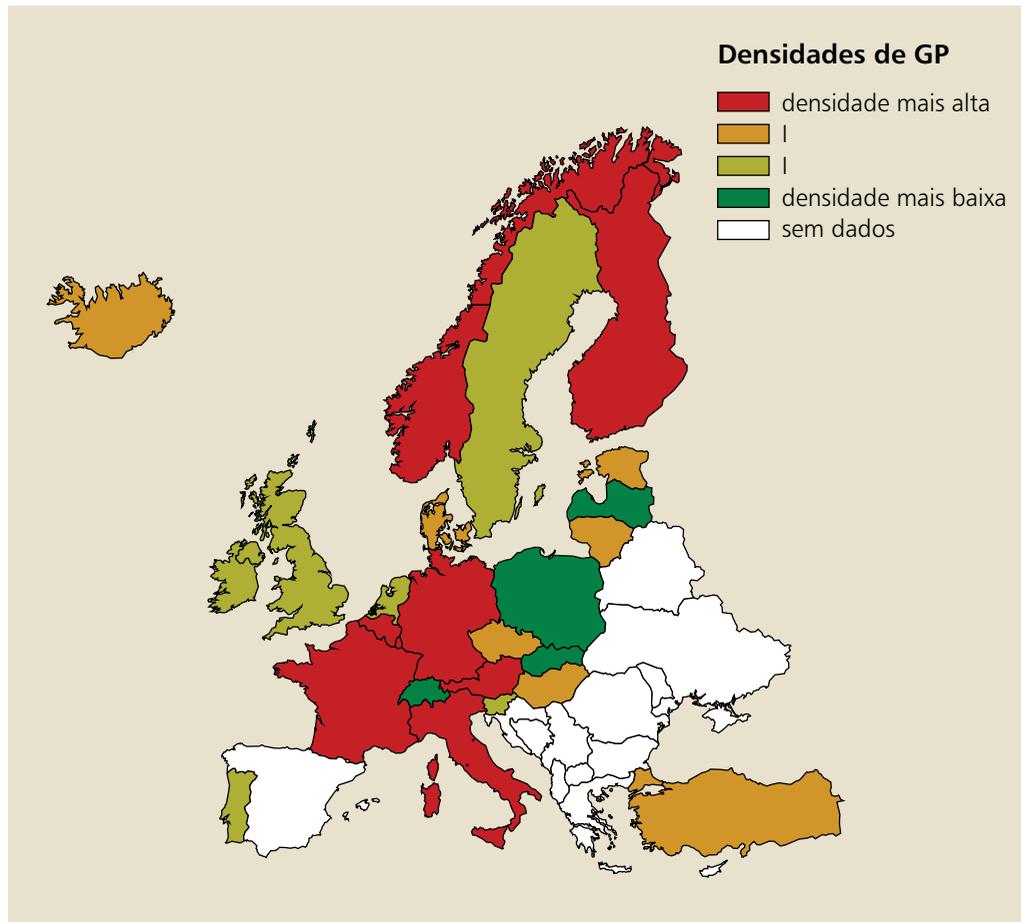


Figura 2.2 Papel do GP como médico do primeiro contato com problemas de saúde

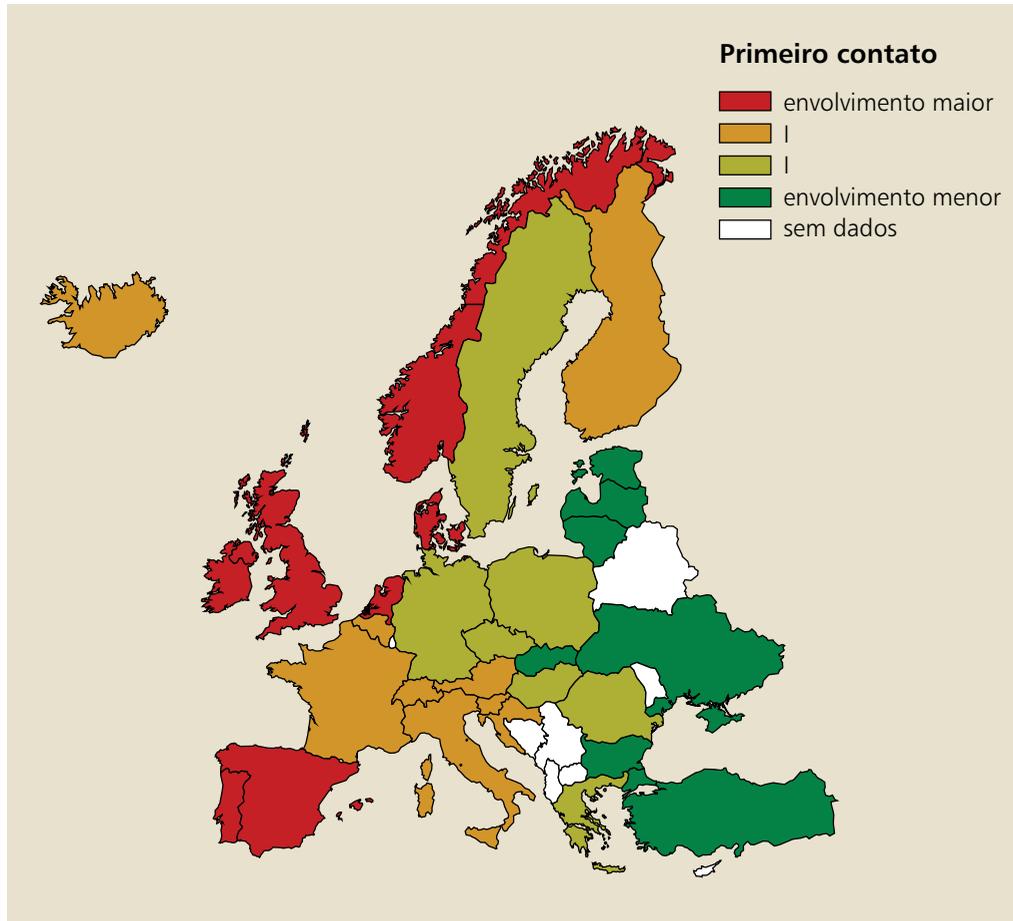


Figura 2.4 Colaboração do GP com diversas disciplinas

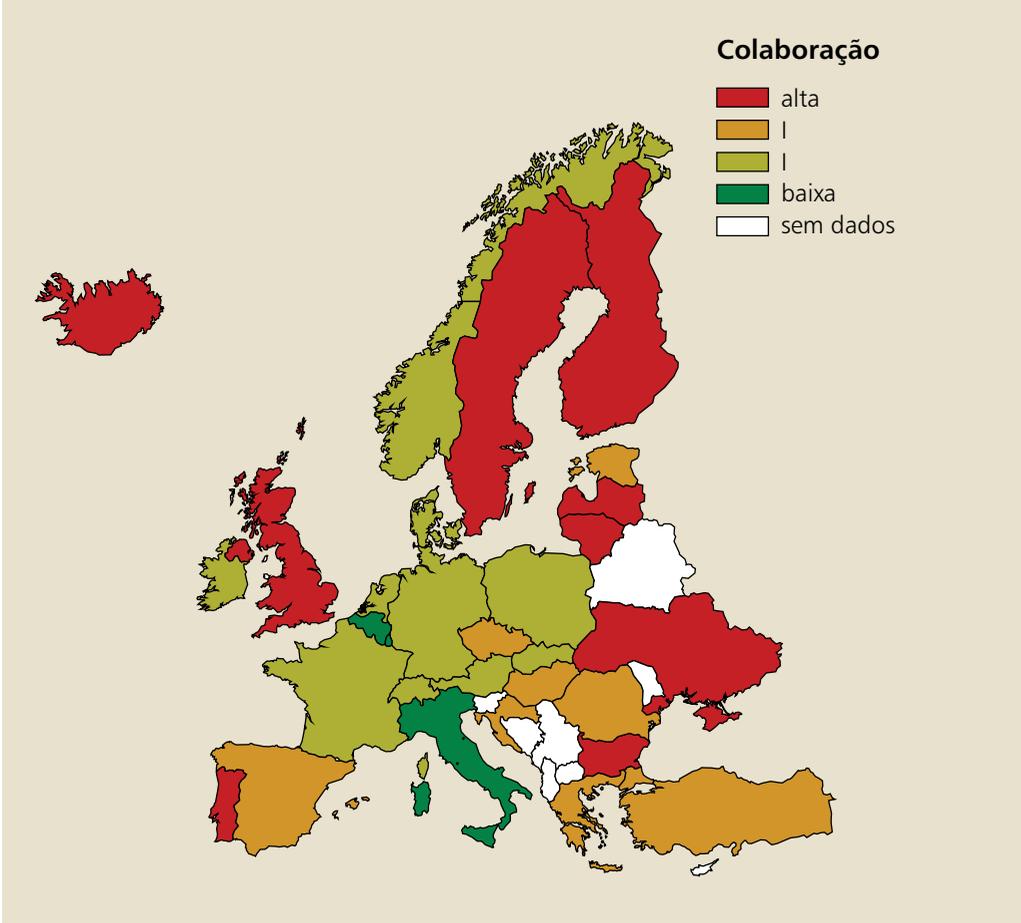


Figura 2.5 Equipamentos médicos na Medicina de Família e Comunidade

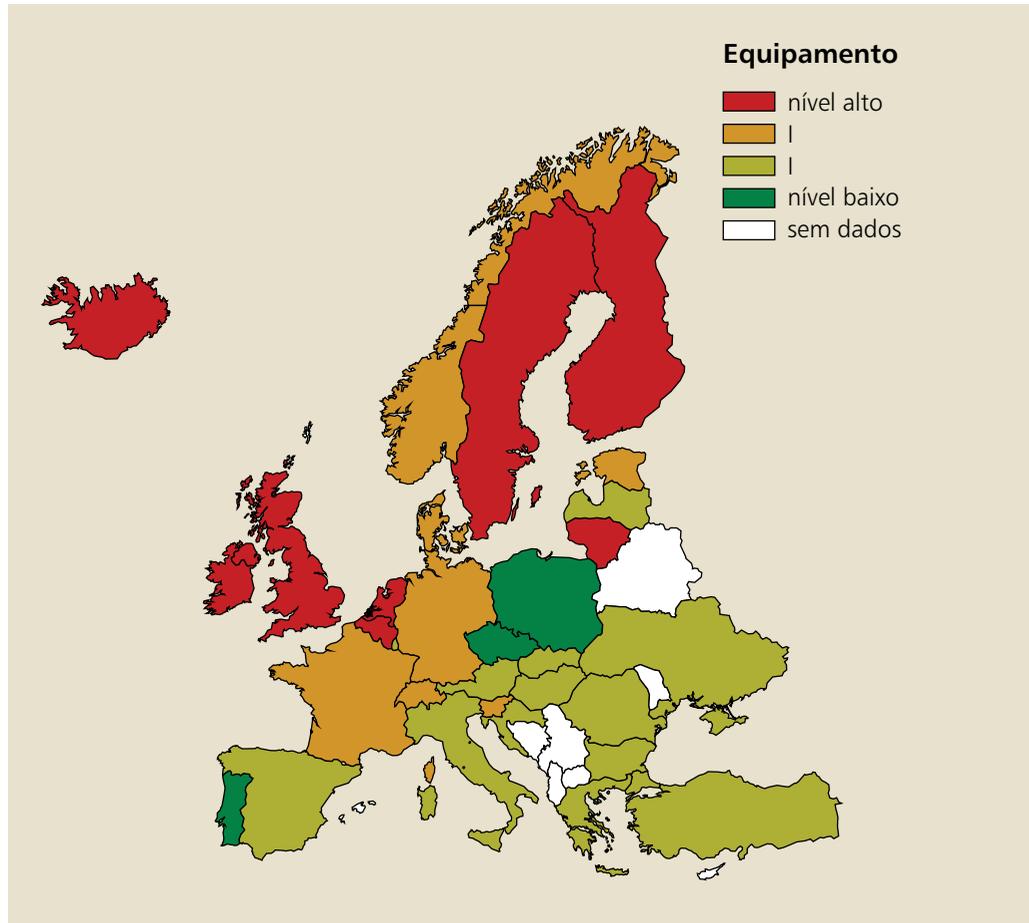
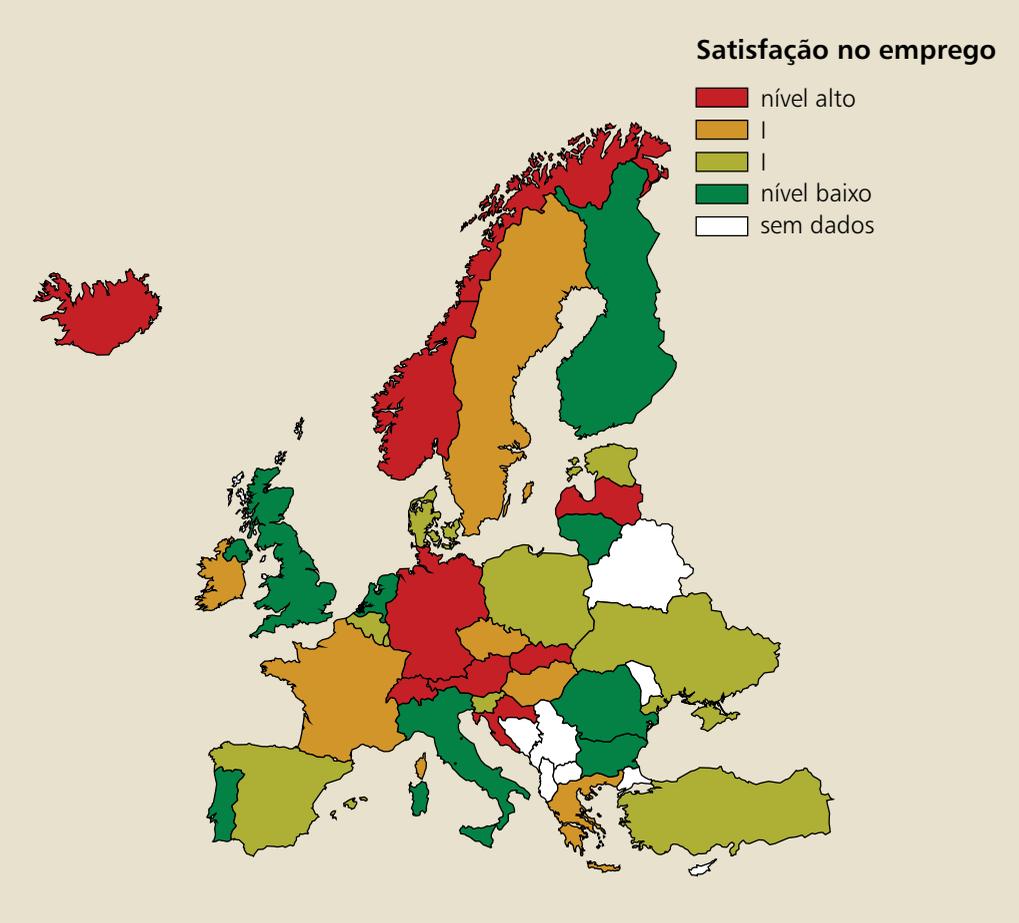


Figura 2.6 Sentimento de satisfação do GP



Caixa 2.3 Atenção primária eslovena⁴

Na década de 1950, sob a influência de Andrij Stampar, o então governo socialista da Iugoslávia fez grandes investimentos na atenção primária. Uma série de atividades preventivas foram implementadas: clínicas de bem-estar para o bebê e para as mães, clínicas para as mulheres, clínicas para pessoas com tuberculose, clínicas de tracoma, clínicas para os trabalhadores, clínicas para crianças na escola e estudantes, etc. Muitos dos médicos que trabalham nessas clínicas prosseguem sua carreira profissional em uma dessas áreas de especialização. Nessas circunstâncias, houve um declínio no pensamento holístico e generalista e o privilégio de uma abordagem da atenção em saúde baseada em policlínicas, portanto, a Medicina de Família e Comunidade estava à beira da extinção. Apenas uns poucos entusiastas acreditavam na medicina de família como um recurso importante para a atenção em saúde.

Na década de 1960, a medicina de família (na época conhecida como medicina geral) foi declarada um campo especializado, embora o treinamento especializado não fosse um pré-requisito para trabalhar em Medicina de Família e Comunidade. Em novembro de 1995, o Departamento de Medicina de Família foi criado na Universidade de *Ljubljana*. Ele tem um currículo único. Quatro dias em cada semana, os estudantes encontram-se com os tutores especialmente treinados para a prática de atenção primária, para testar suas habilidades de comunicação, registro dos procedimentos médicos e outras habilidades de rotina. Um dia por semana, os alunos trabalham com um professor assistente em pequenos grupos, apresentando relatórios sobre suas experiências.

Em 1992, o sistema de atenção em saúde da Eslovênia foi transformado de um sistema estatal para um modelo descentralizado com uma companhia de seguros, o Instituto Nacional de Seguro de Saúde (INSS). A atenção em saúde é fornecida tanto pública (hospitais e centros de atenção primária) como prestadores privados. Habitantes da Eslovênia são segurados através do seu estatuto laboral e as comunidades locais cobrem os desempregados. O seguro de saúde compulsório cobre mais de 80% de todos os custos de atenção em saúde. A cobertura adicional está disponível através de um seguro voluntário, o que inclui co-pagamentos.

Os pacientes devem agora escolher o seu médico de família pessoal. O médico de família tem a responsabilidade de prestar atenção primária para seus pacientes, que inclui atendimentos de emergência 24 horas por dia, fornecidos por médicos que trabalham fora do horário normal de expediente. O papel de porta de entrada dos médicos de família também os torna um ponto central do sistema para a contenção de custos e o investimento na busca pela garantia de qualidade da atenção. Esses objetivos podem representar uma ameaça potencial para a qualidade da relação médico-paciente.

Os médicos de família trabalham como contratos independentes para INSS ou trabalhadores sem fins lucrativos nos Centros de Atenção Primária (CAP), que são contratados em grupo pelo INSS. Os CAP são distribuídos uniformemente por todo o país e, principalmente, localizados nos centros comunitários. O CAP de Radovljica é um exemplo típico de tal centro. A Radovljica fica na parte noroeste da Eslovênia, a 50 km da capital Liubliana.

É um dos 60 Centros de Saúde (CS) da Eslovênia e possui um porte médio. O CAP de Radovljica presta atendimento para cerca de 18.200 habitantes.

A atenção primária no CAP de Radovljica combina médicos públicos e privados. Quase metade dos trabalhadores é privada, com contratos públicos, e apenas um campo de atuação profissional é completamente privado, a acupuntura. O médico particular recebe dinheiro diretamente da Companhia Nacional de Seguros (CNS). O CAP de Radovljica realiza as seguintes atividades e emprega o seguinte pessoal:

4 Essa vinheta foi escrita por Marjana Grm, GP e Janko Kersnik, GP, Radovljica, Eslovênia.

Médico de Família e Comunidade	7 GP, 6 deles especialistas
Pediatria e medicina escolar	1 pediatra, 1 especialista para med. escolar
Medicina Ocupacional	1 especialista
Atenção odontológica para adultos	4 dentistas
Atenção odontológica infantil	2 dentistas
Ortodentia	1 especialista
Fisioterapia	3 fisioterapeutas
Neurofisioterapia	1 neurofisioterapeuta
Ginecologia	1 ginecologista
Otorrinolaringologia	1 vez/semana otorrinolaringologista
Oftalmologia	3 vezes/ semana oftalmologista
Acupuntura	Todo dia; médico
Atenção médica a presos	2 vezes/semana GP

Há, ainda, certo número de profissionais de enfermagem que integram os CAP.

O CAP possui ainda um plantão para emergências e atendimento fora dos horários de expediente. O CAP realiza também o atendimento de uma casa para idosos com 206 leitos. Aproximadamente cerca da metade desses leitos são para as pessoas idosas que necessitam atenção em saúde especializada, mas não de internação hospitalar. Há também uma casa para jovens com deficiências, com 75 leitos.

O proprietário das instalações do CAP é o município, com exceção de dois consultórios de médicos de família, que são parte de uma nova ala que os médicos particulares compraram esse ano. O município tem alguma influência sobre a política no CAP, mas sem importância. O CAP é integrado à atenção primária de Gorenjska (Gorenjska é uma região onde se encontra Radovljica). O CAP de Radovljica divide-se em diferentes instalações e locais: o edifício principal e a maioria dos consultórios estão situados em Radovljica, há uma filial em Kropa (uma aldeia a 20 km de Radovljica); existem casas para idosos e para pessoas com deficiências, e dois consultórios odontológicos localizados em escolas primárias.

Um sistema de agendamento foi introduzido para tornar os serviços mais acessíveis aos pacientes. No entanto, os serviços de atenção primária já são muito acessíveis, talvez até além do necessário, uma vez que os pacientes são atendidos mesmo sem consulta marcada. As visitas realizadas pelo CAP de Radovljica à população são mais de oito por ano por pessoa. Devido à carga de trabalho pesada e a expansão do programa cardiovascular, um médico de família adicional teve que ser contratado.

Há alguns anos um programa nacional de prevenção cardiovascular foi criado para atender homens entre 35 e 65 anos de idade e mulheres entre 45 e 70 anos. . Oficinas para ensinar hábitos de vida saudáveis (abandono do tabagismo, controle do peso, alimentação saudável, atividade física, etc.) são oferecidas para pessoas com mais de 20% com risco de ter um problema cardiovascular. Os pacientes também recebem tratamento com anticoagulantes e diabéticos são vistos no CAP.

Concluindo, depois de uma longa história de investimentos de atenção primária no sistema de saúde na Eslovênia, essa teve uma transição relativamente suave para um modelo descentralizado, que reconhece a importância da atenção primária para a continuidade e coordenação dos serviços prestados aos pacientes.

Continuidade da atenção de GP

Os indicadores disponíveis para a avaliação da continuidade dos cuidados são: a porcentagem de GP que visitam os pacientes hospitalizados num país, o GP que atendem à noite e fins de semana, o GP que faz a manutenção de rotina dos registros médicos para (quase) todos os pacientes atendidos (ver Quadro 2.B). Fazer visitas domiciliares não foi tido em conta, porque em todos os países, com exceção da Turquia e Finlândia, foram relatadas como uma atividade da grande maioria dos GPs. Pacientes hospitalizados são visitados por cerca de três quartos dos GPs na Holanda e na Bélgica e em 40% a 50% na França, Itália, Portugal, Romênia e Ucrânia. Essas visitas são raramente feitas por GP na Dinamarca, Letônia, Noruega, Eslovênia e Suécia.

Países onde, pelo menos, 80% dos GPs estão ativamente envolvidos fora do expediente de atenção primária são a Áustria, Bélgica, Finlândia, Islândia, Irlanda, Luxemburgo, Países Baixos, Suécia, Suíça e Reino Unido (ver Quadro 2.B). Em contraste, apenas pequenas minorias de GP estão envolvidos nesses serviços na Croácia, Estônia, Itália, Lituânia e Polônia. GP em países com um sistema de seguro social de saúde parecem estar mais envolvidos em atividades fora do expediente, do que aqueles que financiados por impostos.

Manter os registros médicos rotineiramente atualizados, é indispensável para assegurar a continuidade do cuidado. Na Finlândia, Alemanha, Luxemburgo e Suíça, os registros são mantidos atualizados como parte da rotina de trabalho de mais de 90% dos GP. Isso também é verdade para a maioria dos países onde o GP é responsável pela porta de entrada, com exceção da Itália e da Espanha, onde é relatada por apenas 70% dos GPs (ver Quadro 2.B). Bulgária, Grécia e Romênia possuem uma classificação mais baixa a esse respeito (cerca de 40% ou menos).

Equipamento clínico

O uso de equipamentos clínicos foi medido a partir de uma lista de 25 itens, que os Médicos de Família e Comunidade foram solicitados para indicar se estavam disponíveis e se eram utilizados. A lista inclui, entre outros itens: hemoglobímetro, teste de glicose e de colesterol, oftalmoscópio, endoscópio, ultrassom, audiômetro, debitômetro, eletrocardiografia, para pequenas cirurgias, e desfibrilador. Equipamentos assumidos como básicos e que devem ser utilizados em todos os lugares como, por exemplo, o esfigmomanômetro, não foi incluído. Como a Figura 2.5 (ver seção de gravura) e Quadro 2. C mostram que os GPs da Alemanha, da Lituânia, Países Baixos, Suíça e países nórdicos têm a maior parte dos itens dos equipamentos, 12 ou mais da lista. Possuem um nível mais baixo quanto aos

equipamentos (quatro a seis dos itens listados): República Tcheca, Hungria, Itália, Polônia, Portugal e Romênia. Na Itália e em Portugal, para terminar, os GPs coordenadores da porta de entrada e não incluem muitos equipamentos em suas práticas. Os padrões para considerar positiva a disponibilidade de Raios-X e de instalações de diagnósticos laboratoriais eram a presença de equipamento apropriado no GP ou externamente com resultados disponíveis dentro de 48 horas (ver Quadro 2.C). Cinco dos países melhor colocados quanto à existência de equipamentos, possuindo a maioria dos 25 itens da lista, destacam-se novamente, obtendo os resultados mais altos (disponibilidade em pelo menos 90% dos GP). Esses países são Finlândia, Islândia, Lituânia, Países Baixos e Suécia. Na Bélgica e no Reino Unido, mais de 75% de GP, têm raios-X e instalações laboratoriais à sua disposição, com emissão rápida dos resultados necessários ao cuidado do paciente. Países com altos níveis de equipamento médico, mas com disponibilidade limitada de raios-X e instalações laboratoriais para GP são: Áustria, Dinamarca, Alemanha, Noruega e Suíça. Médicos de Família e Comunidade, particularmente na República Tcheca e na Polônia, mas também na Croácia, Hungria, Portugal e Turquia estão em piores situações quanto ao acesso a raios-X e instalações laboratoriais e equipamentos médicos.

A satisfação no trabalho

O Estudo do Perfil de Atividade Europeia sobre a medicina de família incluiu questões sobre diferentes aspectos de satisfação no trabalho. A maioria dos GPs indica interesse e prazer no seu trabalho, e apenas 14% preferem outro trabalho. Setenta por cento dos GPs relataram uma sobrecarga administrativa. A satisfação no que se refere ao equilíbrio entre esforço e recompensa em geral não foi elevada, mas foi muito baixa nos países da Europa Central e Oriental e em Portugal e na Turquia (Boerma e Fleming, 1998). Cerca de metade dos GPs sente que algumas partes do seu trabalho não fazem sentido (isso é mostrado na Figura 2.6 (ver seção de gravuras) e no Quadro 2.C).

A maior proporção de GP que acredita que parte de seu trabalho não faz sentido está na Bulgária, Finlândia, Itália, Lituânia, Países Baixos, Portugal, Romênia e Reino Unido. Parece que nos países onde GP são coordenadores da porta de entrada, eles estão um tanto menos satisfeitos em relação aos GP em outros países. A razão para isso pode ser que os GPs coordenadores da porta de entrada, em sendo ponto de inserção dos pacientes no sistema, não podem facilmente selecionar e excluir de seu rol de atribuições as tarefas consideradas menos razoáveis.

O estado da atenção primária na Europa: conclusões

Provavelmente mais importante que conhecer as evidentes diferenças na Medicina de Família e Comunidade em toda a Europa é saber como tais diferenças relacionam-se aos caminhos que a organização da atenção em saúde e da atenção primária percorreram nos diferentes países. Uma série de conclusões pode ser tirada a partir de um estudo europeu (Boerma, 2003). A organização de um sistema de atenção em saúde é um importante determinante para a forma como serão ofertados os serviços de atenção primária. Em países com sistemas de referência ou uma porta de entrada definida os GPs geralmente oferecem uma gama mais abrangente de serviços, embora trabalhem menos horas do que os GPs em países com acesso paralelo a médicos especialistas. Nos países com GP autônomos, que recebem por serviço prestado, os mesmos estão mais envolvidos no tratamento e acompanhamento de doenças e gastam mais tempo no cuidado direto do paciente do que os GPs em outros países. O salário dos GPs por serviços de tratamento é menor do que o dos médicos autônomos. O sistema de pagamento vigente também influencia a forma como médicos respondem a diferentes cargas de trabalho. Além disso, há um contraste evidente entre países pós-comunistas e os países da Europa Ocidental. Nos países da Europa Ocidental, os GPs têm perfis de serviço mais abrangente do que na Europa Central e Oriental, particularmente em relação ao ponto de partida no sistema de saúde e na oferta de procedimentos técnicos médicos. Entre os países pós-comunistas, também é possível fazer distinções entre os países da antiga Iugoslávia e países anteriormente pertencentes à União Soviética.

Com base nesses resultados, uma série de implicações pode ser extraída. Os capítulos que se seguem aprofundarão cada um dos temas abaixo.

- ▶ Os GPs que operam como organizadores da porta de entrada dos pacientes aos sistemas de atenção em saúde respondem a uma gama maior de necessidades comuns em saúde. A localização no ponto de entrada do sistema favorece com que a atenção primária assuma um papel de coordenação da rede de atenção à saúde. . Muitos países estão atualmente examinando formas mais flexíveis de ordenar a porta de entrada a partir do GP. . Em países onde o GP é o organizador da porta de entrada, às vezes, os protocolos e fluxos tornam-se demasiado rígidos (por exemplo, no cuidado dos pa-

cientes crônicos), ao passo que em países sem um sistema de porta de entrada mais definido têm tentado introduzi-lo, inicialmente, de forma voluntária.

- ▶ Com relação à coordenação e à continuidade dos cuidados, um sistema no qual pacientes sejam adscritos à lista de um médico de família e comunidade tende a favorecer que os dados clínicos sejam armazenados em um só local, diferentemente de sistemas sem listas de pacientes. Entretanto, um sistema de lista de pacientes não é suficiente para garantir a coordenação e continuidade do cuidado. GP autônomos necessitam manter um registro abrangente das informações clínicas e boas relações de trabalho com outros profissionais de saúde dos níveis primário e secundário.
- ▶ O modo de contratação e pagamento de GP deve procurar um equilíbrio entre responder as necessidades dos pacientes e evitar o uso excessivo de tratamentos. GPs autônomos parecem ter salários mais altos que os GPs, tanto em termos de serviços oferecidos e horários de trabalho. É provável, que serviços como exames preventivos, que não são direcionados por demanda, sejam prestados dentro sistemas simples de captação de pagamento, o que significa que pagamentos adicionais são necessários.
- ▶ Há uma tendência de expansão das responsabilidades da atenção primária, resultante da transferência de tarefas da atenção secundária, bem como do maior envolvimento da atenção primária no rastreamento, prevenção e promoção da saúde. Se os obstáculos financeiros para implementação desses serviços forem removidos, os GPs precisarão estar preparados para o aumento de suas atividades. Tem sido demonstrado que os serviços melhor equipados e com mais recursos humanos fornecem uma gama maior de serviços. Além disso, os GPs trabalhando em grupo podem ser mais eficientes, porque trabalham menos horas com cargas de trabalho similares.
- ▶ Os registros médicos computadorizados não são apenas úteis para a coordenação e na prestação de cuidados contínuos para pacientes individuais. Um banco de dados de bons médicos é também indispensável para o rastreio sistemático e acompanhamento de pacientes crônicos. Registros médicos de rotina mantidos atualizados tornam-se uma importante fonte de informação de pesquisas epidemiológicas e serviços de saúde, e podem ajudar a desenvolver o corpo de conhecimentos sobre a atenção primária na Europa, que atualmente parece ser insuficiente (Rosser and Van Weel, 2004).

Quadro 2.A Clínica geral: ponto de primeiro contato da atenção; abordagem e abrangência geral

País	Papel do GP como primeiro contato com os problemas de saúde						Geral / Abrangência					
	todos probl de saúde ¹	probl. agudo ²	probl. infantil ³	probl. das mulheres ⁴	probl. ps./soc. ⁵	tratamento da doença ⁶	proced. técnico ⁷	seleção cervical ⁸	educ. em saúde ⁹	planej. familiar ¹⁰		
Saúde financiada com impostos												
Dinamarca ⁶	1	2	1	1	1	1	1	1	4	1		
Finlândia	2	2	2	2	3	3	1	2	2	2		
Grécia	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3		
Islândia ⁶	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1		
Itália ⁶	2	3	1	2	2	3	4	2	3	3		
Noruega ⁶	1	2	1	1	2	1	4	2	1	1		
Portugal ⁶	1	3	1	1	1	2	3	1	1	1		
Espanha ⁶	1	1	2	1	2	3	3	3	3	3		
Suécia	3	3	2	2	2	2	1	3	2	3		
Reino Unido ⁶	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1		
Sistemas de previdência social												
Áustria	2	2	2	2	2	1	2	3	2	2		
Bélgica	2	2	2	2	1	2	2	2	4	1		
França	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2		
Alemanha	3	2	2	3	2	1	2	3	1	2		
Irlanda ⁶	1	1	1	1	1	1	2	2	4	1		
Luxemburgo	3	3	3	3	3	2	2	3	4	2		
Holanda ⁶	1	1	1	1	1	3	1	1	4	1		
Suíçaa	2	2	3	3	2	1	1	2	3	1		
Turquia	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3		

Países em transição													
Bulgária	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	4
Croácia ⁶	2	1	2	2	1	2	3	3	4	2	4	2	2
República Tcheca	3	2	4	4	3	4	3	3	4	3	4	4	4
Estônia	4	4	3	4	4	4	3	3	4	3	3	1	4
Hungria	3	1	3	3	2	3	2	2	4	4	4	1	1
Latvia	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	2	4	3
Lituânia	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	-	3	4
Polónia	3	3	3	4	3	4	3	3	4	3	3	2	4
Romênia	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	1	3
Eslôvaquia	4	3	4	4	3	4	1	1	4	4	4	3	4
Eslôvênia ⁶	2	1	3	3	2	3	2	3	2	3	4	2	3
Ucrânia	4	4	4	4	3	4	3	3	4	3	2	2	3

Nota:

Classificação dos países europeus (1 = países com notas de envolvimento médio mais altas; 4 = países com notas de envolvimento médio mais baixas; 2 e 3 = países com notas intermediárias).

⁶ Países com GP mantendo posição de cão de guarda

¹ Todos os problemas de saúde (27 descrições breves de caso; respondidos numa escala de 4 pontos)

² Problemas agudos (subescala em 5 casos, ex. queimadura de mão, primeiro sintoma de paralisia, torção no tornozelo, primeira convulsão)

³ Problemas relacionados com as crianças (subescala em 5 casos, ex.: erupção na pele, enurese, problemas auditivos, abuso físico)

⁴ Problemas relatados com as mulheres (subescala em 5 casos, ex.: contraceptivo oral, menstruação irregular, nódulos na mama)

⁵ Problemas psico-sociais (subescala em 5 casos, ex.: problemas de relacionamento, inclinação suicida, tensão relacionada ao trabalho)

⁶ Tratamento/acompanhamento da doença (escala de 4 pontos em 17 descrições breves de casos, ex.: hipertireoidismo, AVC aguda, colite ulcerativa, infarto do miocárdio)

⁷ Procedimentos técnicos médicos (escala de 4 pontos em 14 procedimentos específicos, ex.: remoção de verruga, inserção de DIU, remoção de pontos enterrados na córnea injeção intra-articular)

⁸ Envolvimento na realização sistemática do teste Papanicolaou (por ex.: num programa comunitário)

⁹ Envolvimento em grupos de educação em saúde ou clínica sobre estilo de vida como fumo, dieta e álcool

¹⁰ Envolvimento no planeamento familiar e contraceptivos

Fonte: Boerma *et al.* (1997), Boerma *et al.* (1998).

Quadro 2.B Médico de Família e Comunidade: cooperação e continuidade da atenção

País	Trabalho em equipe e cooperação						Continuidade da atenção			
	2 ou mais GP clicando	Reuniões regulares com outros Gp. ¹	Reuniões regulares com especialista ambulatorial ¹	Reuniões regulares com especialista hospitalar ¹	Reuniões regulares com enfermeira da AB ¹	Reuniões regulares com o serviço social ¹	% de GP em visitas hospitalares ²	% de GP ativos na atenção fora do horário ³	% de GP que mantêm reg. médicos abrangente ⁴	
Saúde financiada com impostos										
Dinamarca ⁶	2	4	4	4	4	4	4	4	3	1
Finlândia	1	1	2	3	1	1	2	1	1	1
Grécia	3	3	1	1	4	1	2	3	4	4
Islândia ⁶	1	1	3	3	1	3	2	1	1	1
Itália ⁶	4	3	3	1	4	3	1	4	3	3
Noruega ⁶	2	4	4	4	3	3	4	2	1	1
Portugal ⁶	1	1	3	2	4	2	1	4	1	1
Espanha ⁶	2	3	4	4	4	1	4	3	3	3
Suécia	1	1	4	4	1	4	4	1	2	2
Reino Unido ⁶	1	2	3	3	1	2	2	2	1	1
Sistemas de previdência social										
Áustria	4	2	1	1	3	3	3	1	2	2
Bélgica	4	4	2	1	4	3	1	1	2	2
França	4	2	2	2	2	3	1	2	2	2
Alemanha	4	1	1	1	2	2	3	3	1	1
Irlanda ⁶	3	3	4	4	3	4	3	1	1	1
Luxemburgo	4	4	2	2	3	1	2	1	1	1
Holanda ⁶	3	1	4	3	3	2	1	1	1	1
Suíça	4	1	1	1	2	2	3	2	1	1
Turquia	1	4	4	4	4	3	2	3	3	3

Países em transição												
Bulgária	1	1	1	2	3	4	4	4	4	4	4	4
Croácia ⁶	3	2	2	4	1	2	3	4	4	4	4	1
República Tcheca	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2	2	1
Estônia	2	3	2	3	3	2	3	4	4	4	4	1
Hungria	3	4	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
Latvia	1	2	3	2	3	4	4	3	4	3	3	1
Lituânia	2	1	1	2	1	3	3	4	4	4	4	2
Polônia	4	3	3	1	1	1	2	4	4	4	4	2
Romênia	2	3	3	3	2	1	1	3	3	3	3	4
Eslôvquia	3	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	1
Eslôvênia ⁶	2	4	4	4	2	4	4	4	4	2	2	2
Ucrânia	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	3	3

Nota:

Classificação dos países europeus (1 = países com envolvimento médio mais alto; 4 = países com o envolvimento médio mais baixo; 2 e 3 = países com notas intermediárias)

⁶ Países com GP mantendo posição de organizador da porta de entrada do sistema de atenção em saúde

¹ Reuniões regulares uma vez ao mês, pelo menos

² GP que visitam seus pacientes hospitalizados

³ GPs envolvidos em serviços vespertinos, noturnos e finais de semana

⁴ GP mantendo registros médicos de rotina atualizados para (quase) todos os pacientes atendidos

Fonte: Boerma *et al.* (1997), Boerma *et al.* (1998).

Quadro 2.C Médico de Família e Comunidade: equipamento médico e serviços de diagnóstico; satisfação do trabalho

País	Equip. médicos e instal. de diagnósticos			Satisfação emp.
	Equipamento médico ¹	Raio- X ²	Lab. ²	Trab. tem sentido ³
Sistemas de saúde financ. c/ tributos				
Dinamarca ^G	1	3	3	3
Finlândia	1	1	1	4
Grécia	3	2	2	2
Islândia ^G	1	1	1	1
Itália ^G	4	2	2	4
Noruega ^G	1	4	4	1
Portugal ^G	3	4	4	4
Espanha ^G	3	2	3	3
Súécia	1	1	1	2
Reino Unido ^G	2	1	1	4
Sistemas seguridade social				
Áustria	2	4	4	1
Bélgica	2	1	1	3
França	2	2	2	2
Alemanha	1	4	3	1
Irlanda ^G	2	1	1	2
Luxemburgo	2	3	3	2
Países Baixos ^G	1	1	1	4
Suíça	1	4	4	1
Turquia	3	3	3	3
Países em transição				
Bulgária	2	3	3	4
Croácia ^G	3	4	3	1
República Tcheca	4	4	4	2
Estônia	2	3	2	3
Hungria	3	3	3	2
Letônia	2	3	3	1
Lituânia	1	1	1	4
Polónia	4	4	4	3
Romênia	4	2	2	4
Eslovaquia	3	2	3	1
Eslovênia ^G	2	3	1	3
Ucrânia	4	2	2	3

Nota: Classificação dos países europeus (1 = países com as médias mais altas; 4 = países com as médias mais baixas; 2 e 3 países com médias intermediárias)

Fontes: Boerma *et al.* (1997), Boerma *et al.* (1998).

¹ Equipamentos médicos sendo usados de uma lista com 25 itens.

² Instalações de raios-X/laboratoriais dentro da clínica ou externos com resultados em 48 h.

³ % GP discordando com: "Algumas partes do meu trabalho não têm sentido".

⁴ Países com GP com uma posição de mediador.

Referências

Aguzzoli, F., Aligon, A., Com-Ruelle, L. and Frerot, L. (1999). *Choisir d'avoir un médecin référent. Une analyse réalisée à partir du premier dispositif mis en place début 1998 [Choosing to have a gatekeeper. An analysis, starting from the first mechanism established in 1998]*. Paris: CREDES.

Alban, A. and Christiansen, T. (1995). *The Nordic Lights; New Initiatives in Health Care Systems*. Odense: Odense University Press.

Algera, M., Francke, A.L., Kerkstra, A. and Van der Zee, J. (2003). An evaluation of the new home care needs assessment policy in the Netherlands, *Health and Social Care in the Community* 11(3): 232–241.

Anderson, G.F. (1998). *Multinational Comparisons of Health Care. Expenditures, Coverage and Outcomes*. Baltimore: Johns Hopkins University, Center for Hospital Finance and Management (http://www.cmwf.org/usr_doc/Anderson_multinational.pdf, accessed 18 February 2005).

Arnoudova, A. (2005). *10 Health Questions about the 10*. Copenhagen: World Health Organization (http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/InformationSources/Publications/Catalogue/20040607_1, accessed 18 February 2005).

Belien, P. (1996). Health care reform in Europe, *Pharmacoeconomics* 10 (Supplement 2): 1994–1999.

Blanpain, J.E. (1994). Health care reform: the European experience, in Institute of Medicine (ed.) *Changing the Health Care System: Models from Here and Abroad*. Washington, DC: Institute of Medicine.

Boerma, W.G.W. (2003). *Profiles of General Practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners*. Utrecht: NIVEL (dissertation).

Boerma, W.G.W. and Fleming, D.M. (1998). *The Role of General Practice in Primary Health Care*. Norwich: WHO Europe/The Stationary Office.

Boerma, W.G.W., Groenewegen, P.P. and Van der Zee, J. (1998). General practice in urban and rural Europe; the range of curative services, *Social Science and Medicine* 47: 445–453.

Boerma, W.G.W., Van der Zee, J. and Fleming, D.M. (1997). Service profiles of general practitioners in Europe, *British Journal of General Practice* 47: 481–486.

Bundesministerium fur Frauen, Jugend und Gesundheit (2000). *Gesundheitsreform 2000 [Health Care Reform]*. Berlin: Bundesministerium fur Frauen, Jugend und Gesundheit.

Chinitz, D., Wismar, M. and Le Pen, C. (2004). Governance and (self-)regulation in social health insurance systems, in R.B. Saltman, R. Busse, and J. Figueras (eds) *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Berkshire: Open University Press/McGraw-Hill Education.

De Jong, J.D., Groenewegen, P.P. and Westert, G.P. (2003). Mutual influences of general practitioners in partnerships, *Social Science and Medicine* 57(8): 1515–1524.

- Dixon, A. and Mossialos, E. (2001). Funding health care in Europe: recent experiences, in T. Harrison and J. Appleby, *Health Care UK*. London: King's Fund.
- Dixon, A., Langenbrunner, L. and Mossialos, E. (2004). Facing the challenges of health care financing, in J. Figueras, M. McKee, J. Cain and S. Lessof (eds) *Health Systems in Transition: Learning from Experience*. Copenhagen: World Health Organization/ European Observatory on Health Systems and Policies.
- Dubois, C-A., McKee, M., and Nolte, E. (2005, forthcoming). *Human Resources for Health in Europe*. Berkshire/New York: Open University Press/McGraw-Hill Education.
- Evans, R.G. (1981). Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health-care industry, in J. Van der Gaag and M. Perlman (eds) *Health, Economics and Health Economics*. Amsterdam: North Holland Publishing Company.
- Fedullo, E., Jansone, A. and Ignatenko, E. (2004). Innovative home care and hospice. Cross partnerships in Russia and Latvia, *Caring* 23(1): 22–25.
- Forrest, C.B. and Starfield, B. (1996). The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures, *Journal of Family Practice* 43: 40–48. Furuholm, C. and Magnussen, J. (2000). *Health Care Systems in Transition: Norway*. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies. Goicoechea, J. (1996). *Primary Health Care Reforms*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Gupta, N., Diallo, K., Zurn, P. and Dal Poz, M. (2002). Human resources for health: an international comparison of health occupations from labour force survey data. Syracuse, NY: Syracuse University [Luxembourg Income Study Working Paper Series, No. 331].
- Helman, C.G. (1998). *Culture, Health and Illness*. Oxford: Reed Educational and Professional Publishing.
- Hobbs, R.H. (1995). Emerging challenges for European general practice, *European Journal of General Practice* 1: 172–175.
- Hutten, J.B.F. and Kerkstra, A. (1996). *Home Care in Europe. A Country Specific Guide to its Organisation and Financing*. Aldershot: Arena Ashgate Publishing Ltd.
- Jepson, G.M.H. (2001). How do primary health care systems compare across Western Europe? *Pharmaceutical Journal* 267: 269–273.
- Lagasse, R., Desmet, M., Jamouille, M. et al. (2001). *European Situation of the Routine Medical Data Collection and their Utilisation for Health Monitoring*. Brussels: Université Libre de Bruxelles.
- Le Grand, J., Mays, N. and Mulligan, J.A. (eds) (1998). *Learning from the NHS Internal Market: A Review of the Evidence*. London: King's Fund.
- Marrée, J. and Groenewegen, P.P. (1997). *Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition*. Aldershot: Avebury.
- McKee, M. and Healy, J. (2001). The changing role of hospitals in Europe: causes and consequences, *Clinical Medicine* 1(4): 299–304.
- Niemelä, J. (1996). *Health Care Systems in Transition: Finland*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- OECD (1992). *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Paris: OECD.
- OECD (1995). *New Directions in Health Care Policy*. Paris: OECD. OECD (2000). *OECD Health Data 2000*. Paris: OECD.

OECD (2004). *OECD Health Data 2004: A Comparative Analysis of 30 Countries*. Paris: OECD (first edition).

OHE (2000). *12th Compendium of Health Statistics*. London: Office of Health Economics (OHE).

Parry-Jones, B. and Soulsby, J. (2001). Needs-led assessment: the challenges and the reality, *Health and Social Care in the Community* 9(6): 414–428.

Preker, A.S., Jakab, M. and Schneider, M. (2002). Health financing reforms in central and eastern Europe and the former Soviet Union, in E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras and J. Kutzin (eds) *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press.

Reinhardt, U., Hussey, P. and Anderson, G.F. (2002). Cross-national comparisons of health systems using OECD data, *Health Affairs* 21(3): 169–181.

Rosser, W.W. and Van Weel, C. (2004). Research in family/general practice is essential for improving health globally, *Annals of Family Medicine* 2 (s2–s4) (http://www.annfammed.org/cgi/content/full/2/suppl_2/s2, accessed 16 March 2005).

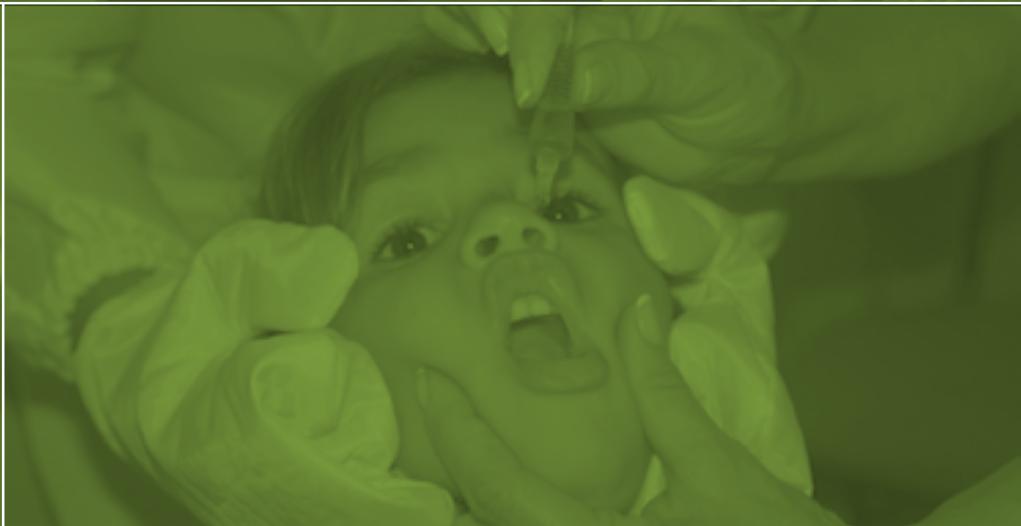
Saltman, R.B. and Von Otter, C. (1992). *Planned Markets and Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health Systems*. Philadelphia: Open University Press. Schellevis, F.G., Westert, G.P., De Bakker, D.H. et al. (2004). Nog altijd poortwachter. Rol en positie van huisartsen opnieuw in kaart gebracht [Still being a gatekeeper. Role and position of GPs mapped again], *Medisch Contact* 59(16): 622–625.

Tjassing, H., Kling, T., Janssens, P., Van Gorp, J., Bramall, J. and Bowman, A. (1998). Home care business opportunities in Europe, *Caring* 17(9): 53–57.

Vehviläinen, A.T., Kumpusalo, E.A. and Takala J.K. (1996). A list system can help to reduce the proportion of out of hours referrals for male patients, *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 14: 148–151.

Vladu, V. (1998). Home care in Romania: a whole new concept, *Caring* 17(R): 36–37. White, K., Williams, T.F. and Greenberg, B.G. (1961). The ecology of medical care, *New England Medical Journal* 265: 885–892.

WHO (2004). *WHO European Health for All Database*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, June.





capítulo três

Alteração das condições
para a reforma estrutural
na atenção primária

Wienke G. W. Boerma and Ana Rico



Introdução

As décadas de 1970 e 1980 testemunharam muitas tentativas dos países europeus para reforçar a integração entre os serviços de atenção primária e melhorar a coordenação entre os especialistas e setor hospitalar e com serviços sociais. Essas tentativas demonstraram que há espaço para a experimentação e o desenvolvimento de novas iniciativas, produzindo uma vasta experiência sobre as opções políticas possíveis para solucionar os problemas bem conhecidos como a pobre coerência entre os serviços da atenção primária. Naquele momento, a operacionalização desses desejos de mudança nos sistemas de saúde não foi muito além da execução das atividades por parte de idealistas motivados. Entretanto, desde a década de 1990, uma nova divisão de papéis e novos mecanismos de governança se combinaram, para alterar o caráter de organização da atenção em saúde. Novas abordagens que busquem fortalecer a importância da atenção primária precisam considerar essas alterações como parte da crescente complexidade e diversidade na atenção em saúde.

Regular a atenção em saúde e realizar reformas é complexo, dependendo muito da motivação de diversos profissionais que operam o sistema de atenção em saúde. O contexto de governança de saúde não é só altamente específico em cada país, mas também está em constante mudança. Cada vez mais os governos tendem a abster-se de envolvimento direto no financiamento e na provisão da atenção em saúde. No campo da regulamentação, os governos estão deixando os detalhes para as autoridades de nível inferior ou a outras partes da atenção em saúde. Mas os governos só podem fazer essa alteração de rumo, na medida em que outros gestores são capazes de assumir as funções de compensação.

Provavelmente mais do que em outros setores da atenção em saúde, as alterações na atenção primária são difíceis de alcançar. Como vimos, as unidades que prestam atenção primária são geralmente numerosas e pequenas. Além disso, muitas disciplinas estão envolvidas, cada uma com suas experiências profissionais e *status* de emprego. A melhoria da coordenação e continuidade da atenção numa situação complexa como essa exige a combinação de instrumentos políticos e a participação de autoridades, financiadores e organizações profissionais em diferentes níveis. Esse capítulo analisa os tipos de ferramentas disponíveis para realizar as reformas necessárias e que influenciam a evolução recente da governança no setor da saúde. Ele também discute o que significa para a atenção primária saúde ser responsável e quais os requisitos necessários para seu efetivo fortalecimento.

Ferramentas de reforma para a atenção primária

No que diz respeito às organizações da atenção à saúde, a governança é compartilhada por gestores e profissionais de saúde, em diferentes graus, nos diversos países, setores e períodos de tempo. Como no caso da governança do sistema de saúde, a tendência nas últimas décadas tem sido menos no sentido de “comando-e-controle”, centrada em abordagens de gestão, e mais para “direcionar e canalizar”, abordando a governança clínica. A governança organizacional é fortemente influenciada pelo ambiente regulatório e financeiro, e os gestores operam dentro dele: autoridades centrais, regionais e locais, organismos de financiamento, as organizações profissionais e pacientes e trabalhadores individuais da saúde. A regulação para uma atenção primária eficaz, incluindo seus potenciais de coordenação e de continuidade, merece atenção especial. Tais sistemas de atenção primária não surgem espontaneamente, num ambiente de não regulação e/ou normatização. . Ao contrário, o sistema deve ser financiado, planejado e regulado, em diferentes níveis, de tal modo que os serviços e profissionais de atenção primária estejam dispostos e aptos a assumir as responsabilidades pela saúde da população que lhes são atribuídas (Groenewegen *et al.*, 2002). Experiências em vários países têm demonstrado que tais abordagens não são incompatíveis com as tendências atuais de maior liberdade contratual entre os prestadores e compradores, mais poder orçamentário para profissionais de atenção primária (por exemplo, para serviços particulares de atenção secundária) ou a privatização da atenção primária.

Governança das organizações da atenção em saúde

Em termos organizacionais, a governança pode ser definida como a combinação de duas tarefas: (a) a tomada decisão (também chamada coordenação), e (b) a garantia da obediência às diretrizes e protocolos firmados (motivação e controle). Tomada de decisão organizacional consiste em dividir tarefas entre as unidades, e reintegrá-las através de uma coordenação. A governança é operada com sucesso, quando os objetivos pessoais e organizacionais são reconciliados, e os agentes estão efetivamente executando as tarefas acordadas. A obediência individual ao acordado pode acontecer por meio da motivação (quando os agentes percebem tarefas como benéficas ou úteis), ou do controle (quando a execução de tarefas pode ser imposta pelos gestores) ou uma combinação de ambos.

A governança organizacional pode ser concebida por meio de três mecanismos: mercados, hierarquias e redes (Williamson, 1985). Em relação ao mercado, o mecanismo central de coordenação são os preços, com o pressuposto de que exista uma difusão espontânea de informações sobre os custos, produtos e inovações. A motivação nos mercados é alcançada principalmente por meio de incentivos financeiros.

Nas hierarquias, a coordenação é alcançada principalmente pelo uso de planos, rotinas e protocolos desenhados por aqueles que ocupam o topo da escala de hierarquias da organização, pelos gerentes ou gestores. Na hierarquia o meio para garantir a obediência é o uso do poder hierárquico efetivado pelos gestores e, finalmente, a ameaça de demissão. Nas redes (também chamada *cooperação*), a coordenação é realizada por meio de interação entre gestores interdependentes, como por exemplo, a negociação, ou tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e conteúdo das tarefas. Os meios para realização da obediência nas redes são menos simples do que em mercados e hierarquias, pois as redes dependem fortemente de adesão voluntária às normas sociais (confiança, reciprocidade). O controle social informal desempenha um papel muito importante: o medo da perda de reputação, por um lado, e as ameaças de exclusão da rede, por outro.

Quando a aplicabilidade dessas noções à atenção primária é examinada, convém notar que as suas características, tanto pelo lado da demanda quanto pelo da oferta, tornam-na uma indústria atípica, em que nem todos os modelos de governança e coordenação são igualmente adequados (Webb, 1991; Scharpf, 1994). Coordenação baseada no mercado é adequada para certos fins e sob condições estritas, mas os mecanismos de preços não são eficazes, tendo em vista a concorrência imperfeita e de assimetria de informação. Essas falhas de mercado deverão ser compensadas por uma regulação estatal complementar. Além disso, a concorrência em uma estratégia de mercado não deve inibir o trabalho conjunto necessário entre os concorrentes. Um obstáculo para a coordenação hierárquica é o fluxo de informações. Os níveis mais altos nas hierarquias têm dificuldade em obter acesso às informações dos níveis mais baixos. Além disso, a divisão de trabalho na hierarquia tende a ser rigorosa e bastante rígida, resultando na criação de unidades organizacionais relativamente independentes entre as quais a interação é difícil. Sempre que a coordenação entre unidades organizacionais hierárquicas ocorre, parece ser resultante de interações de rede. O setor público é um ambiente favorável para estruturas de rede, devido à sua relativa estabilidade e normas sociais compartilhadas (Webb, 1991; Scharpf, 1994).

Abordagem multinível

Para a construção de mecanismos de governança de rede, estratégia que é para o fortalecimento da atenção primária, a regulamentação (e particularmente a autorregulação) é necessária em diferentes níveis. No nível do sistema (nacional), o alcance dos serviços prestados na atenção primária é definido por meio de normas governamentais, incentivos e padrões. As organizações profissionais, autoridades regionais e seguradoras de saúde desempenham, cada uma segundo suas possibilidades, um papel de direção em nível intermediário. Ao menor nível,

o comportamento dos profissionais pode ser influenciado por mecanismos de controle social e orçamentário, por exemplo, no âmbito das práticas de grupo (Groenewegen *et al.*, 2002).

A governança na atenção primária, ou pelo menos entre as disciplinas, geralmente é baseada em formas de autorregulação e mecanismos de interação de rede. A organização de profissionais (médicos) em diferentes níveis desempenha um papel importante no desenvolvimento de normas e mantém adesão. Na prática, grupos de colegas servem como o último elo na cadeia de controle social. O controle entre colegas, por exemplo, em parcerias, tem sido tradicionalmente o modo predominante de coordenação, mesmo dentro dos sistemas de saúde com as estruturas de governança hierárquica tais como as de tipo “Serviço Nacional de Saúde” (Goddard *et al.*, 2000). Na verdade, os GPs em relações de parcerias são mais similares em seu comportamento e, em menor medida, em suas atitudes, do que os GPs que não trabalham em tais grupos. Essa convergência parece estar relacionada à seleção de grupos de pares e às circunstâncias práticas (por exemplo, a disponibilidade de internação especializada). Assim, as variações na prática médica são moldadas por processos sociais, nas parcerias e em práticas grupais, e pelas circunstâncias locais (De Jong *et al.*, 2003).

Usar a interação social de grupos de pares parece ser uma estratégia efetiva de melhoria de qualidade, mais do que apenas oferecer retroalimentações (feedbacks) fora desse contexto educacional (Verstappen *et al.*, 2004). Embora os processos de interação social entre pares também possam ter influências pouco positivas na qualidade dos serviços, parcerias e práticas grupais devem ser valorizadas pelas oportunidades que elas oferecem de efetivar o tipo de coordenação de rede. Considerando que a Medicina de Família e Comunidade é, em muitos países, realizada principalmente de forma individual, os incentivos para a fusão das práticas seria um bom passo no sentido de melhores condições para a coordenação de atenção primária. O próximo passo seria apoiar, por meio de estruturas regionais e nacionais, estratégias que facilitassem a efetiva avaliação e revisão por grupos profissionais pares. ,

O papel das profissões

Os profissionais médicos estão aptos a fazer os mecanismos de coordenação cooperativa funcionarem, dado o seu processo comum de socialização (através da educação médica), a alta importância da reputação, e seu sistema de valores compartilhados. Após a graduação, a convivência com os seus pares e associações profissionais é valiosa para a manutenção desse processo, pelo estabelecimento de normas internas e a defesa dos interesses da profissão em relação a outras profissões, o governo, as seguradoras de saúde ou outros atores intervenientes na área da saúde.

Em muitos países, a supervisão da qualidade dos serviços têm, em certa medida, sido delegada a organismos que congregam os profissionais médicos. Exemplo disso é a manutenção da disciplina médica e regulação dos procedimentos de credenciamento e reconhecimentos. A autorregulação, que se encaixa bem na descentralização, poderá ser mais abrangente e ampliar as iniciativas de garantia de qualidade. A Holanda, com seu “modelo Polder”, é um país onde as organizações profissionais que tem um papel relativamente forte de autorregulação. A acreditação da educação continuada médica e o relicenciamento dos GPs a cada cinco anos foram delegados ao conselho profissional. O Colégio Holandês de GP tem sido ativo em pesquisa aplicada e comprometeu-se em muitas iniciativas de garantia de qualidade. Por exemplo, uma ferramenta prática para visitação mútua foi desenvolvida e implantada. . As informações produzidas a partir dessas visitas práticas voluntárias resultaram em alterações marcantes na gestão do trabalho do GP visitado (Van den Hombergh *et al.*, 1999). O desenvolvimento de padrões profissionais ou protocolos é outro exemplo. Em alguns países, organismos nacionais produzem esses padrões, como o Instituto Nacional de Excelência Clínica (INEC) do Reino Unido. No ambiente holandês de poder compartilhado, o desenvolvimento de protocolos e padrões tem sido realizado de forma exitosa pelo Colégio Holandês de GP. Constituído com subsídios do governo, desde o início de 1990 o Colégio produziu um vasto conjunto de diretrizes baseadas em evidências, cada uma delas desenvolvidas por GP e para o benefício dos GPs; desenvolvidas de maneira central, com a aplicabilidade testada por GP e implementadas localmente. A implantação de protocolos tem recebido muita atenção; avaliações mostram que a abordagem em multiníveis com amplo apoio e mecanismos de retroalimentação (feedbacks) é mais eficaz para a aceitação e adoção das orientações neles contidas (Grol, 1993; Grol e Grimshaw, 2003). A estratégia de divulgação e implantação das organizações profissionais geralmente difere da abordagem utilizada por organismos independentes. As organizações profissionais, como as Faculdades de GP, enfatizam a implantação e a aceitação de protocolos mais do que as agências nacionais (Burgers *et al.*, 2003; Hutchinson *et al.*, 2003).

Contra o mérito da melhoria de qualidade através de acordos de cooperação autorregulados, uma série de limitações e deficiências deve ser mencionada. Em primeiro lugar, seu escopo é limitado às fronteiras de cada disciplina; a coordenação interdisciplinar pode ser um assunto para a melhoria, por exemplo, com orientações médicas “transmural”, mas provavelmente vai manter-se excepcional, sobretudo entre médicos e disciplinas não-médicas. A cooperação baseada na autorregulação pode aumentar ainda mais o direcionamento interno e não resulta necessariamente em uma coordenação mais eficiente no sistema de escala (Scharpf, 1994). Alguns dos obstáculos para uma coordenação eficaz, no âmbito das organizações em rede

são especialmente importantes na área da saúde, como: o arranjo em rede desconsidera os aspectos percebidos como menos relevantes (por exemplo, custos); há desconfiança dos agentes fora da própria rede (por exemplo, outras profissões, incluindo agentes de saúde), e estão mais investidos de poder de coordenação na rede os seus membros com maior prestígio (por exemplo, especialistas *versus* Médicos de Família e Comunidade) (Grundmeijer, 1996; Vehviläinen *et al.*, 1996; Somerset *et al.*, 1999). Outra limitação é o caráter informal dessa modalidade, o que cria condições precárias de prestação de contas e a não melhoria de coordenação de uma forma estrutural. No entanto, se complementada por incentivos externos e gestão forte, a cooperação se torna menos informal e pode ganhar maior eficácia. Os organismos profissionais também têm um papel importante a desempenhar na política de saúde. Muitas das desvantagens da administração de rede podem ser atenuadas ou compensadas por uma regulamentação adequada e mecanismos de financiamento. A cooperação entre o Estado e as associações profissionais de atenção primária é fundamental para que os mecanismos adequados sejam implementados com a garantia de adesão por parte dos profissionais. Para os profissionais da atenção primária obterem alguma vantagem frente aos colegas do hospital, associações profissionais de atenção primária poderosas e politicamente mobilizadas são essenciais. Nos países em que as associações de atenção primária são fortes, a sua participação na formulação de políticas é mais ativa, contribuindo para a construção de políticas que futuramente reforçarão ainda mais a atenção primária (Rico *et al.*, 2003).

O contexto da reforma

Durante a década de 1990, o campo de atenção primária na Europa assistiu a ricas experimentações e várias mudanças organizacionais. Em certa medida, a diversidade de estratégias de reforma refletiu as características específicas do campo de atenção primária, como a diversidade funcional e estrutural observada nos capítulos Um e Dois. No entanto, a diversidade de abordagens também era relacionada à alteração dos paradigmas políticos no setor da saúde. Consideradas a partir da perspectiva do fortalecimento da atenção primária, tanto internamente quanto na relação com os outros níveis de atenção, as iniciativas de reforma podem ser categorizadas em três grandes grupos de estratégias (Rico *et al.*, 2003):

- (1) reformas que aumentem o poder de atenção primária (como comprador ou coordenador) em relação a outros níveis de atenção;
- (2) reformas direcionadas à ampliação de portfólio dos serviços de atenção primária (como provedor); muitas vezes esses serviços são transferidos de outros níveis de cuidados;
- (3) reformas lidando com elementos de suporte (recursos e sistemas de controle), que são necessárias para promover um papel mais forte para a atenção primária.

As duas primeiras estratégias afetam a divisão de tarefas na área da saúde. A primeira implica uma extensão de poder de coordenação ao nível da interface; os serviços de atenção secundária tornam-se subordinados à atenção primária. A redistribuição de tarefas, na segunda estratégia, pode resultar na melhoria da coordenação entre os serviços existentes e os novos serviços dentro do nível de atenção primária. Os elementos de suporte, tais como medidas para melhorar a colaboração e trabalho em equipe na atenção primária e outros recursos organizacionais são essenciais, mas são particularmente eficazes quando combinados com as medidas dos outros dois grupos.

Combinação de governança

O papel do Estado nos cuidados de saúde difere de país para país, variando num contínuum desde posições mais fortes (“comando-e-controle”) a relativamente fracas (formas de “direcionar e canalizar” a regulação) (Saltman e Busse, 2002; Van der Zee *et al.*, 2004). Nas décadas de 1980 e 1990 o domínio do Estado nos cuidados de saúde diminuiu em favor das diversas opções de direção e canalização. O extremo de “comando-e-controle”, onde o governo central tem o poder total sobre a regulação, o financiamento e a oferta de atenção em saúde, está se tornando cada vez mais incomum. Sempre que a autoridade do Estado nos cuidados de saúde é compartilhada, por exemplo, com as autarquias locais ou regionais, é denominado de descentralização. Através da descentralização, as circunstâncias regionais e locais podem ser mais bem conhecidas e são incorporadas na formulação de políticas e na tomada de decisões. O poder também pode ser compartilhado com organizações não-governamentais (ONG) ou órgãos semi-estatais, tais como fundos de seguros de saúde ou associações profissionais. Esse tipo de delegação de poder é chamado de autorregulação. As vantagens de autorregulação incluem um forte compromisso com suas próprias regras, bem como os baixos custos administrativos. A privatização se aplica a situações em que determinadas tarefas, geralmente a prestação de serviços, são transferidas do setor público para o privado. Nos sistemas de seguro social a atenção primária é normalmente fornecida na forma privatizada. A privatização da prestação do serviço normalmente requer uma maior fiscalização externa de qualidade. Essa inspeção da prestação de serviço privado não está, necessariamente, nas mãos do Estado. A tarefa de avaliação externa regular de qualidade dos serviços, com base nas normas estabelecidas, que é o credenciamento ou licenciamento, também pode ser realizada por agências independentes (Saltman and Busse, 2002).

A participação estatal relativamente forte era tradicionalmente encontrada nos sistemas baseados na captação de impostos para investimento na prestação de serviços gratuitos a toda população. No entanto, mesmo nesse modelo é possível a coexistência da clínica

privada, por exemplo, através de GP que trabalham sob contrato dentro do sistema, ou paralelo ao sistema, no setor privado. Nos sistemas de seguridade social, originalmente, o Estado tinha um papel mais facilitador, por exemplo, harmonizando os arranjos existentes da atenção em saúde; como a delegação dos cuidados de saúde a instituições privadas e prestadores de serviços (geralmente sem fins lucrativos), contratados pelos “fundos de doenças”. Atualmente é cada vez mais difícil posicionar os sistemas de saúde com base nessa dicotomia simples, pois a natureza e a extensão das relações entre os agentes mudaram muito. Os países com sistemas financiados com recursos fiscais têm experimentado com as mudanças promovidas pelas alterações nos padrões de consumo dos cidadãos e na responsabilidade o incentivo à concorrência entre os fornecedores e o aumento dos recursos para os cuidados em saúde. O NHS britânico já não é o modelo puro de sistema público de saúde que costumava ser, e com a concorrência introduzida pelos “fundos de doença” os sistemas de seguro social de saúde tiveram seu caráter alterado. Em muitos países, durante as últimas décadas, o controle gerencial e os mecanismos de mercado reduziram o poder tradicional das profissões, no entanto organizações profissionais mais sérias passaram a desempenhar novos papéis, centrados na autorregulação. Na Europa Central e Oriental, as reformas incluíram a introdução de profissionais independentes, novos modos de financiamento e pagamento com incentivos para estimular a oferta de serviços específicos, bem como participação na formação médica continuada (Dixon e Mossialos, 2001).

A governança no sistema de saúde

Embora haja alguma semelhança entre os temas gerais dos programas de reformas em diferentes países, isso não resulta necessariamente em sistemas de atenção em saúde nem em estruturas de governança semelhantes. As agendas de reforma têm influências comuns de organizações internacionais como o Banco Mundial, a OCDE e a União Europeia, mas os detalhes de implantação refletem as diferenças estruturais dos países. A convergência é desafiada por uma tendência oposta ao aumento de poder em nível regional (Defever, 1995).

A pergunta é se determinados tipos de sistemas de saúde são mais favoráveis que outros na produção de uma atenção primária mais forte. Como vimos, a atenção primária é bem desenvolvida tanto no Reino Unido como nos Países Baixos, mas a governança nos cuidados de saúde nesses países não é facilmente comparável. No centralizado NHS britânico, o governo ocupa uma posição relativamente forte, enquanto a tomada de decisões no contexto holandês é determinada através de negociação, consenso e compromisso entre os gestores. Ainda que a decisão parece ser mais forte no modelo centralizado, tendo em vista, por exemplo, o maior sucesso do Reino Unido na reestruturação da Medicina de Família

e Comunidade grupal e, posteriormente, na década de 1990, o êxito na implantação de reformas pró atenção primária que agrupamos na categoria 1: a introdução de regimes de fundo de investimento, que mais tarde seriam substituídos pelo Grupo de Atenção Primária e Confiança, menos orientado para o mercado. Em contraste, a política holandesa que promoveu a integração de centros de saúde de atenção primária não foi muito bem-sucedida, os aspectos fundamentais da reforma de Dekker nunca foram implantados e nesse momento é difícil fortalecer o papel operacional dos fundos de seguro saúde nos Países Baixos (Boerma, 1989; Schut e Doorslaer, 1999). A Suécia, com um sistema baseado em impostos e no controle público e na prestação de serviços, implantou importantes reformas na década de 1990. O regime da Escolha do Paciente e Garantia da Atenção proporcionou a concorrência entre hospitais e resultou em uma redução das grandes listas de espera naqueles dias. A reforma do Médico de Família permitiu que os GPs trabalhassem na iniciativa privada e os pacientes pudessem escolher o seu médico de família, quer no setor privado quer na policlínica. Essa reforma, bem como outras medidas de reforma pró-competitividade, foi interrompida em 1994, quando os Social-Democratas retornaram ao poder (Harrison e Calltorp, 2000; Quaye, 2001).

O sistema alemão, que faz parte do grupo de Seguridade Social e Saúde, é uma federação com poderes partilhados entre o governo central, dos estados federados e órgãos sociais não-governamentais (por exemplo, as associações médicas e da cúpula dos – centenas – fundos de saúde). A tomada de decisão é bastante distinta entre as diferentes partes do sistema de atenção médica, com instituições empresariais particularmente poderosas setores ambulatoriais e de atenção primária. O Governo alemão não melhorou a posição dos médicos de família nos cuidados primários, que ainda é dominado pelos ambulatórios médicos especializados, e tem sido difícil a introdução de uma função de organizador do sistema aos GPs (Busse, 1999, Wendt *et al.*, 2004). Na França, o atendimento ambulatorial é fornecido pelos GPs e médicos especializados estabelecidos no âmbito privado; o atendimento de internação é prestado no âmbito público e o financiamento é assegurado através de seguro social de saúde. Políticas de acesso racional aos cuidados e ao consumo de medicamentos têm sido difíceis de implementar. Durante a década de 1990, houve tentativas iniciais de controle de demanda e melhoria na qualidade do atendimento, por exemplo, pela implantação voluntária de registros de saúde do paciente (*carnet de santé*) e da recomendação de médicos, uma espécie de sistema referenciamento (*médecins référents*) (Lancry e Sandier, 1999). Em 2005, no entanto, foi compulsoriamente implantado um sistema de regulação da entrada no sistema e de referenciamento. (Saltman e Dubois, 2005).

É plausível pensar que os sistemas centralizados poderiam avançar nas reformas estruturais mais facilmente, enquanto os processos de reforma nos países de “poder compartilhado” podem avançar de forma mais incremental (Saltman e Figueras, 1997), mas esses exemplos não fornecem um apoio decisivo a essa hipótese. Usar dicotomias, tais como arranjo central *versus* arranjo descentralizado ou estatal *versus* de mercado soa demasiado simplista. Em geral, a introdução de elementos de mercado alterou o papel dos governos em todos os sistemas de saúde. As fronteiras entre o setor público e o setor privado parecem borradas e/ou fluidas; no entanto, a adoção de abordagens privadas e/ou vinculadas ao setor privado só é compatível com a suficiente regulação governamental, que salvguarde os princípios da equidade e da solidariedade. O papel do Estado mudou, embora não tenha sido reduzido. A combinação adequada de governança exige um equilíbrio entre regulação e o espírito empresarial (Defever, 1995; Saltman e Busse, 2002). Outra razão por que a classificação tradicional dos sistemas de saúde de acordo com as condições que apresentam reforma da saúde vem perdendo terreno é o uso de boas práticas internacionais no redesenho dos modelos de organização e gestão das políticas de saúde (Wendt *et al.*, 2004). No financiamento há uma alteração geral do público para o privado; em ambos os tipos de sistema: baseados em impostos e em seguridade social há um crescimento contínuo de gastos com a atenção à saúde privada. Na regulação, os sistemas de atenção à saúde tendem a confiar mais em mecanismos de coordenação “incomuns”. Os países com modelo de seguridade social, por exemplo, tem implementado mecanismos de gestão das portas de entrada ao sistema que costumavam estar associados aos sistemas baseados em impostos. Com a introdução de um mercado interno no NHS, o governo britânico reduziu a regulação direta e aumentou o papel da concorrência.

Alteração de prioridade

Na década de 1990, o foco da política de saúde foi a contenção de custos, por meio da fixação de tetos orçamentários, limites máximos de despesas e, em alguns países, da introdução de mecanismos de mercado (Saltman e Busse, 2002). Era esperado que a coordenação e a coerência entre os serviços e níveis de atenção também se beneficiassem dessas medidas. No final dos anos 1990, essas expectativas acabaram se revelando demasiado otimistas (Goddard *et al.*, 2000; Rico *et al.*, 2003). No entanto, um fenômeno interessante pode ser observado em alguns países, onde as políticas pró-concorrência prevaleceram. Um comportamento cooperativo desenvolveu-se entre as organizações de atenção em saúde, ao invés de um comportamento competitivo, a fim de enfrentar os problemas relacionados à má coordenação (Goddard e Mannion, 1998; Harrison e Calltorp, 2000). Genericamente, entre os profissionais de saúde e os cidadãos, a crença no potencial dos mecanismos de

mercado tem sido reduzida e países que anteriormente endossavam as reformas baseadas no mercado já começaram a abrir espaço para políticas pró-cooperação (Busse, 2000, Harrison e Calltorp, 2000, Robinson e Dixon, 2000; Donatini *et al.*, 2001).

Rumo a um novo arranjo da atenção

A tentativa de formalizar as redes informais parece ser contraditória. Uma redução do caráter informal, transferindo o poder de coordenação e recursos para uma entidade diretiva pode despertar desconfiança e, portanto, afetar negativamente a motivação dos membros. Ainda que, o interesse em novas formas de “cooperação gerenciada”, com um possível papel de coordenação de atenção primária, está crescendo. No entanto, a experiência passada nos ensinou que os regimes informais e voluntários não são suficientes para esse fim. O desafio é projetar e implantar instrumentos políticos que promovam a cooperação e integração no âmbito da atenção primária e entre os diferentes níveis de cuidados, e se baseiem num conjunto inovador e equilibrado de soluções que articule aspectos dos princípios de mercado, e medidas mais tradicionais e hierárquicas, dando alguma liberdade de decisão aos prestadores de atenção em saúde.

Cultura da responsabilização

O desenvolvimento de um conjunto de instrumentos técnicos e políticos pode não ser suficiente. Há necessidade de produzir transformações na cultura dos sistemas, serviços e profissionais de saúde. Isso pode ser feito com “noções implícitas de qualidade, com base na filosofia de que a existência de recursos humanos bem treinados, boas instalações e equipamentos significa elevados padrões”. Novas formas de liderança poderiam fortalecer o trabalho em equipe, criar uma cultura aberta e indagadora, e assegurar que a governança clínica continue a ser uma parte de todos os serviços clínicos (Halligan e Donaldson 2001). Na verdade, o lançamento do programa de governança clínica do NHS britânico, que reúne uma série de iniciativas para melhoria de qualidade, suscitou grandes expectativas. A governança clínica surgiu em 1998, como uma reação a uma série de escândalos médicos no Reino Unido, mas também como uma reação à situação na atenção primária, onde alguns prestadores de serviço e/ou profissionais foram capazes de assegurar uma ampla gama de procedimentos ou um acesso mais rápido para seus pacientes do que de outros. A governança clínica não foi apenas destinada à melhoria de qualidade, mas também para garanti-la (Baker, 2000). A governança clínica conecta-se a atividades tais como auditoria, saúde baseada em evidências, o desenvolvimento contínuo do profissional, procedimentos de avaliação de riscos, relatórios de incidentes críticos e sistemas para identificar e ajudar os profissionais que não atuam bem. O esquema foi lançado como uma inovação organiza-

cional, que exige uma alteração cultural no setor de saúde e os agentes sênior do Grupo de Atenção Primária e Confiança parecem concordar com essa perspectiva. Eles consideravam a necessidade de uma maior responsabilização como um dos aspectos mais importantes (Marshall *et al.*, 2002).

A governança clínica não é um desenvolvimento isolado. Há sinais, também em outros países, indicando que as exigências relativas à qualidade de atenção primária, incluindo a cooperação e continuidade, estão aumentando. A participação em ações para a garantia de qualidade, ou o envolvimento em atividades de colaboração com colegas, hospitais ou serviços de atenção domiciliar não são mais uma questão de livre escolha dos GPs individuais. Cada vez mais tais aspectos serão uma obrigação contratual para profissionais e instituições para realizarem suas atividades e assegurarem a qualidade de seus serviços aos vários atores-chaves envolvidos na atenção à saúde. Allen (2000) classifica, conforme a direcionalidade e os atores envolvidos, a responsabilização em três níveis: para baixo, para cima e horizontal ou lateral. A responsabilização direcionada “para baixo” refere-se à comunidade local onde a prática está situada e se efetiva por meio da participação do paciente nos processos de trabalho. A responsabilização “para cima” dirige-se à hierarquia da atenção em saúde que, por exemplo, na Grã-Bretanha são as autoridades locais de saúde; e nos países com seguro social de saúde são as seguradoras de saúde, com os quais os contratos são realizados. A responsabilização horizontal vincula-se à relação com os outros profissionais de saúde ou centros de saúde, ou aos prestadores de serviço locais pertencentes a outras disciplinas (Allen, 2000). Os temas mais importantes para a análise da responsabilização são: o processo, que diz respeito à utilização adequada dos procedimentos estruturantes do cuidado, tais como registros de cuidado ao paciente; o programa, que diz respeito à realização das atividades e à sua qualidade, por exemplo, como comprovado pelas auditorias; as prioridades, referindo-se a relevância e a apropriação de atividades escolhidas; e a transparência financeira, indicada pela prestação de contas clara das despesas efetuadas (Allen, 2000).

A tendência de aumento da responsabilização pode ser verificada em vários países. Os sistemas atuais para educação médica continuada e procedimentos para reacreditação periódica de GP estão cada vez mais orientados para o desempenho, em vez de *input* orientado (horas gastas em atividades CME). O termo “educação médica continuada” está sendo substituído por “desenvolvimento profissional contínuo” (ver Capítulo Nove, Heyrman *et al.*). Na Holanda, o governo e os profissionais médicos estão desenvolvendo, em conjunto, sistemas de avaliação de desempenho na Medicina de Família e Comunidade. Após esses regimes serem criados, eles podem ser usados para permitir que os pacientes comparem práticas

e, assim, façam uma escolha informada do seu GP. As seguradoras de saúde, que têm a opção de contratação seletiva, podem usar a informação para decidirem sobre os contratos.

Não surpreende que exista uma necessidade geral de indicadores de desempenho, em todos os níveis de atenção médica. A maioria dos indicadores foi desenvolvida para o trabalho clínico; mas indicadores sobre práticas de gestão também podem permitir que os doentes e seguradoras comparem os serviços e os fornecedores (ver Van den Hombergh *et al.*, 1999).

A unificação europeia também pode exigir indicadores, que serão utilizados para a comparação internacional (Engels *et al.* 2005).

O crescimento das abordagens racionais, tais como medicina baseada em evidência e o uso de avaliações sistemáticas (ou seja, o fortalecimento da perspectiva da responsabilização), resultou na necessidade de aumento de capacidade de investigação e pesquisa. No Reino Unido, por exemplo, uma rede nacional de organizações de atenção primária será criada para hospedar as estruturas compartilhadas de pesquisa sobre a gestão (Shaw *et al.*, 2004).

Na última década, o empreendedorismo e a concorrência têm aumentado na maioria dos países europeus, e não menos nos da Europa Central e Oriental. Isso não tem sido favorável ao desenvolvimento de sistemas fortes de atenção primária, que são mais fáceis de desenvolver, de forma menos competitiva e em ambiente mais regulado (Starfield, 1996; Delnoij *et al.*, 2000). O desenvolvimento de condições pró atenção primária, tais como integralidade, continuidade e integração com outros serviços, dá-se mais facilmente num ambiente de responsabilização em que os empresários de GP assumem a responsabilidade pelos cuidados e por sua coordenação numa população de pacientes definidos (Groenewegen *et al.*, 2002).

Diversidade ou uniformidade?

Os atuais arranjos de atenção primária existentes na maioria dos países europeus deverão percorrer caminho até serem capazes de lidar com o crescente leque de serviços de nível primário, incluindo a continuidade e a coordenação de cuidados complexos, e se tornarem mais responsáveis quanto ao seu contexto e/ou ambiente. Serviços e tarefas desempenhadas por profissionais e setores precisam ser reconsiderados e modulados. Muitos experimentos, apoiados por políticas de estímulo, têm enriquecido o debate sobre as possibilidades e desenhos de futuros modelos de atenção. Quinze anos atrás, um estudo de cenários sobre atenção primária e cuidados domésticos, encomendado pelo Governo holandês, formulou novos padrões de prestação de atenção primária, para solucionar o problema da fragmen-

tação do à luz da crescente demanda por cuidados complexos (Diretor do Comitê de Saúde de Futuros Cenários, 1993). Dada a pluralidade de prestação de atenção primária holandesa, a equipe de pesquisa desenhou vários modelos possíveis de integração organizacional para cuidados complexos, com base em duas dimensões: controle central *versus* descentralização; considerando, ainda, a observação ou da tradicional divisão de tarefas entre os setores e níveis. Foram identificados dois cenários de atenção primária: a “rede extramural” (com a cooperação e a coordenação entre os provedores independentes, através de acordos e protocolos) e “centro extramural” (com uma maior integração entre provedores e disciplinas, normalmente em instalações compartilhadas). Curiosamente, o “centro extramural” pode ser construído em um grupo de prática de GP avançado, ou em torno de outra organização de atenção primária, por exemplo, uma associação de atenção de enfermagem. No cenário da “rede transmural”, as organizações intramuros, como no atendimento domiciliar ou hospitais, estão mais estreitamente envolvidas. (Comitê Organizador de Futuros Cenários de Saúde, 1993).

Esse estudo sugere que não há uma única solução para um país; dependendo das circunstâncias locais diferentes soluções podem coexistir. Se, apesar dos incentivos, uma fusão entre serviços de atenção primária não é viável, uma federação pode ser uma opção. Além disso, não é necessário que a Medicina de Família e Comunidade assuma a liderança; se o cuidado em domicílio é bem organizado, pode ser um lugar melhor para a coordenação do que uma Medicina de Família e Comunidade pequena e fragmentada. Em alguns países algumas farmácias estão em uma boa posição para um papel de coordenação, particularmente em sistemas onde os pacientes são vinculados a uma farmácia e esses serviços estão bem (eletronicamente) conectados aos GPs. A “rede transmural” mencionada tem boas possibilidades de coordenação entre os diferentes níveis de cuidados. Porém, a atenção primária deve ser capaz de gerir esse tipo de coordenação. Se não, os pesquisadores propõem colocar o parceiro “intramural”, o hospital ou a clínica de repouso, no lugar do condutor do cuidado. O que indica que a implantação de inovações pró-coordenação da atenção não depende da existência de uma atenção primária forte. Perspectiva que parece concordar com um estudo internacional sobre o nível de integração transversal de atenção de enfermagem, que constatou que tais inovações tiveram lugar tanto nos sistemas orientados pela atenção primária quanto pela secundária. As abordagens, no entanto, foram diferentes (Temminck *et al.*, 2000).

Requisitos para a coordenação de atenção primária

A regulação central é necessária para criar pré-condições e incentivos positivos para a atenção primária, mas por si só não é suficiente para atingir objetivos como melhorar a coordenação e a continuidade dos cuidados. Da mesma forma, os esforços internos a cada uma das profissões, por si só, não são suficientes. Como vimos, uma abordagem de multinível e multiator é mais promissora. Assim, o primeiro requisito para uma bem-sucedida reforma de atenção primária é que os agentes relevantes em diferentes níveis, inclusive governamentais, não governamentais e profissionais, concordem com os seus objetivos políticos e os seus modelos de implantação. Além disso, os objetivos e o âmbito das reformas em um país são, obviamente, limitados pelo nível de sofisticação e desenvolvimento dos agentes e suas organizações e pelas características atuais da atenção primária. Por exemplo, as tentativas de aplicação de regimes de fundos de investimentos na década de 1990, no centro e leste da Europa estavam fadadas ao fracasso, principalmente porque uma recém implantada Medicina de Família e Comunidade introduzida era incapaz de cumprir plenamente o papel que era esperado. . Da mesma forma, é inútil tentar ampliar a gama de serviços na atenção primária, se profissionais e serviços não têm competência para isso. Além dos requisitos relacionados ao sistema de saúde e às profissões, existem condições relacionadas ao ambiente de trabalho. Esses três grupos de requisitos são analisados a seguir.

Condições dos sistemas de saúde

Além dos requisitos fundamentais de apoio político e profissional suficientes para garantir as mudanças o nível central é extremamente importante no estabelecimento de condições gerais para a atenção primária. Um exemplo de obstáculo notório à coerência e à coordenação são os diferentes esquemas de financiamento em vigor na atenção primária. A atenção domiciliar pode ser parcialmente financiada pelo orçamento da saúde e em parte pelo orçamento de serviços sociais. A cooperação entre atenção primária médica e trabalho social não é prejudicada apenas pelas diferentes fontes de financiamento, mas, também, porque os serviços sociais podem ter sido delegados a autoridades de nível inferior (por exemplo, municípios) do que outros serviços de atenção primária. Além disso, pode haver motivos para relações de cooperação pobres se os ambientes – ou áreas de trabalho – não são semelhantes. Esse pode ser o caso se a população vinculada ao GP não é geograficamente definida, porque os pacientes estão livres para escolher o seu médico de família, e os enfermeiros da comunidade estão trabalhando em áreas estritamente definidas. Muitos desses obstáculos podem ser superados a partir do nível central. Outra responsabilidade que também deve ser tratada nesse nível é a formação de profissionais. A revisão das políticas de

educação e dos currículos em uso pode resultar na produção em um número suficiente de profissionais preparados para as suas tarefas na atenção primária (incluindo a cooperação e coordenação). Educação para a saúde pode ser a responsabilidade conjunta do Ministério da Saúde e do Ministério de Educação, o que pode configurar uma situação conflituosa. O planejamento da força de trabalho do médico e da enfermagem é uma função importante para evitar a escassez ou excesso de oferta de profissionais.

A posição da Medicina de Família e Comunidade no sistema de saúde é também um tema importante para a regulação central. Se a Medicina de Família e Comunidade deve ser decisiva tanto no primeiro contato dos pacientes como na coordenação do cuidado, sua posição no sistema tem de ser aprovada. Uma posição forte para a Medicina de Família e Comunidade é dificilmente compatível com o acesso direto a médicos especialistas, que competem com os GPs, para realização do primeiro contato no processo de cuidado (isso pode ser resolvido através da introdução de um sistema de referência). Da mesma forma, a continuidade da atenção exige que os pacientes tenham os incentivos adequados para ver o mesmo GP para cada novo episódio de cuidados (geralmente, isso é realizado com um sistema de lista de pacientes; os pacientes registram-se com um GP de sua escolha). Como esses acordos prejudicam as forças de mercado, incentivos apropriados devem ser estabelecidos, para eliminar as desvantagens potenciais desse monopólio. Se os mecanismos de financiamento são utilizados para a regulação, significa que além do governo outro ator importante são as seguradoras de saúde. O sistema de pagamento pode servir como um mecanismo importante para os incentivos, que podem ajudar a concretizar os objetivos para da atenção primária e da Medicina de Família e Comunidade. Os mais poderosos são chamados de combinação de regimes, que inclui uma mistura de pagamentos básicos (salário ou captação), com pagamentos separados para determinadas tarefas adicionais. Tais mecanismos combinados ao fortalecimento da atenção primária como organizadora da porta de entrada do sistema (e à adscrição de pacientes a um GP) criam condições para efetivação da atenção primária conforme os princípios enunciados no Capítulo Um. Como os sistemas de pagamento podem interagir com outras estruturas de incentivo, tais como monitoramento de desempenho, revisão e auditoria, um ajuste delicado pode ser necessário.

As profissões

A autorregulação pelas organizações profissionais tornou-se um importante instrumento para a realização de objetivos na política de saúde. Ela só pode tornar-se importante, no entanto, na medida em que esses organismos são capazes de assumir esse papel. Isso difere entre os países, bem como entre as profissões. Quanto mais forte for a autonomia de uma

profissão (e quanto maior o seu estatuto e reconhecimento), mais significativo podem ser seu poder e instrumentos de autorregulação (a custo do controle hierárquico). O grau de reconhecimento da Medicina de Família e Comunidade, por outras especialidades médicas em um país está, geralmente, bem refletido em sua posição no cenário acadêmico e nos processos educacionais. Onde os GPs têm uma posição fraca, a sua identidade e organização profissional é fraca, e a sua educação é relativamente pobre. O reconhecimento segue os seguintes passos: em primeiro lugar, o seu campo de conhecimento específico é aceito; em segundo lugar, um corpo acadêmico é criado para desenvolver essa área de conhecimento; em terceiro lugar, aqueles que trabalham em atenção primária produzem literatura que descreve seu conhecimento; finalmente, há o reconhecimento externo por outras disciplinas médicas, bem como pelo Estado e pela sociedade como um todo (Pereira Gray, 1989). Um forte papel de Medicina de Família e Comunidade na atenção à saúde está relacionado a estágios avançados de reconhecimento. Assim, o desenvolvimento profissional, não só na Medicina de Família e Comunidade, mas também em outras profissões, é uma exigência para uma atenção primária forte. O processo de reconhecimento profissional da Medicina de Família e Comunidade desenvolveu-se de forma diferente na Europa, com casos de sucesso na Holanda, Escandinávia e Reino Unido e com posições ainda marginais em países como Áustria, França, Grécia e Itália. Em vários países em transição, grupos ativos de GP estão alcançando o nível da Europa Ocidental (Lember, 1998; Švab, 1998; Švab *et al.*, 2004).

Além dos esforços acadêmicos, o reconhecimento profissional requer uma organização sistemática de aspectos como registro, credenciamento, garantia de qualidade e disciplina profissional, e de representação externa nas negociações e para defender os interesses da disciplina. Essas atividades, que são elementos importantes da autorregulação, são geralmente alojadas em colégios e associações profissionais (Boerma e Fleming, 1998). Além disso, o poder de coordenação institucional deveria ser transferido para a atenção primária, através da regulação estatal. Por último, mas não menos importante, os recursos financeiros de profissionais da atenção primária e associações são fundamentais para garantir a sua autonomia, bem como o seu mercado e poder político (Rico *et al.*, 2003).

Outras disciplinas de atenção primária podem não ter alcançado o mesmo nível de autonomia, mas o caminho do desenvolvimento profissional mostra semelhanças. Em vários países a enfermagem evoluiu de uma disciplina auxiliar a uma profissão independente, com várias especialidades e suas relativas educação e treinamento, incluindo cadeiras universitárias em ciências da enfermagem. Na atenção primária as seguintes especialidades surgiram: enfermeiras da comunidade (às vezes chamadas de enfermeiras do distrito), estagiárias de

enfermagem e enfermeiras. Essas especialidades de enfermagem foram importantes na expansão das tarefas na atenção primária. A enfermagem nos cuidados primários não se desenvolveu bem em todos os países. Nos países em transição, muitas enfermeiras ainda são “as enfermeiras que escrevem” em vez das “enfermeiras que cuidam”.

O desenvolvimento profissional dos farmacêuticos, em alguns países, tem sido interessante para o fortalecimento da atenção primária. Especialmente em países com sistemas bem desenvolvidos de cuidados básicos, as farmácias evoluíram de lojas para a entrega de medicamentos e artigos relacionados para locais de informação e coordenação de assistência farmacêutica. Em sistemas onde os pacientes estão vinculados a uma farmácia, os farmacêuticos tem um papel importante na transmissão de informações e no aumento da adesão dos pacientes ao tratamento. Na Holanda, as reuniões regulares de farmacêuticos e GP para a definição de uma política de prescrição de drogas foram institucionalizadas. Dessa forma, as farmácias se tornaram um elo ativo na rede de atenção primária.

O ambiente de trabalho

Instalações adequadas são uma condição importante. A concentração de vários serviços de atenção primária com premissas compartilhadas pode ser eficiente e criar melhores condições de cooperação e de trabalho para a equipe, além de melhorar o acesso aos pacientes. Apesar de, na maioria dos sistemas, a responsabilidade pelas instalações e ambientes pertencer aos níveis locais, é possível existirem incentivos de suporte do nível central de regulação no sistema. Cada centro de atenção primária precisa: salvaguardar o direito acesso físico e a disponibilidade dos serviços aos pacientes; contratar equipe de trabalho e adquirir equipamento necessário; organizar a cooperação com outros prestadores de atenção primária e secundária; e fazer arranjos para a continuidade dos cuidados. Aqui também, os incentivos do nível central são indispensáveis para alcançar o ambiente de trabalho desejado. O sistema de remuneração para GP, por exemplo, pode incluir pagamentos por meta alcançada para as equipe de trabalho e/ou serviços. Além disso, pode haver um conjunto de normas para a construção e/ou reforma e organização de consultórios e serviços; os contratos podem incluir obrigações quanto aos horários de abertura e disponibilidade durante as tardes, noites e fins de semana. Eventualmente pode ser decidido, em nível operacional, como os serviços de atenção primária são prestados aos pacientes. Alternativamente, como são acessíveis os serviços, que recursos estão disponíveis, em que medida os profissionais cooperam; e se está sendo observada ou não a continuidade do cuidado. Esses aspectos serão abordados em breve.

O acesso dos pacientes deve estar continuamente disponível e os pacientes necessitam ser informados sobre como obter assistência. Os serviços devem estar localizados a uma distância razoável do domicílio dos pacientes. O acesso também inclui ofertar os serviços fora do expediente e feriados. A disponibilização de visitas domiciliares, quando necessárias, é um aspecto essencial de acesso. Visitas domiciliares efetivas exigem o pronto acesso aos registros de atendimento dos pacientes. Se não é o GP não pode realizar a visita domiciliar, outros profissionais da equipe de atenção primária podem cumprir esse papel (por exemplo, a enfermeira). Os pacientes devem ter a opção de consulta por telefone.

Trabalho em equipe e cooperação. Áreas comuns de trabalho ou a definição dos limites de responsabilidade são pré-requisitos para a cooperação. Uma formação efetiva para o trabalho em equipe pode ajudar os membros da equipe a superarem problemas que estão relacionados com diferenças de *status* e de vínculo de emprego entre os membros da equipe; quando alguns são individualmente contratados e outros são empregados de organização externas, como associações de atendimento domiciliar. Cooperação entre GP e médicos especialistas merece atenção especial. Em um sistema de porta de entrada, os GPs têm uma posição muito mais forte na atenção secundária do que em sistemas onde os especialistas ambulatoriais também prestam atenção primária. Os sistemas de remuneração para GP e especialistas devem ser afinados, a fim de evitar distorções na concessão de incentivos.

As responsabilidades quanto aos recursos diferem de sistema para sistema. Onde os GPs são assalariados, a disponibilização de equipamentos e insumos básicos é normalmente de responsabilidade das autoridades de saúde ou dos municípios. Em contraste, onde os GPs são empresários independentes, eles são responsáveis pela aquisição e oferta de insumos e equipamentos adequados. O pessoal auxiliar facilita a administração dos processos de trabalho. Em unidades maiores, gerentes podem ocupar esse lugar. . As enfermeiras estão envolvidas na realização de procedimentos clínicos, na avaliação de rotina dos pacientes crônicos e na educação em saúde.

Equipamentos de informática são particularmente importantes. Os arquivos de computador estão cada vez mais substituindo os registros em papel, em muitos países. No entanto, o computador tem mais a oferecer do que os registros. Ele pode fornecer um sistema integrado de informação para a equipe e para a atenção secundária. Dessa forma, é um instrumento para a continuidade e coordenação do cuidado. Serve também à prevenção, por exemplo, na identificação e acompanhamento dos grupos de risco.

A *continuidade da atenção* deve evitar a duplicação dos serviços e minimizar a chance dos pacientes receberem opiniões contraditórias. Relações de longa data entre os profissionais e os pacientes facilitam estratégias de educação de saúde e aumentam a adesão dos pacientes às terapias. Os registros médicos são essenciais para uma prestação integrada de serviços. Eles permitem imediato tratamento da doença, servem como um lembrete, ajudam a determinar a vulnerabilidade do paciente, e podem ser usados para a prática de monitoramento, auditoria, investigação e ensino.

A *competência* é uma necessidade fundamental para cada profissional. A competência é reforçada pelo treinamento e educação (contínua). A realização de treinamento específico seguido de credenciamento deve ser uma condição para a entrada na Medicina de Família e Comunidade. Procedimentos para credenciamento periódico são um meio de garantia de qualidade. A medicina baseada em evidências se tornou uma abordagem importante para um atendimento de alta qualidade e mais equilibrado em termo de custo-benefício. A pesquisa alimenta o corpo de conhecimentos. Resultados de investigação devem ser divulgados, não só entre os profissionais, para melhorarem as suas competências, mas também entre os políticos, as seguradoras e as autoridades de saúde, para conscientizá-los das melhores práticas e as suas condições de existência (Van Weel e Rosser, 2004).

São inúmeras as condições para que a atenção primária concretize toda sua potência de operar a coordenação dos sistemas de saúde. No entanto, alguns elementos específicos ocupam uma posição de destaque e merecem ser abordados. Seja qual for o modelo de governança, os países recorrem a um mesmo conjunto de instrumentos de política para a reestruturação dos serviços de atenção primária: reforçando-os na posição de porta de entrada do sistema, desenvolvendo o trabalho em equipe, alterando os métodos de remuneração dos prestadores de serviços, aumentando ou reduzindo a liberdade de escolha para fornecedores e pacientes, alterando o equilíbrio entre centralização e descentralização, e modificando as relações entre atenção primária e secundária. No entanto, as opções para a reforma de atenção primária, em um determinado país, não são ilimitadas; só há espaço para um número limitado de medidas de reestruturação. Como Marriott e Mable (2000) sugerem, em sua revisão internacional de reformas de atenção primária, a evolução dos sistemas de atenção primária estabelecida na Europa Ocidental reflete um processo de refinamento dos arranjos preexistentes e continua a ser coerente com sua evolução histórica e institucional. Apenas as situações alarmantes no centro e leste da Europa resultaram em alterações consideráveis, rápidas e substanciais. Para o resto, as inovações não são nem dramáticas, nem radicais. Quando as condições importantes

para a alteração, como o reconhecimento das profissões, são o resultado de um longo processo, as alterações estruturais rápidas não podem ser esperadas.

Referências

- Allen, P. (2000). Accountability for clinical governance: developing collective responsibility for quality in primary care, *British Medical Journal* 321: 608–611.
- Baker, R. (2000). Reforming primary care in England – again. Plans for improving the quality of care, *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 18: 72–74.
- Boerma, W.G.W. (1989). Local housing scheme and political preference as conditions for the results of a health centre-stimulating policy in The Netherlands, *Health Policy*, 13(3): 225–237.
- Boerma, W.G.W. and Fleming, D.M. (1998). *The Role of General Practice in Primary Health Care*. Norwich: The Stationery Office.
- Burgers, J.S., Grol, R., Klazinga, N.S., Mäkelä, M. and Zaat, J. (2003). Towards evidence- based clinical practice: an international survey of 18 clinical guidelines programs, *International Journal for Quality in Health Care* 15(1): 31–45.
- Busse, R. (1999). Priority setting and rationing in German health care, *Health Policy* 50: 71–90.
- Busse, R. (2000). *Health Care Systems in Transition: Germany*, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems
- De Jong, J.D., Groenewegen, P.P. and Westert, G.P. (2003). Mutual influences of general practitioners in partnerships, *Social Science and Medicine* 57: 1515–1524.
- Defever, M. (1995). Health care reforms: the unfinished agenda, *Health Policy* 34: 1–7. Delnoij, D.M.J., Van Merode, G., Paulus, A. and Groenewegen, P.P. (2000). Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *Journal of Health Services Research and Policy* 5: 22–26.
- Dixon, A. and Mossialos, E. (2001). Funding health care in Europe: recent experiences, in T. Harrison and J. Appleby (eds), *Health Care UK*. London: King's Fund.
- Donatini, A., Rico, A., Lo Scalzo, A. et al. (2001). *Health Care in Transition Profiles: Italy*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Engels, Y., Campbell, S., Dautzenberg, M. et al. (2005). Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe, *Family Practice* 22: 1–8. Goddard, M. and Mannion, R. (1998). From competition to cooperation: new economic relationships in the National Health Service, *Health Economics* 7: 105–119.
- Goddard, M., Mannion, R. and Smith, P. (2000). Enhancing performance in health care: a theoretical perspective on agency and the role of information, *Health Economics* 9: 95–107.
- Groenewegen, P.P., Dixon, J., and Boerma, W.G.W. (2002). The regulatory environment of general practice: an international perspective, in R.B. Saltman, R. Busse and E. Mossialos (2002) *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
- Grol, R.P. (1993). Development of guidelines for general practice care, *British Journal of General Practice* 43(369): 146–151.
- Grol, R.P. and Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care, *Lancet* 362(9391): 1225–1230.

- Grundmeijer, H. (1996). GP and specialist: why do they communicate so badly? *European Journal of General Practice* 2: 53–55.
- Halligan, A. and Donaldson, L. (2001). Implementing clinical governance: Turning vision into reality, *British Medical Journal* 322: 1413–1417.
- Harrison, M.I. and Calltorp, J. (2000). The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care, *Health Policy* 50: 219–240.
- Hutchinson, A., McIntosh, A., Anderson, J., Gilbert, C., and Field, R. (2003). Developing primary care review criteria from evidence-based guidelines: coronary heart disease as a model, *British Journal of General Practice* 53: 691–696.
- Lancry, P.J. and Sandier, S. (1999). Rationing health care in France, *Health Policy* 50: 23–38.
- Lember, M. (1998). *Implementing Modern General Practice in Estonia*. Tampere: University of Tampere, Acta Universitatis Tampereensis 603 (dissertation).
- Mariott, J. and Mable, A.L. (2000). Integrated health organizations in Canada: developing the ideal model, *HealthcarePaper* 1(2): 76–87.
- Marshall, M., Sheaff, R., Rogers, A. et al. (2002) A qualitative study of the cultural changes in primary care organisations needed to implement clinical governance, *British Journal of General Practice* 52: 641–645.
- Pereira Gray, D.J. (1989). The emergence of the discipline of general practice, its literature, and the contribution of the College Journal, *Journal of the Royal College of General Practitioners* 39: 228–233.
- Quaye, R.K. (2001). Internal market systems in Sweden. Seven years after the Stockholm model, *European Journal of Public Health* 11: 380–385.
- Rico, A., Saltman, R.B. and Boerma, W.G.W. (2003). Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care, *Social Policy and Administration* 37(6): 592–608.
- Robinson, R., and Dixon, A. (2000). *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Saltman, R.B. and Busse, R. (2002). Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice, in Saltman, R.B., Busse, R. and Mossialos, E. (2002) *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
- Saltman, R.B. and Dubois, H.F.W. (2005). Current reform proposals in social health insurance countries, *Eurohealth* 11(1): 10–14.
- Saltman, R.B. and Figueras, J. (1997). *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Scharpf, F. (1994). Coordination in hierarchies and networks, in F. Scharpf (ed.) *Games in Hierarchies and Networks*. Frankfurt: Campus Verlag.
- Schut, F.T. and Van Doorslaer, E.K.A. (1999). Towards a reinforced agency role of health insurers in Belgium and the Netherlands, *Health Policy* 48: 47–67.
- Shaw, S., Macfarlane, F., Greaves, C. and Carter, Y.H. (2004). Developing research management and governance capacity in primary care organizations: transferable learning from a qualitative evaluation of UK pilot sites, *Family Practice* 21: 92–98.
- Somerset, M., Faulkner, A., Shaw, A., Dunn, L. and Sharp, D.J. (1999). Obstacles on the path to a primary-care led National Health Service: complexities of outpatient care, *Social Science and Medicine* 48: 213–225.

- Starfield, B. (1996). A framework for Primary Care Research, *Journal of Family Practice* 42(2): 181–185.
- Steering Committee on Future Health Scenarios (1993). *Primary Care and Home Care Scenarios 1990–2005*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- S̃vab, I. (1998). General practice in the curriculum in Slovenia, *Medical Education* 32(1): 85–88.
- S̃vab, I., Pavlic, D.R., Radic, S. and Vainiomaki, P. (2004). General practice east of Eden: an overview of general practice in Eastern Europe, *Croatian Medical Journal* 45(5): 537–542.
- Temmink, D., Francke, A.L., Hutten, J.B.F., Van der Zee, J. and Huijjer Abu-Saad, H. (2000). Innovations in the nursing care of the chronically ill: a literature review from an international perspective, *Journal of Advanced Nursing* 31(6): 1449–1458.
- Van den Hombergh, P., Grol, R.P., Van den Hoogen, H.J.M. and Van den Bosch, W.J.H.M. (1999). Practice visits as a tool in quality improvement: acceptance and feasibility, *Quality in Health Care* 8: 167–171.
- Van der Zee, J., Boerma, W.G.W. and Kroneman, M. (2004). Health care systems: understanding their stages of development, in R. Jones, N. Britten, L. Culpepper *et al.* (eds) *Oxford Textbook of Primary Medical Care. Volume 1*. Oxford: Oxford University Press.
- Van Weel, C. and Rosser, W.W. (2004). Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity, *Annals of Family Medicine* 2 (suppl.2): s5–s16.
- Vehviläinen, A.T., Kumpusalo, A. and Takala, J.K. (1996). Feed back information from specialists to general practitioners in Finland, *European Journal of General Practice* 2: 55–57.
- Verstappen, W.H.J.M., Van der Weijden, T., Dubois, W.I. *et al.* (2004). Improving test ordering in primary care: the added value of a small-group quality improvement strategy compared with classic feedback only, *Annals of Family Medicine* 2(6): 569–575.
- Webb, A. (1991). Coordination: a problem in public sector management, *Policy and Politics* 19: 229–241.
- Wendt, C., Grimmeisen, S., Helmert, U., Rothgang, H., and Cacace, M. (2004). Convergence or divergence of OECD health care systems? TranState Working Paper No. 9. Bremen: University of Bremen/Sfb 597 "Staatlichkeit im Wandel".
- Williamson, O.E. (1985). *The Economic Institutions of Capitalism*. New York: Free Press.

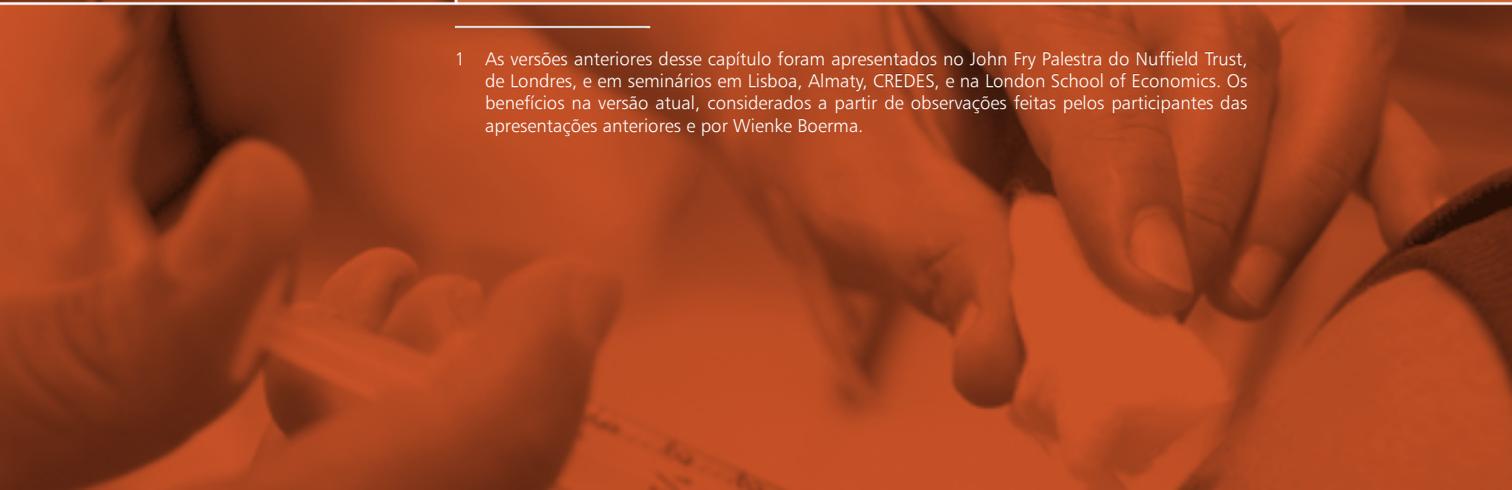


capítulo quatro

Unindo as vertentes: atenção primária em perspectiva¹

Richard B. Saltman

¹ As versões anteriores desse capítulo foram apresentados no John Fry Palestra do Nuffield Trust, de Londres, e em seminários em Lisboa, Almaty, CREDES, e na London School of Economics. Os benefícios na versão atual, considerados a partir de observações feitas pelos participantes das apresentações anteriores e por Wienke Boerma.



A atenção primária é uma das áreas mais complicadas para avaliar e analisar os sistemas de atenção médica europeia (Boerma e Fleming, 1998; Boerma, 2003). Historicamente, abrangeu diversas atividades em cada um dos países, e tem sido executada por diferentes tipos de profissionais médicos, com diferentes tipos de formação: Médicos de Família e Comunidade, médicos de família, enfermeiras da comunidade, enfermeiras, assistentes médicos, fisioterapeutas, especialistas em policlínica, pediatras e ginecologistas. Diferentes médicos de atenção primária têm níveis diferentes, ou mesmo tipos distintos de formação profissional: alguns especialistas são credenciados, outros não; alguns realizam visitas e rounds em hospitais, outros não e, recentemente, com o advento de programas de treinamento em cuidados de nível primário em países da Europa Central, alguns médicos de atenção primária não são treinados como médicos generalistas, mas sim como os especialistas hospitalares, com seis meses de formação adicional. A enfermagem e outras disciplinas na atenção primária estendida também têm sido desenvolvidas de forma diferente por toda Europa.

Em relação à organização, a atenção primária foi estruturada numa série de distintas modalidades. Tais modalidades variam em largo espectro, desde configurar a atenção primária como um negócio lucrativo no setor privado, até estruturá-la, em outros países, como um serviço público realizado por funcionários assalariados. A Medicina de Família e Comunidade, elemento essencial na atenção primária, pode ser prestada por uma grande variedade de configurações organizacionais: a prática individual, a prática em grupo, centros de saúde, centros de saúde ocupacional e policlínicas especializadas. Dependendo do sistema e do país, as suas responsabilidades médicas variam de integrar a primeira linha de cuidados curativos dirigidos no paciente e individualmente centrados à prevenção, tanto individual como da população (Kark, 1981; Boerma *et al.*, 1997; Starfield, 1998). Em alguns sistemas de saúde, a atenção primária está no centro de um sistema de atenção médica complexa, coordenando uma vasta gama de serviços como casas geriátricas e serviços de atenção domiciliar; em outros sistemas, a atenção primária tem pouca ligação formal com qualquer outra atividade de atenção primária em saúde (Goicoechea, 1996).

Toda essa diversidade tem dificultado o consenso acerca de uma definição universal para descrever a atenção primária. Como mencionado no Capítulo Um, esse volume prefere adotar a definição de Starfield, centrada nos aspectos funcionais da atenção primária e que se preocupa mais com o que a atenção primária faz do que com quem faz atenção primária ou em que parte do sistema de saúde ela é realizada (Starfield, 1998). Essa definição orientada para a funcionalidade se encaixa perfeitamente à característica central desse volume: a abordagem da atenção primária a partir de uma perspectiva pan-europeia. A abordagem ampla

e comparativa da atenção primária na Europa é primordial, diferenciando o presente volume de outros estudos realizados, que enfocavam a atenção primária no Reino Unido (Dowling e Glendinning, 2003; Peckham e Exworthy, 2003).

Uma segunda dimensão que diferencia o presente trabalho de outros é a abordagem pragmática e organizacional das questões em análise. Os dois volumes do Reino Unido, mencionados acima, focalizam aspectos políticos e/ou ideológicos da atenção primária e sua reforma. Assim como, outros dois estudos do Reino Unido, passando a o outro extremo, examinam a relação da qualidade, os problemas de desempenho dentro das práticas de atenção primária individuais (Van Zwanenberg e Harrison, 2000; Marshall *et al.*, 2002). Em contrapartida, os autores desse volume destacam as estruturas específicas, corpo de funcionários, e as configurações de gestão, que existem e/ou são possíveis, dentro de diferentes arranjos organizacionais, bem como as condições de apoio necessárias para operar serviços de atenção primária eficiente e eficazmente. Essa ênfase adequa-se abordagem transnacional sistematizada nesse volume bem como reflete a preocupação central desse trabalho: analisar os aspectos fundamentais da formulação de políticas de atenção primária, que estão em debate nos sistemas de saúde europeus.

O estudo transnacional e a perspectiva organizacional auxiliam a compreender o longo desenvolvimento a que a atenção primária foi submetida em toda Europeas últimas décadas. Tal abordagem torna possível analisar tanto avanços substanciais, como a organização de atenção primária a cada época, bem como os desafios políticos – antigos e novos – que ainda continuam por ser resolvidos. Essas duas avaliações, por sua vez, podem facilitar um debate mais informado sobre a questão central para as políticas de atenção à saúde e levantada pelo título dessa publicação: a atenção primária pode estar na “Condução das Redes de Atenção” nos sistemas de atenção médica europeia? Cada um desses três temas – avanços organizacionais, desafios políticos e a questão da “Condução das Redes de Atenção” – será considerado, por sua vez, nesse capítulo.

Como preparação para essa discussão, pode ser útil ler o breve resumo dos pontos centrais dos capítulos Cinco ao Doze, apresentado a seguir.

Unindo as contribuições do capítulo²

A evolução das modalidades de organização de atenção primária em toda a Europa pode ser abordada a partir de uma série de perspectivas diferentes. As alterações que se deram durante os anos de 1990 e a primeira metade dos anos 2000 incidiram sobre os arranjos institucionais através dos quais a atenção primária é estruturada, nas disposições do regime de trabalho a que estão submetidas as equipes de atenção primária prestadoras de serviços, e nas normas de qualidade que influenciam a adequação clínica e social do cuidado prestado. No presente trabalho cada um desses tópicos é desenvolvido pelos seus especialistas em capítulos produzido em co-autoria. As categorias de análise contribuem para a avaliação global da reforma da organização na atenção primária e, ao mesmo tempo, refletem os diferentes componentes do tema central, merecendo ser analisados isoladamente.

Alteração de arranjos institucionais

Os três capítulos dessa seção (capítulos Cinco, Seis e Sete) falam sobre a mudança das formas de interface entre a atenção primária e outros setores do sistema de serviços de saúde. Todos os três dão suporte a uma percepção geral de que os arranjos organizacionais internos para a atenção primária em toda a Europa atualmente são muito fluidos.

Esse tema é claramente visível no Calnan *et al.* (Capítulo Cinco) “O desafio da coordenação”, que destaca três pontos importantes. Os autores alegam, em primeiro lugar, que a coordenação foi útil no passado, promovendo a integração de serviços através do sistema de saúde, em especial para coordenar pacotes de cuidados. No entanto, a seguir, alegam que o conceito básico de coordenação já não se encaixa facilmente num mundo em que a atenção primária é tão diversificada, com práticas de grande grupo, de GPs que trabalham meio período, GPs especialistas, equipes de atenção primária, e triagem de enfermagem na atenção primária. O capítulo menciona cinco desafios, que em médio prazo podem fragilizar o papel da atenção primária como organizadora das redes de atenção: 1) aumento dos pontos de entrada dos pacientes para a atenção primária; 2) prontuário único eletrônico difícil de implementar em todo o sistema de saúde; 3) os pacientes podem deixar de conhecer o GP que o está tratando (maior número de atendimentos e GP que trabalham meio período); 4) GPs especialistas emergentes (por exemplo, dermatologia); e 5) uso de triagem de enfermagem no primeiro contato com o paciente. Todos esses fatores podem diluir, não só a autoridade da coordenação, mas a do GP tradicional também. Na verdade, essa profusão de pontos não baseados em GP, como a entrada na atenção primária, sugere que a noção

2 Suporte para essa seção foi fornecida por Hans Dubois.

tradicional de GP como os coordenadores adequados da atenção primária, bem como de atenção primária e cuidados hospitalares de forma mais ampla, pode estar “ultrapassada”. Seguindo essa linha de lógica, o próximo passo, parece ser reconhecer a necessidade crescente de “novas formas de coordenação de cuidados no nível organizacional, ao invés do nível médico-paciente” (Calnan, 2002).

O autor segue e em sua terceira observação afirma que é provável que haja necessidade de desenvolver uma série de políticas adicionais e/ou alternativas para melhorar o papel de coordenação da atenção primária no futuro. Essas novas medidas podem incluir: 1) especificação da população de pacientes (adscrição), 2) criação de um pacote comum de cuidados para grupos de pacientes específicos; 3) definição das responsabilidades compartilhadas e separadas para os parceiros da atenção primária; 4) estabelecimento a priori de regras financeiras claras; e 5) introdução de estratégias de treinamento em tecnologias de informação e comunicação na educação médica.

Embora McCallum *et al.* (Capítulo Seis) abordem o quadro de mudanças na atenção primária, a partir de uma perspectiva financeira e não organizacional, em “O impacto da aquisição de atenção primária” eles desenvolvem uma linha lógica paralela. O capítulo se concentra na capacidade da aquisição dos diferentes tipos de atenção primária para influenciar tanto na eficácia do sistema de saúde como no nível global do sistema de atenção primária. Eles alegam que, conceitualmente, a aquisição de atenção primária pode agilizar a tomada de decisões, bem como melhorar a flexibilidade, a conveniência e a utilização adequada dos serviços de diagnóstico. Eles também deduzem que a aquisição funciona melhor quando os praticantes da atenção primária têm a capacidade clara de fazer escolhas sobre a sua responsabilidade financeira e controlar o seu tamanho. Embora eles argumentem que a aquisição de atenção primária eficaz precisa combinar decisões clínicas e financeiras, assim sendo, os gastos refletem uma prática de clínica melhor, e eles observam que nem a organização nem as condições profissionais necessárias para alcançar esse objetivo são atualmente satisfeitas na maioria dos países. Assim, como Calnan *et al.* (Capítulo Cinco) acreditam que a atenção primária ocupar o lugar de organizadora do sistema é uma boa ideia, mas não pode mais orientar uma atenção adequada, McCallum *et al.* (Capítulo Seis) acham que a aquisição de atenção primária é uma boa ideia, mas que a maioria dos países, atualmente, não reúnem condições necessárias para implementá-la efetivamente.

O terceiro capítulo nesse conjunto, que procura definir os arranjos institucionais, está em Sheaff *et al.* “A evolução da combinação público-privado” (Capítulo Sete). Esses autores

descrevem uma profusão de novas variações na prestação dos serviços de atenção primária, caracterizando esse desenvolvimento como uma ruptura com padrões passados e tradicionais:

“A nova forma europeia de oferta de atenção primária incluiu cooperativas médicas; provisão voluntária, incluindo informal e autoatenção; empresas públicas; novas formas de fornecimento comercial à atenção primária; atenção primária não médica (inclui métodos ‘alternativos’ e ‘tradicionais’); e prestação de provisão de rede (quatro tipos: organizações de atenção primária virtual em torno de um caminho de cuidados; redes profissionais, promovendo redes de medicina baseada em evidências; redes de política de implementação; e redes de ‘nova saúde pública’ sob a OMS Cidades Saudáveis).”

Por um lado, eles traçam o processo de diversificação dos arranjos institucionais sob o impacto da livre concorrência e da privatização e, por outro lado, a implementação de redes promovida pelo governo como uma forma de aumentar a responsabilização no âmbito de atenção primária. Os autores reforçam seus principais argumentos, sugerindo que a introdução de instrumentos da livre concorrência, como “benchmarking” e “contestação”, têm forçado as políticas públicas de atenção primária a experimentarem novos modelos organizacionais, que têm o potencial para melhorar a qualidade clínica e para satisfazer melhor os pacientes. Embora Sheaff *et al.* (Capítulo Sete) rastreiem a origem da crescente diversidade de formas de organização e funções da atenção primária de uma fonte de informação diferente – as políticas governamentais que fomentam a competitividade e/ou privatização – eles apoiam a conclusão geral de que se multiplicam os modelos organizacionais da atenção primária sem indicação clara de um futuro modelo dominante.

Alteração na organização de trabalho

O segundo conjunto de capítulos (capítulos Oito, Nove e Dez) trabalha com as alterações em curso na dimensão e no alcance de trabalho que os GPs executam. A observação central em todos os três é que os parâmetros para a carga de trabalho variam consideravelmente, em resposta a uma série de necessidades externas e demandas, sugerindo que os perfis de profissionais GP são o produto da sociedade como um todo e do sistema de saúde no âmbito da atenção primária, bem como estão intrinsecamente vinculados a critérios clínicos e/ou preventivos.

Sibbald *et al.* (Capítulo Oito) em “Alterando os perfis das tarefas” argumentam que as mudanças nos padrões de trabalho para os GPs podem ser atribuídas às forças da sociedade em geral e do sistema de saúde. Eles identificam cinco fatores fundamentais que originam

essas alterações: 1) o ambiente geral da organização no atendimento do sistema de saúde; 2) as preferências políticas para equipes profissionais multidimensionais, assumindo que essas sejam mais rentáveis; 3) sistemas de pagamento que recompensam os GPs por adotarem as alterações pretendidas; 4) requisitos de formação do governo e/ou organismos profissionais; e 5) atitudes dos profissionais de saúde na renegociação dos limites da prática. Os autores também examinam medidas organizacionais específicas que alteram os mix de habilidades necessárias: reforço, substituição, delegação e inovação. Além disso, o capítulo ressalta que os limites entre a medicina de família e outros serviços prestados aos pacientes, podem ser alteradas por processos de transferência, locação e ligação. Finalmente, os autores concluem que, uma vez que há poucas evidências convincentes de a relação custo-efetividade de uma abordagem é melhor que de outra, a configuração específica do grupo de tarefas que são atribuídas ao GP parece subordinar-se às circunstâncias específicas de um determinado país e seu sistema de saúde. Assim, a forma do trabalho dos GPs parece que vai continuar a variar ao longo do tempo e de país para país.

Essas observações são reforçadas no capítulo de Heyrman *et al.* sobre “Alteração de papéis profissionais na atenção primária” (Capítulo Nove). Os autores detalham a ampla gama de responsabilidades entre o governo, as universidades e profissionais para com os treinamentos em GP e a Educação Médica Continuada, e os diversos critérios que cada um dos países estabelece para o conteúdo e objetivos dessas atividades educativas. Eles também revisam o papel das organizações internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a WONCA (Organização Mundial de Colégios, Academias e Associações Acadêmicas Nacionais de Médicos de Família), na busca de consensos quanto às normas de formação entre esses diversos autores nacionais. Os autores observam que, num futuro próximo, um elemento particularmente importante para a formação profissional será a inclusão aspectos dirigidos a abordagem de uma comunidade mais ampla. Eles concluem que, se a autorregulamentação profissional deve ser mantida, exigirá maior flexibilidade e adaptabilidade aos novos e emergentes papéis dos GPs.

O terceiro capítulo desse conjunto, sobre o uso de sistemas de pagamento para controlar o comportamento GP, mais uma vez aborda a atual transformação do pensamento e das ferramentas em relação à atenção primária. Gress *et al.* (Capítulo Dez) revisa o pensamento econômico tradicional sobre o comportamento das diferentes modalidades de pagamento. Entre outros pontos importantes eles destacam que os custos adicionais associados à operacionalização da regulamentação governamental dos sistemas de captação de integração, devem ser incluídos na avaliação da eficiência global de captação relativa, ao contrário das

estratégias adotadas pelo modelo fiscal. . Coerentes com os dois capítulos anteriores, os autores advertem que os sistemas de pagamento trabalham dentro – e interagindo com – um quadro institucional mais amplo, o que torna difícil a transferência com sucesso de mecanismos do contexto de um país ao outro.

Alteração nos padrões de qualidade

Os dois últimos capítulos (Capítulos Onze e Doze) enfocam a melhoria contínua de qualidade na atenção primária. Ambos os capítulos ressaltam a importância do incentivo aos processos de melhoria da qualidade, mas reconhece que, especialmente com as novas tecnologias, novos desafios deverão surgir. .

Baker *et al.* em seu capítulo “Melhorar a qualidade e o desempenho da atenção primária” detalham um grande número de programas de melhoria da qualidade na atenção primária em toda a Europa (Capítulo Onze). Pensando em avanços futuros, eles enfatizam a importância de que num segundo estágio os programas de melhoria da qualidade incorporem os pacientes. Isso não é fácil de conseguir e ainda não há provas suficientes que indiquem tal compartilhamento é mais eficaz. . Os autores também sugerem que os programas nacionais devem promover ações que melhorem o senso de autoestima dos GPs, como uma forma de ajudar a melhorar a qualidade da rotina diária de trabalho dos GPs.

Kvist e Kidd (Capítulo Doze) tomam uma perspectiva semelhante no seu capítulo sobre as novas tecnologias de informação e comunicação. Eles enfatizam que os profissionais de atenção primária terão de se manter em dia com as expectativas do paciente em relação à Internet e e-mail. Além disso, os GPs verificarão que incorporar essas novas tecnologias de informação pode ajudar a melhorar a qualidade em áreas como as prescrições de antibióticos, a dosagem do medicamento, e cuidados preventivos. No entanto, os autores alertam que os GPs terão de estar atentos aos novos desafios colocados pelo uso dessas tecnologias, tais como o controle de qualidade da informação (principalmente na Internet) e seu uso responsável.

Em Suma

No total, os oito capítulos fazem um retrato de inovações substanciais e grandes mudanças nos sistemas de atenção primária. O retrato que emerge desses capítulos é de crescente complexidade – no que diz respeito aos serviços de atenção primária, à sua organização estrutural, aos seus relacionamentos (formais e informais) com outros setores do sistema de saúde, aos seus recursos humanos e as responsabilidades que ele assume.

A complexificação da atenção primária exige transformações substanciais na coordenação do seu gerenciamento, diferindo em muito do modelo tradicional baseado em consultórios individuais de GP. Uma segunda observação é que, no que diz respeito à atenção primária, como no resto do setor de saúde, o contexto é importante. Nesse caso, a importância do contexto explicita-se na ampla gama de trabalhos que a equipe da atenção primária tem que realizar; na interrelação que precisa manter numa direção com cuidados hospitalares especializados, e noutra com outros componentes de atenção primária; e, finalmente, no impacto de um conjunto diversificado de tendências sociais mais amplas que vão desde a participação dos consumidores até os registros eletrônicos. Uma terceira observação é que o processo de transformação em curso na atenção primária, não aponta para um único quadro dominante de comportamento e/ou organização.

Considerando o tamanho das mudanças da atenção primária visto até agora, pode ser útil fornecer um breve resumo da evolução organizacional já realizada e dos desafios políticos que ainda têm que ser mencionados. A avaliação nessas duas perspectivas, dos percursos já realizado e aquele por realizar -, nos levarão diretamente à nossa questão central: a discussão sobre o papel específico que a atenção primária pode desempenhar na organização dos sistemas de saúde, se e/ou até que ponto a atenção primária deve ocupar o lugar de condutora dos sistemas.

Realizações da atenção primária até agora

Numa perspectiva organizacional, a atenção primária sofreu uma evolução dramática nos últimos 30 anos. No início da década de 1970, a atenção primária europeia mais consistente acontecia em grande parte em duas regiões geográficas bem definidas. . Na Europa Ocidental a atenção primária acontecia, em grande medida, nos consultórios particulares de GP e tinha como foco quase exclusivo medidas curativas. . Na Europa Central e Oriental, a transição para o modelo Semashko foi praticamente concluída com o primeiro contato da atenção sendo prestado, principalmente, por médicos especialistas e possuindo, também, um foco curativo. . Nesse cenário mais tradicional, a atenção primária claramente foi deixada à margem do sistema global da atenção em saúde, com atendimento hospitalar especializado e questões relacionadas com a atenção secundária e terciária dominando o centro das preocupações e projetos das políticas de saúde e da prestação de serviços de saúde.

A primeira mudança sistemática nesse quadro surgiu na Finlândia, com a publicação do "Ato de Atenção Primária à Saúde 1972", que exigiu das autoridades municipais a oferta de serviços de atenção primária preventiva, bem como curativa, aos seus habitantes, e incluiu

esses serviços em centros de saúde mais amplos de atenção primária, combinando atenção primária médica, enfermeiros, assistentes sociais e educadores de saúde numa equipe estendida (Järvelin, 2002). A Suécia adotou uma estratégia semelhante baseada em centro de saúde primário em seu “Ato de Atenção Primária à Saúde 1973” (Hjortsberg e Ghatnekar, 2001). A iniciativa nórdica logo foi seguida em escala global influenciando diretamente o texto da Declaração de Alma-Ata de 1978, que sublinhou a centralidade de atenção primária para a operação de medidas eficazes, serviços de saúde eficientes e equitativos, particularmente em contextos de países em desenvolvimento (Organização Mundial da Saúde, 1978). Assim, no final da década de 1970, se podiam ver as primeiras rachaduras no modelo tradicional baseado em GP: a estrutura organizacional para a prestação de atenção primária, o foco exclusivo no tratamento médico curativo e o papel dos médicos de Medicina de Família e Comunidade, como profissionais isolados praticantes sem acompanhamento, tinha força suficiente para inserir-se a análise e revisão de princípios conceituais e desafios práticos, não apenas em relação a países em desenvolvimento, mas na região nórdica da Europa também.

Na década de 1980, uma série de iniciativas e experimentos contribuíram para o debate e a construção do conceito de atenção primária e o modo como os centros de saúde primária a ofertavam. Em meados da década de 1980, a Suécia tinha articulado o seu sistema de saúde com base nos centros de saúde primária, e a Finlândia fez o mesmo. Países como a Grécia, Holanda, Espanha e também o Reino Unido estavam desenvolvendo uma série centros semelhantes, operados publicamente e com tarefas bastante abrangentes. Simbolizando tanto a alteração no modo de formular políticas quanto o aumento crescente das aspirações hegemônicas do movimento de atenção primária, o Escritório Regional para a Europa da OMS, patrocinou um projeto de “pesquisa de ação” no qual uma meia dúzia de países buscava, “fazer pender a balança para atenção primária”. Esse projeto, posteriormente, em 1995, publicou um volume de pesquisa. (Rathwell *et al.*, 1995).

Durante esse período, houve menor alteração na provisão de serviços de atenção primária nos países da Europa ocidental que integram o bloco da Seguridade Social de Saúde (SSS). . A despeito dos experimentos realizados com foco na melhoria de coordenação entre os GPs e o hospital e/ou outros prestadores de atenção primária, bem como na produção de respostas para superar as áreas problemáticas, como o fornecimento de cobertura fora do expediente, a maioria da atenção primária continuou a ser entregue por clínicos individuais (Boerma e Fleming, 1998).

A década de 1990 gerou um aumento dramático das mudanças organizacionais da atenção primária na Europa Ocidental e Europa Central. Como mostram vários capítulos desse volume, o GP isolado num trabalho individual, como existente na Holanda e, em menor medida, na Bélgica, tornou-se cada vez mais envolvido com outras tarefas e atores, como rede de voluntários, coordenação de serviços com os outros prestadores de cuidados de saúde primários e com algumas clínicas de hospital. No sistema baseado em tributação do Reino Unido, abril de 1991 trouxe a primeira onda de GPs gerentes e investidores, transformando os GPs em titulares de orçamentos para uma parcela dos procedimentos do hospital preferido de seus pacientes (Glendinning e Dowling, 2003). A despeito das preocupações com esse “agente-Estado” no papel de financiador, os fundos de investimentos propagaram-se numa grande variedade de modelos, incluindo “fundos de investimento total” que se tornou o modelo para os Grupos de Atenção Primária, introduzidos em abril de 1999.

Na Europa central, a década de 1990 foi um período de grande transformação na atenção à saúde em geral e na atenção primária em particular (McKee *et al.*, 2004). Abandonando o modelo Semashko, policlínicas dirigidas pelo estado foram desmanteladas e substituídas por GP particulares. Na antiga Alemanha Oriental, o modelo alemão ocidental de práticas independentes e/ou de grupo foi replicado. Países como a Estônia e a Letônia estabeleceram programas de treinamento em atenção primária nas escolas médicas, fornecendo aos especialistas seis meses de reciclagem, antes de começarem as novas práticas como GP. Assim, após começar a década com um modelo baseado em policlínicas contratadas pelo estado para oferta de primeiro contato com a atenção em saúde pública, muitos dos países da Europa central terminaram a década de 1990 com a maior parte dos médicos de Medicina de Família e Comunidade pertencentes a um quadro privado (ver Capítulo Sete, Sheaff *et al.*).

Na década de 1990 houve redução no volume de transformações substanciais na atenção primária nos países SSS da Europa Ocidental, talvez devido ao *status* altamente articulado daquele sistema (na Alemanha e Países Baixos) ou a função de controle de *Le Médecin libéral* (na França). No entanto, várias experiências com redes de GP foram organizadas na Alemanha, Países Baixos e na Suíça, e, conforme detalhado por Sheaff *et al.* (Capítulo Sete), uma vasta gama de novas atividades surgiu em tais áreas, como a coordenação de cuidados para os doentes crônicos e idosos. Embora o ritmo e o alcance das mudanças tenham sido consideravelmente inferiores do que na Europa Ocidental, baseada no financiamento por impostos, e dramaticamente inferior em países da Europa Central, era possível identificar que transformações mensuráveis na atenção primária estavam por vir.

Quando se revê o processo global de transformações ao longo do período de 30 anos, desde a Lei finlandesa de Atenção Primária em Saúde, não é possível deixar de se impressionar com o notável crescimento e desenvolvimento que tem ocorrido na estrutura organizacional, nas capacidades e alcance das equipes de trabalho, no impacto orçamentário e, talvez mais importante, na legitimidade política de atenção primária. É um setor de sistemas de saúde europeu que se iniciou periféricamente, mas que agora está lutando para ser levado a sério e ocupar o centro desses sistemas. Um dos aspectos mais importantes dessa alteração foi que em certo número de países a atenção primária já não é vista como completamente ofuscada e subordinada ao nível dos cuidados hospitalares. Em vez disso, começou o longo e complexo processo de estabelecer-se como uma legítima parceira dos setores de cuidados terciário e secundário. A ampla gama de experiências em curso e a grande diversidade de novos modelos e abordagens – clínica, gerencial e financeira falam das realizações alcançadas pela atenção primária até agora e de seu futuro promissor.

Desafios que persistem

Não obstante às recentes conquistas da atenção primária em toda a Europa, ainda há uma grande variedade de desafios que precisam de tratamento adequado. Com base na avaliação organizacional apresentada nos capítulos anteriores, parece que alguns desses desafios são efeitos do próprio desenvolvimento da atenção primária até o momento, enquanto outros são dilemas antigos, que ainda têm que ser resolvidos. A partir da adoção de uma perspectiva comparativa da situação europeia, esses desafios podem ser agrupados em três tópicos gerais. O primeiro pode ser chamado de gestão da rede, um desafio que tem tanto dimensões clínicas quanto financeiras. O segundo desafio pode ser chamado de questão de credibilidade, que envolve a capacidade da atenção primária em geral e em particular dos GPs para manter e/ou obter o necessário respeito e *status* para apoiar o seu progresso dentro do sistema de saúde. O terceiro desafio envolve a integração de tecnologias de informação e de registros eletrônicos aos consultórios e serviços de GP e às suas rotinas diárias, especialmente quanto ao registro do atendimento ao paciente. Cada um desses três principais desafios será discutido a seguir.

Gerenciando a rede

Talvez o principal desenvolvimento na organização da atenção primária na Europa Ocidental, durante os últimos 10-15 anos, tenha sido o papel de importância crescente das redes. Como discutido em detalhe em Calnan *et al.* (Capítulo Cinco), Sheaff *et al.* (Capítulo Sete), e Heyrman *et al.* (Capítulo Nove), surgiu uma ampla gama de redes para ajudar a gerenciar os serviços clínicos. Em resposta ao aumento do número de pacientes crônicos,

bem como devido à melhoria das capacidades técnicas das telecomunicações e das tecnologias eletrônicas, os GPs encontram-se envolvidos em três níveis de atenção de redes geradas de tratamento ao paciente: acima, em hospitais de tratamento de nível secundário e terciário (para atendimento de condições específicas, por exemplo, diabetes ou asma); lateralmente com outros elementos de atenção primária (por exemplo, enfermagem e comunidade fora de horas de cobertura), e abaixo com a saúde pública e os serviços básicos de saúde (por exemplo: atenção de saúde escolar e serviços de saúde ocupacional). Como Calnan *et al.* observam (Capítulo Cinco), o novo papel de coordenação do GP não parece se resumir a organizar a única porta de entrada do sistema e obrigatoriamente controlar os encaminhamentos de pacientes para atenção especializada. Ao contrário, uma forma de coordenação diferenciada parece estar emergindo, em que pacientes com doenças crônicas podem optar por ter um especialista como o seu profissional de saúde principal, enquanto outros pacientes podem contar com o GP mais como um conselheiro, quando precisam atravessar as fronteiras setoriais no âmbito do sistema de saúde, possivelmente em um acordo de mediação voluntária ao invés de obrigatória. Embora os tipos de médicos que atuam como coordenadores da porta de entrada tenham se ampliado, o sistema de lista de pacientes continua a vigiar uma vez que tem papel fundamental na coordenação de atenção e manutenção de informações do paciente em um único local. Esse modelo pode ser mais adequado para os países SSS, em que os pacientes já tinham livre acesso a tratamentos especializados, como destacado pela estrutura diferenciada do programa de coordenação universal francês, publicado em 2005 (embora o novo arranjo francês seja obrigatório e não voluntário no projeto). Uma abordagem mais flexível pode tornar-se mais adequada no futuro, em países como a Holanda, onde o crescimento das redes é significativo como um movimento de empoderamento e protagonismo dos pacientes no nível local (Wildner *et al.*, 2004). Mais genericamente, parece ser evidente que o processo de coordenação dos sistemas a partir da atenção primária evoluirá de forma diferente em diversos contextos nacionais, desenvolvendo combinações com características específicas. A questão da responsabilidade financeira dentro dessas novas redes – ou mesmo para atendimentos em outras partes do sistema de saúde – levanta uma série de desafios adicionais para os GPs. Além da responsabilidade pela gestão clínica da trajetória dos pacientes – em redes como anteriormente em regime de coordenação – a dimensão financeira exige que os GPs e/ou a atenção primária assumam novas funções gerenciais, da mesma forma que outros provedores do sistema médico. McCallum *et al.* (Capítulo Três) apresentam uma série de modelos em que o GP e/ou a atenção primária são os detentores do orçamento para certa combinação de serviços além da simples clínica de nível primário realizada em seus consultórios. . No entanto, se o GP individualmente (ou a clínica médica como uma disciplina) cada vez mais

assumir responsabilidades de gestão financeira para a atenção prestada em outros lugares, especialmente nos hospitais, eles serão confrontados com o que pode ser chamado de problema do “agente de Estado” (Saltman, 2005). Como a maioria dos fundos gerenciados são alimentados ou geridos publicamente, os GPs, quer diretamente (em si) ou indiretamente (através das decisões de outros gestores, em sua clínica ou na atenção primária), podem achar que são colocados sob crescente pressão para conter custos, mesmo se tais reduções recaírem sobre o corte de tratamentos necessários ao paciente (Ham e Honigsbaum, 1998). Aqui, a preocupação é o risco potencial de que se perca o papel fundamental dos GPs como representantes do melhor interesse do paciente. Um aspecto corolário desse dilema do agente do estado é o potencial de redução na confiança do paciente em seu GP de tomar decisões clinicamente apropriadas (Calnan e Sanford, 2003) – uma situação que acabou por ter graves consequências a longo prazo, quando foi criado pelo reconhecido regime consultas gerenciadas encontrado na década de 1990 nos Estados Unidos (Robinson, 2000).

Conforme a atenção primária avança, o duplo desafio que representam as gestões financeiras e clínica na emergente organização em rede será cada vez mais relevante. Há provavelmente uma variedade de soluções diferentes sendo produzidas e testadas, refletindo as modalidades de atenção primária adotadas nos diferentes países (tal como destacado no Capítulo Dois), bem como diversidade de culturas nacionais e os valores sociais que, necessariamente, entrarão em jogo na reestruturação em qualquer instituição do setor da saúde (Saltman e Bergman, 2005).

A questão da credibilidade

Tal como sugerido pela discussão sobre a questão do agente do estado logo acima, a confiança do paciente é uma dimensão essencial para uma prática eficaz da atenção primária. Embora pesquisas recentes indiquem que os GPs nos sistemas de saúde bem desenvolvidos da Europa ocidental, como Holanda e Suécia, são bem avaliados pelos pacientes (Socialstyrelsen, 2002; Van der Schee *et al.*, 2003), eles possuem menores níveis de status e de credibilidade do que a maioria dos seus colegas especialistas (Saltman, 2005). Embora alguns GPs não vejam isso como um problema sério, parece claro que possuir credibilidade suficiente é uma exigência tanto na relação com os médicos especialistas quanto com os pacientes, para que possam administrar com sucesso a redes complexas que estão surgindo nos sistemas de saúde. As questões de confiança, respeito e *status* – resumidas na noção de credibilidade – provavelmente exigirão uma atenção especial dos defensores de uma maior responsabilidade da atenção primária no sistema de saúde (Saltman, 2005).

Tecnologia da informação

Esse parece ser o menos assustador dos desafios do futuro provável, na medida em que parece ser “apenas” uma questão técnica. Na realidade, tanto Kvist e Kidd (Capítulo Nove) como Baker *et al.* (Capítulo Oito) indicam que o processo de integração de tecnologias eletrônicas para a prática da atenção primária implicará um vasto leque de desafios organizacionais e processuais, incluindo a capacidade de manter a privacidade do paciente e da confidencialidade. Ele carrega uma série de implicações para o presente e o futuro comportamento profissional também. A introdução de registros eletrônicos envolve quase todos os aspectos da atenção primária e tem o potencial de melhorar e/ou sistematizar um grande número de decisões e atividades do GP. Além disso, introduz a possibilidade de um acompanhamento externo muito mais profundo e avaliação dos serviços primários de saúde – uma questão controversa por muitos GP.

A questão da “Condução das Redes de Atenção”

Nas seções anteriores, esse capítulo tem procurado construir uma contextualização organizacional e comparativa ampla, em que se estabeleceram as mudanças em curso na atenção primária de toda a Europa. Tomadas em conjunto, as seções anteriores desse capítulo servem para enquadrar a questão principal contida no título do volume e que tem sido a questão central no debate da política de saúde há cerca de 20 anos. Ou seja, a atenção primária é capaz de exercer um papel dominante no funcionamento do sistema de atenção médica inteiro, e, segundo, se for suficientemente capaz, seria sensato fazê-lo? Uma consideração adequada a essas questões envolve uma série de elementos relacionados, muitos dos quais estão direta ou indiretamente relacionados nos capítulos da Parte Dois. Uma questão importante envolve a direção em que a própria atenção primária está se desenvolvendo – distanciando-se do modelo de práticas isoladas rumo a organização de redes e outras formas de coordenação, bem como a necessidade premente mencionada por Calnan *et al.* (Capítulo Cinco) de considerar estratégias alternativas para redefinir o conceito de coordenação. Poderá a atenção primária avançar nas próximas etapas de sua própria evolução e, ao mesmo tempo assumir, não apenas as responsabilidades de coordenação clínica dos sistemas da atenção primária e as redes transnacionais (como está a evoluir nos Países Baixos), mas também aquelas que se referem ao planejamento e ao financiamento de outros prestadores de atenção médica (um modelo em construção com os Grupos de Atenção Primária e Confiança na Inglaterra)?

Várias questões e preocupações surgem em resposta a esse novo papel da atenção primária em geral e de GP e Medicina de Família e Comunidade, em particular. Alguém se

pergunta, por exemplo, como dar uma maior função de agente do estado à Medicina de Família e Comunidade em todo o sistema de atenção médica afetará o tempo que os GPs têm para tratar os pacientes, e a confiança com que eles (e os seus conselhos médicos) são vistos pelos pacientes. Se o médico de Medicina de Família e Comunidade e/ou a Medicina de Família e Comunidade ocupa a condução do sistema, claramente gastará mais tempo em funções de coordenação e funções de agente de estado. Quem dentro da Medicina de Família e Comunidade – ou atenção primária de uma forma mais ampla – preenche essas responsabilidades administrativas e gerenciais, em seguida, torna-se uma questão central. Se for esperado que os GPs especificamente gastem seu tempo respondendo a essas necessidades organizacionais, é provável que se diminua o tempo disponível para se tratar o paciente. Por um lado, em termos de credibilidade global, esse novo papel financeiro e administrativo certamente irá aumentar o poder dos GPs, do mesmo modo que os especialistas do hospital e outros prestadores de atenção médica. No entanto, se aumenta o poder do GP, pode haver pouca certeza que vai aumentar seu *status*, respeito ou autoridade – que exige o parecer favorável legitimação dos pacientes, especialistas e políticos (Weber, 1947; Pfeffer, 1981). É igualmente difícil ter a certeza de como isso afetará a confiança que eles têm com os pacientes (Saltman, 2005).

Adicionem-se a esses argumentos, relativos ao poder e à credibilidade, as preferências dos próprios GPs. Eles mencionam que muitas vezes são treinados para cuidar de pacientes, não para administrar os orçamentos de saúde. Alguns pesquisadores sugeriram que, enquanto um pequeno grupo de GP poderá estar mais interessado num papel administrativo, a maioria prefere simplesmente tratar os pacientes.

Uma alternativa a colocar GPs e/ou Médicos de Família e Comunidade na condução seria deixar na condução a atenção primária enquanto organização, com o GP no banco de trás, por assim dizer. Tal caminho implicará o desenvolvimento da capacidade gerencial dentro da atenção primária, com o GP servindo como um conselheiro para o seu exercício, mas sem envolver diretamente o GP no gerenciamento de contratos financeiros dos prestadores de serviços de outras partes do sistema de saúde. Já existem exemplos quanto à cessão dessas responsabilidades aos representantes eleitos dos órgãos públicos na Suécia, onde conselhos políticos em níveis sub-distritais (por exemplo, a nível distrital dentro do Stockholms) administram a maior parte do orçamento do hospital (Hjortsberg e Ghatnekar, 2001), e na Finlândia, onde conselhos municipais de saúde e sociais desempenham papel semelhante (Järvelin, 2002). A terceira variante são as empresas de atenção primária (EAP), que estão

assumindo as responsabilidades de contratação, tanto dos fundos de investimento dos GPs quanto pelas Autoridades Distritais de Saúde (Bindman *et al.*, 2001).

Note-se que as três alternativas apresentadas se desenvolveram em sistemas de saúde financiados pelos impostos – exemplos de papel administrativo semelhante para a atenção primária ainda não são comuns no âmbito dos sistemas de saúde de seguro social (Saltman *et al.*, 2004). Um estudo holandês de 1993 sugeriu três possíveis formas alternativas de prestação de atenção primária coordenada em um sistema de SSS, com base, respectivamente, em maiores unidades básicas de saúde (tais como centros de atenção de saúde primários), em os hospitais que prestam atenção primária, ou numa organização de tratamento domiciliar integrado, prestando atenção primária (Comitê Gestor de Saúde em Cenários Futuros, 1993). Mais de 10 anos após esse estudo, a estrutura organizativa da prestação de atenção primária, nos Países Baixos ou SSS e outros países, continua a ser bastante diversificada e bastante inadequada, para ocupar a posição de um condutor. Uma hipótese é que os fundos para doenças e enfermidades estabeleçam exigências mais rigorosas em seus contratos com os prestadores de atenção primária, por exemplo, quanto à qualidade, a coordenação e a gama de serviços e, assim, colocam a atenção primária num papel mais amplo. Como os vários modelos de condução pela atenção primária se desenvolverão no futuro depende de uma série de imponderáveis. Talvez a questão mais fundamental seja saber se a abordagem emergente da atenção primária pode desenvolver um bom trabalho de equilíbrio entre as necessidades de gestão do sistema de saúde e a preocupações práticas dos fornecedores. Se houver uma progressiva transferência de responsabilidades de coordenação e de funções de agente do estado para as organizações de atenção primária, será essencial garantir que elas desenvolvam métodos de trabalho que se harmonizem - ao invés de interromper – com a capacidade dos médicos para atendimento clínico adequado de seus pacientes. É bem possível que esse equilíbrio GPs / gestores de atenção primária se desenvolva de forma diferente nos países diferentes (ou mesmo em partes diferentes de um mesmo país, como o cenário de estudo holandês), dependendo de uma série de considerações institucionais e culturais. Como esses novos equilíbrios evoluirão é o que determinará sua longevidade. A longo prazo, é possível que novos GPs / gestores de atenção primária sirvam de base para um novo paradigma na atenção primária na Europa.

Referências

- Bindman, A.B., Weiner, J.P. and Majeed, A. (2001). Primary care groups in the UK: quality and accountability, *Health Affairs*, 20(3): 132–145.
- Boerma, W.G.W. (2003). *Profiles of General Practice in Europe*. Utrecht: NIVEL.
- Boerma, W.G.W. and Fleming, D.M. (1998). *The Role of General Practice in Primary Health Care*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Boerma, W.G.W., Van der Zee, J. and Fleming, D.M. (1997). Service profiles of general practitioners in Europe, *British Journal of General Practice* 47: 481–486.
- Calnan, M. (2002). Comment at author's workshop, 22 May, London.
- Calnan, M. and Sanford, E. (2003). *Public Trust in Health Care in England and Wales. The System or the Doctor?* Bristol: University of Bristol.
- Dowling, B. and Glendinning, C. (eds) (2003). *The New Primary Care: Modern, Dependable, Successful?* London: Open University Press/McGraw-Hill.
- Glendinning, C. and Dowling, B. (2003). Introduction: "Modernizing" the NHS, in Dowling, B. and Glendinning, C. (eds) *The New Primary Care. Modern, Dependable, Successful?* Maidenhead: Open University Press.
- Goicoechea, J. (ed.) (1996). *Primary Health Care Reforms*. Copenhagen: World Health Organization.
- Ham, C. and Honigsbaum, F. (1998). Priority setting and rationing health services, in Saltman, R.B., Figueras, J. and Sakellarides, C. (eds) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. London: Open University Press.
- Hjortsberg, C. and Ghatnekar, O. (2001). *Health Care Systems in Transition: Sweden*. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Järvelin, J. (2002). *Health Care Systems in Transition: Finland*. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kark, S.L. (1981). *The Practice of Community-Oriented Primary Health Care*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Marshall, M., Campbell, S., Hacker, J. and Roland, M. (2002). *Quality Indicators for General Practice: A Practical Guide for Health Professionals and Managers*. London: Royal Society of Medicine Press.
- McKee, M., MacLehose, L., and Nolte, E. (eds) (2004). *Health Policy and European Union Enlargement*. Berkshire: Open University Press/McGraw-Hill.
- Peckham, S. and Exworthy, M. (2003). *Primary Care in the UK*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Pfeffer, J. (1981). *Power in Organizations*. Marshfield: Pitman Publishing.
- Rathwell, T., Godinho, J. and Gott, M. (eds) (1995). *Tipping the Balance Towards Primary Health Care*. Avebury: Ashgate Publishing.
- Robinson, R. (2000). Managed health care: a dilemma for evidence-based policy, *Health Economics* 9(1): 1–7.
- Saltman, R.B. (2005). *Atenção primária no assento do motorista?* John Fry Lecture. London: Nuffield Trust.

Saltman, R.B., Busse, R., and Figueras, J. (eds) (2004). *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Berkshire: Open University Press/McGraw-Hill.

Saltman, R.B. and Bergman, S-E. (2005). Renovating the commons: Swedish health care reforms in perspective, *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30(1–2): 253–275.

Socialstyrelsen (2002). *Komma fram och känna förtroende. – Befolkningens syn på tillgänglighet och fast läkarkontakt i primärvård [Reaching the services and feeling confidence – The view of the population on availability /accessibility continuing relationship with a doctor]*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Oxford: Oxford University Press.

Steering Committee on Future Health Scenarios (1993). *Primary Care and Home Care Scenarios 1990–2005*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

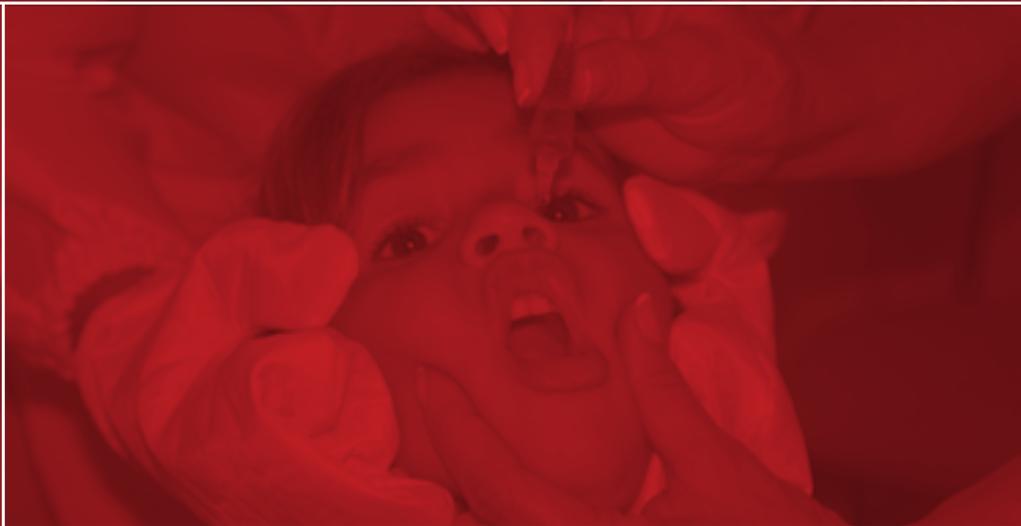
Van Zwanenberg, T. and Harrison, J. (eds) (2000). *Clinical Governance in Primary Care*. Abingdon: Radcliffe Medical Press.

Van der Schee, E., Braun, B., Calnan, M., Schnee, M. and Groenewegen, P.P. (2003). Public trust in health care: a comparison of Germany, the Netherlands, and England and Wales. Presentation at the European Public Health Association conference in Rome, 20–22 November.

Weber, M. (1947). *The Theory of Social and Economic Organization*. New York: Oxford University Press.

Wildner, M., Den Exter, A.P. and van der Kraan, W.G.M. (2004). The changing role of the individual in social health insurance systems, in Saltman, R.B., Busse, R. and Figueras, J. (eds) *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Berkshire: Open University Press/McGraw-Hill.

World Health Organization (1978). *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care: Alma-Ata, 6–12 September 1978. (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, accessed 16 March 2004).





parte dois

Mudança nos arranjos
institucionais







capítulo cinco

O desafio da coordenação:
o papel dos profissionais
da atenção primária na
promoção da integração
entre interface

Michael Calnan, Jack Hutten e Hrvoje Tiljak



O problema da coordenação

A questão da integração e da coordenação na área da saúde não é nova. Por muitos anos, os problemas relativos à separação e à fragmentação dos serviços, bem como à falta de comunicação (Grundmeyer, 1996) e de cooperação entre os prestadores de atenção médica, têm sido discutidos em muitos países europeus. No entanto, devido às mudanças nas demandas e necessidades da população, a busca por soluções tornou-se mais urgente. O envelhecimento das populações leva a um aumento da morbidade, especialmente na incidência e prevalência de doenças crônicas, bem como das comorbidades. Isso pode causar uma maior demanda por serviços de saúde em geral e de tipos mais complexos, em particular os tratamentos multidisciplinares. . Mais e diferentes combinações de serviços de saúde serão necessárias ao cuidado dos pacientes. Pacientes que estão sendo tratados por mais de um prestador de serviços médicos são particularmente vulneráveis aos efeitos adversos da insuficiente coordenação e comunicação.

Certamente, a partir do ponto de vista dos pacientes, a integração do tratamento é um elemento crucial na avaliação da qualidade do atendimento. Por exemplo, um estudo no Reino Unido (Preston *et al.*, 1999) mostrou que pacientes e cuidadores identificaram cinco questões específicas envolvidas em suas experiências, através da interface entre a atenção à saúde primária e secundária. Quatro dimensões-chave foram “entrada” (acesso a atenção adequada), “ajuste” (orientação da atenção às suas necessidades), “saber o que está acontecendo” (prestação de informações), e “continuidade” (continuidade de pessoal e de coordenação e comunicação entre os profissionais). O quinto tema foi “fluxo” (dificuldade em progredir através do sistema), que foi influenciado por falhas em relação aos outros quatro temas. O conceito de progresso é fundamental para a avaliação que os pacientes fazem do cuidado. Tal conceito envolve o progresso através do sistema de atenção médica e os progressos no sentido da recuperação ou adaptação a um estado alterado. Sugere-se que o conceito de progresso pode ser um indicador adequado para acompanhamento do desempenho dos serviços de saúde.

O estímulo ao empoderamento dos pacientes e personalização da atenção também podem impactar a necessidade de coordenação (Roberts, 1999). Uma mudança fundamental pode ser exigida na passagem de um sistema de saúde orientado a partir dos serviços (“a disponibilidade de serviços para definir o tipo de atendimento que é prestado”) para uma abordagem centrada mais no doente (“as reais necessidades do paciente definir o tipo de atendimento que é prestado”). Isso implica a atenção à saúde devem ser organizadas ao

redor e adaptada às necessidades dos pacientes, o que requer atividades específicas de coordenação. Além disso, o cenário no qual as atenções à saúde é prestada está mudando (de atenções institucionais para atendimento ambulatorial), o que também pode ter implicações para a necessidade de coordenação de serviços. Essa evolução é reforçada pela introdução de novas tecnologias, especialmente aquelas que podem ser usadas em um ambiente ambulatorial, o que significa que os casos mais graves podem ser tratados em casa.

A necessidade, portanto, de uma melhor coordenação e integração de cuidados é cada vez mais importante. Esse capítulo enfoca os mecanismos organizacionais que podem melhorar o papel dos cuidados básicos na coordenação e integração dos tratamentos. Será dividido em duas seções. A primeira parte do capítulo se concentra em como o problema da integração (ou a falta dela) e da coordenação se manifesta em diferentes países europeus, se tende a estar associado a certos tipos de sistemas de atenção médica – modelo NHS (Reino Unido), do Seguro Social (França, Países Baixos) e regime transitório (Croácia) – e se está associado com determinadas estruturas organizacionais, tais como a presença de um sistema de coordenação. Isso inclui a discussão dos problemas de coordenação e onde eles são mais evidentes. A segunda seção aborda as soluções por meio da apresentação de estudos de caso que diferentes países (ilustrando os cuidados diferentes de sistemas de saúde).

Como os problemas associados com a coordenação se manifestam nos diferentes sistemas de atenção em saúde?

Uma forma importante de caracterizar um sistema de atenção à saúde é examinar se a Medicina de Família e Comunidade tem uma posição central forte ou não. Essa característica organizacional tem múltiplas implicações para a questão da coordenação.

Problemas com a função de condução

Em países como a Dinamarca, os Países Baixos e o Reino Unido, GPs têm uma posição central no sistema de saúde. Isso é baseado principalmente em seu papel de condução. Todos os membros do público (com exceção de 5% na Faixa II, na Dinamarca) são registrados numa Medicina de Família e Comunidade, a chamada sistema de lista pessoal. O GP é normalmente o primeiro profissional a se confrontar com os problemas do paciente e o primeiro a decidir que tipo de serviço é necessário. Os medicamentos são fornecidos somente por prescrição, mas mesmo que outros prestadores da atenção médica os prescrevam, tais como médicos especialistas, os remédios estarão acessíveis apenas depois de referendados por um GP. Os GPs condutores pretendem tratar os próprios pacientes, sempre que possível, e os encaminham para atendimento especializado somente quando for realmente necessá-

rio. Além disso, os GPs condutores atuam como guias de pacientes, através do sistema de saúde, para garantir que eles recebam o tipo de tratamento que é necessário. Esse papel de condução é definido por sua capacidade de auxiliar a navegação do paciente no sistema e de aumentar a resolutividade da atenção. A posição central do condutor lhe permite manter prontuários dos pacientes, aumentando assim a continuidade da atenção.

Em suma, podem ser identificadas duas funções para os GPs condutores. Em primeiro lugar, o seu controle sobre a utilização de especialistas, hospitais ou outros serviços caros, que se destina a reduzir ou restringir custos de tratamento de saúde, ou seja, os clínicos agem como um mecanismo de racionamento de serviços. Em segundo lugar, é esperado que eles melhorem ou mantenham a qualidade dos tratamentos, através de seu papel de coordenação. Dessa forma, os GPs são considerados como os coordenadores dos pacotes de serviços que integram o tratamento que é recebido por um paciente, o que pode melhorar a continuidade. Assim, o condutor pode ser visto de uma maneira negativa, como um mecanismo para restringir o acesso ao tratamento, ou para reduzir os custos em detrimento do paciente. No entanto, a segurança dos tratamentos de saúde exige que apenas os tratamentos adequados sejam prescritos e que o sistema seja capaz de responder às necessidades específicas individuais. Portanto a coordenação pode ser vista, pelo menos em teoria, como um mecanismo organizacional, para promover a integração, embora possam existir problemas na aplicação desse mecanismo (veja abaixo). Alguns estudos fornecem evidências da eficácia da coordenação (Starfield, 1991; Gervas *et al.* 1994; Shi *et al.* 1999; Delnoij *et al.* 2000; Gross *et al.* 2000). Entretanto, de acordo com Halm *et al.* (1997), ainda é em grande parte desconhecido se a coordenação atinge o duplo objetivo de limitar os custos dos tratamentos de saúde e melhorar a qualidade do atendimento. No Reino Unido, no sistema do NHS, o foco principal foi sobre os problemas de coordenação na interface de tratamentos secundários e primários (hospital), particularmente na má comunicação devido à rivalidade profissional entre os médicos do hospital e Médicos de Família e Comunidade. Destaca-se, ainda, que tem sido um problema para os diferentes sistemas de governo a fragmentação entre a atenção básica, serviços comunitários e de assistência social. (Glendenning *et al.*, 1998). Esse último problema, recentemente, foi tratado com a introdução de grupos de atenção primária (GAP) e Fundos Fiduciários de atenção primária (FFAP) no Reino Unido.

Problemas de comunicação entre os prestadores de atenção médica também são predominantes nos Países Baixos. Eles resultam em problemas na educação do paciente (pacientes recebem diferentes tipos de informação), na descontinuidade no atendimento e incremento dos tempos de espera (e falta de um “bom fluxo” dos pacientes através do sistema de saú-

de), utilização dos recursos na prestação de tratamento menos eficiente (prestadores de atenção médica não sabem que testes de diagnóstico ou tratamentos já foram realizados por outros, de modo que eles os repetem). Várias causas para esses problemas podem ser identificadas. Uma delas é a fronteira organizacional entre o tratamento básico (generalista) e secundário (especialista). Além disso, as duas principais disciplinas da atenção primária – Medicina de Família e Comunidade e médico de família – são organizadas e financiadas separadamente. Esses limites são agora os principais obstáculos à prestação de tratamento integrado adaptado às necessidades de pacientes individuais (ver De Roo *et al.*, 2004).

Um problema adicional é a ampla gama de tarefas que executam os GPs (Moll van Charante *et al.*, 2002), que inclui atividades de prevenção, atenção curativa aguda, tratamento para pacientes com condições crônicas e, por vezes, tratamento de emergências. É difícil coordenar todas as tarefas dentro e fora da Medicina de Família e Comunidade, em especial com uma lista aproximada de 2.250 pacientes. Um estudo realizado na Holanda mostrou que a carga de trabalho dos médicos influencia o tipo de atenção que prestam na prática diária (Hutten, 1998). Um GP muito ocupado tem consultas mais curtas com pacientes individuais, realiza menos intervenções médicas técnicas (injeções, pequenas cirurgias), prescreve a medicação mais frequente e tem maiores taxas de referência a outros prestadores de atenção primária (principalmente fisioterapeutas) do que um GP menos ocupado. Além disso, as atividades de coordenação requerem um tempo que nem sempre está disponível, devido ao número de pacientes, tarefas administrativas, tempo necessário para a educação médica continuada e à tendência de trabalhar em tempo parcial. Portanto, o trabalho é considerado uma ameaça à posição de GP como condutor do sistema de saúde holandês.

Problemas em países sem condutores

Em outros sistemas, a Medicina de Família e Comunidade não tem desempenhado um papel tão central. Por exemplo, no sistema de saúde francês pacientes têm tradicionalmente livre escolha de fornecedor dos cuidados em saúde. Para os atendimentos ambulatoriais, eles podem visitar um clínico ou um especialista sem encaminhamento ou limitação, tanto no consultório privado como em ambulatórios de hospitais. Se um médico prescreveu exames ou tratamento a ser realizado por outro profissional, os pacientes podem escolher o laboratório, enfermeiro ou fisioterapeuta. Embora não houvesse registro obrigatório com um GP, as pessoas tinham um GP preferencial e eram geralmente leais ao seu GP com pouca intenção de experimentar outro GP. Observou-se, no entanto, a existência de variações nos padrões de consumo da atenção em saúde de acordo com o estatuto social, com as classes

altas elegendo tratamentos especializados, enquanto os trabalhadores manuais preferem consultar um GP.

A falta de um mecanismo organizacional de condução, como no sistema francês, produziu problemas de coordenação e, em particular, afetou a continuidade do tratamento, o que era uma fonte de insatisfação. Isso se deveu à pacientes terem que organizar sua própria viagem através do sistema de saúde. Nenhum profissional tinha a responsabilidade formal pelo processo da atenção prestada ao indivíduo e à manutenção de sua saúde. Além disso, tornou-se cada vez mais difícil para os GPs exercerem esse papel, com o desenvolvimento de numerosos fornecedores de atenção médica altamente especializada que eram diretamente utilizados pelos pacientes. Agora que o governo francês adotou a coordenação universal obrigatória desde 1º de Janeiro de 2005, resta saber se esse novo programa resolverá adequadamente esses dilemas.

Há dados objetivos que indicam que a falta de coordenação na França pode ter um impacto negativo na qualidade do atendimento. Por exemplo, um estudo nacional, conduzido pelos principais planos de saúde, mostrou que os protocolos clínicos para o diabetes definidos pela Agência Nacional de Avaliação e Credenciamento foram apenas parcialmente respeitados. Apenas 40% dos pacientes com diabetes fazem um exame oftalmológico uma vez por ano, com a mesma porcentagem de ter um acompanhamento biológico a cada seis meses, como recomendado. Parte do problema pode vir de clínicas individuais inadequadas, no entanto, o processo de tratamento não é gerido pelo sistema. Pode ser que o médico prescreva os testes corretamente e aconselhe o seu paciente a consultar um oftalmologista (e um quiropodista), mas que o paciente não siga o conselho. O médico não está em condições de fiscalizar o cumprimento por parte de seu paciente que, no entanto, pode consultar outros médicos para a mesma doença.

Há uma preocupação crescente na França com o fato de que as doenças crônicas, incluindo aí a necessidade de que o seu processo de tratamento envolva diferentes profissionais do sistema de saúde, nem sempre são devidamente gerenciadas. Além de políticas nacionais em matéria de doenças como diabetes e hipertensão, os sindicatos regionais dos planos de saúde realizam vistorias em várias condições crônicas, para avaliar a qualidade do atendimento ambulatorial e realizar ações para aprimorar a prática médica. A falta de coordenação também é um problema clássico em duas situações: a interface entre a atenção hospitalar e o atendimento ambulatorial e a interface entre assistência médica e social.

Como mencionado, ainda há dúvidas se as reformas em curso irão afetar positivamente esses problemas.

Nos países da Europa Central e Oriental, a importância de um tipo de profissional determinado também é menos predominante. Em vez disso, o consultório comum tem caminhado em direção aos *dispanseurs* – clínicas especializadas para problemas específicos de saúde. Na década de 1980, antes da democratização, essa abordagem resultou em dois tipos básicos de alterações na Atenção Primária à Saúde (APS). Um deles é conhecido como “casa de saúde” ou centros APS o que poderia corresponder a uma clínica nos países da Europa Ocidental. Esses centros consistiram principalmente de um grupo de profissionais de APS: GP e outros especialistas APS (pediatras, ginecologistas), bem como outros especialistas: residentes, oculistas, dermatologistas, etc. Na antiga União Soviética, três profissionais da APS serviram como a estrutura básica da APS chamada “tripé”. Sua educação seria semelhante à educação dos residentes, pediatras e ginecologistas, mas eles trabalhavam juntos como uma equipe de base responsável pelo serviço de APS.

Um sistema um pouco diferente foi criado em países da ex-Iugoslávia, onde GPs eram reconhecidos como profissionais da APS. A maioria deles trabalhou em centros de APS, juntamente com outros especialistas e desempenharam um papel de mediadores dentro daquele contexto. A função da GP incluía uma lista pessoal dos pacientes, mantendo registros médicos individuais dos pacientes e outras responsabilidades administrativas.

Essas estruturas impediram os profissionais da APS de se tornarem praticantes individuais oferecendo tratamento pessoal. Em vez disso, a aceitação do público em relação aos profissionais da APS foi bem baixa.

A transição dos anos 1990 nos países da Europa ocidental e oriental foi caracterizada por duas vias paralelas: (1), reconhecimento dos profissionais da APS, principalmente os GPs, como elementos básicos do serviço de APS e (2) a privatização da atenção médica. Ambos os movimentos levaram à desintegração da estrutura da APS já existente e colocaram o GP em uma nova situação. O GP se tornou o símbolo da APS global nas perspectivas médica e profissional e, ao mesmo tempo, o GP tornou-se um empreendedor privado. O papel de coordenação se tornou mais evidente, mas, ao mesmo tempo, foram atribuídas novas e importantes tarefas ao GP. Além do mais, o papel de coordenação foi fortemente relacionado a outras funções: financeiro-organizacionais, de desenvolvimento profissional, obrigações decorrentes dos compromissos contratuais e da educação médica.

A estrutura dessas novas alterações na APS sugere uma ampla colaboração, uma grande quantidade de trabalho em equipe e, conseqüentemente, uma crescente necessidade de coordenação. No entanto, na ausência de um médico profissional, o papel de coordenação foi geralmente atribuído ao gestor da saúde ou à atenção à saúde pública local. Esses gestores/co-coordenadores nem sempre foram os profissionais médicos. Esse sistema desenvolveu uma situação paradoxal em que um grupo de profissionais da APS trabalhava junto, mas não colaborava nem coordenava seu trabalho.

Médicos de hospital e consultores ganharam mais respeito do público. Embora o sistema tenha encorajado uma boa interface APS/hospital (consultores estavam trabalhando em centros de APS), problemas com a colaboração surgiram da luta constante para a atribuição de tarefas e a batalha prolongada para avaliação do público.

Em suma, podemos concluir que cada uma das formas desses sistemas se organizarem apresenta obstáculos distintos para a coordenação, bem como uma falha comum para implementar canais de comunicação. A literatura sugere que as tradicionais barreiras estruturais para se coordenar o tratamento podem ser caracterizadas em termos de gestão separada e controle (saúde e assistência social estão em diferentes partes do setor público); posse diferente (pública / privada); fornecedores partilhados e concorrentes; barreiras profissionais (rivalidades dentro e entre grupos de profissionais) e também os problemas envolvidos na implementação e operacionalização dos instrumentos de coordenação (tais como atrasos nas cartas de referência, preenchimento adequado dos prontuários e da comunicação entre as equipes).

Como países diferentes têm lidado com a coordenação (estudos de casos do país)

A seção anterior diferencia países com e sem sistemas de coordenação. No entanto, como será visto, cada um dos diferentes países têm, em alguns aspectos, desenvolvido estratégias e soluções para abordar a questão da coordenação.

A experiência francesa

Há uma longa história na França de iniciativas locais de profissionais de saúde para melhorar a coordenação entre eles. As redes foram, por exemplo, organizadas no final da década de 1980 entre os médicos de hospital e GP para os pacientes com Aids. Essa coordenação foi particularmente necessária, dado que a maioria dos tratamentos foi iniciada ou prestada nos hospitais e os médicos tiveram que permanecer em estreito contato com os hospitais, a fim de tratar o paciente de forma eficaz. As redes também foram aplicadas

de forma espontânea, utilizando o mesmo modelo, para populações específicas, como os tóxico-dependentes, as pessoas que sofrem de hepatite C, e pessoas muito pobres. Os médicos envolvidos eram geralmente GPs com um forte compromisso social e/ou político. O Ministério da Saúde incentivou essas redes com subsídios, mas eles eram distribuídos, basicamente, de acordo com as regras gerais para o financiamento da atenção médica. A ideia de dar a um médico a responsabilidade de gerir o tratamento de um paciente com uma doença crônica (“médico de referência”) foi concebida em 1993. Naquela época, a ideia era que ele poderia ser um GP ou especialista, segundo a condição e a escolha do paciente. Isso não foi implementado naquela época, mas foi decidido que para os pacientes que tinham doenças graves e, por isso eram isentos de pagamentos conjuntos pelo tratamento recebido, o médico conselheiro do plano de saúde deveria validar um protocolo de tratamento em conjunto com o médico responsável pelo acompanhamento do paciente.

A mesma reforma implementou a *carnet de la santé*: a ideia era que os pacientes tivessem um registro pessoal de saúde, que eles mostrariam a cada médico ou profissional de saúde consultado, que por sua vez, iria atualizá-lo. A medida foi implementada para os idosos, e depois passou a abranger toda a população pela reforma *Juppé* de 1996 (discutido abaixo).

A implantação desse instrumento regulador sofria com uma dupla lógica e com objetivos um tanto contraditórios. Era um instrumento de coordenação, mas com o objetivo principal de reduzir as despesas inúteis (eliminar os testes e procedimentos redundantes e livrar os consumidores de serviços de saúde de um comportamento irresponsável) e não com o foco de melhorar a qualidade da atenção.

Apresentada dessa forma, a implantação do carnet foi mais um constrangimento para os pacientes do que um benefício. Se o registro de saúde tinha que ser mostrado para todos os médicos que o paciente estava indo ver, teria sido difícil, por exemplo, consultar-se com um especialista, sem informar ao GP ou procurar uma segunda opinião. Uma vez que não era obrigatório (ou seja, os pacientes foram reembolsados, em qualquer caso), isso não funcionou.¹

A reforma *Juppé* de 1996 abriu uma nova oportunidade, permitindo acordos em separado com os GPs de um lado, e especialistas do outro. Até então havia um acordo

¹ Há uma caderneta de saúde para as crianças, e isso é totalmente aceito, porque ajuda os pais a acompanharem todos os eventos de saúde da criança e é muito útil tanto para a família como para os médicos. Mas não tem qualquer ligação com um objetivo de contenção de custos.

único – a profissão médica tinha sido sempre muito cuidadosa, para não deixar o governo dividi-los (Wilsford, 1991). A negociação em separado foi o benefício dado ao que era, naquele momento, o principal sindicato de GP (MG-França), por seu apoio para a reforma de 1996.² Esse sindicato promoveu uma reavaliação específica do estado do GP em relação ao especialista, e em 1997 assinou um acordo que estabeleceu a possibilidade de, qualquer paciente, escolher um “GP de referência”.

Nesse sistema (opcional tanto para pacientes e médicos), os GPs, que concordaram em serem médicos de referência aceitaram compromissos: eles são pagos diretamente pelos planos de saúde e não pelo paciente, eles mantêm os prontuários do paciente, prestam serviços de forma contínua, garantem a continuidade do tratamento, participam de programas públicos de prevenção, seguem as recomendações de boas práticas, e prescrevem uma determinada percentagem de medicamentos genéricos, etc. Em contrapartida, para cada paciente inscrito, o médico recebe um pagamento anual, que foi duplicado em 2000 para promover o esquema (atualmente 46 €, que é bastante generoso em relação a taxas anuais médias por paciente).

No âmbito desse plano, o paciente é encorajado a consultar primeiro o seu GP (exceto em emergências), a consultar um especialista somente com encaminhamento médico, a fazer o registro de saúde de cada consulta e a seguir as recomendações do médico no que diz respeito à prevenção e rastreio. É um contrato moral e não uma obrigação imposta, e não há nenhuma ligação com o reembolso dos tratamentos. O incentivo para entrar no sistema é que os doentes não têm de pagar antecipadamente e, em seguida, esperar para serem reembolsados.

O início do esquema foi promissor. A união de GP que assinou o acordo defendeu fortemente o regime, apesar da oposição dos sindicatos médicos, e dentro de alguns meses 12% dos GPs pediram para serem médicos de referência. O número de pacientes atendidos, no entanto, era muito baixo (1%).

Então, como é frequentemente no caso na França, o acordo assinado por essa união de GP e os planos de saúde foi legalmente impugnado (por outros sindicatos) e cancelado em 1998. Apesar de um novo acordo, incluindo o mesmo esquema, ser assinado em 1998 com os GPs, dessa vez o entusiasmo da união dos GPs foi menos claro. Em sua segunda versão,

² As organizações de outros médicos eram fortemente opostas a esta reforma, que tentou estabelecer um teto financeiro para as despesas médicas.

o esquema foi limitado a cerca de 10% dos GPs e 1% dos pacientes. Houve queixas de GPs que aderiram ao regime sobre a carga de trabalho administrativo, e o tempo de espera para receber o pagamento dos planos de saúde, etc. O apoio político dos GPs como um todo para esse esquema parecia indefinido, apesar do incentivo financeiro. Na verdade, a união de GPs que assinou o acordo foi claramente derrotada nas eleições para as organizações médicas regionais em 2000.

Outra iniciativa da reforma de 1996 abriu a possibilidade de diferentes formas de redes de prestadores de serviços, no nível local. O objetivo do experimento foi testar novas formas de coordenação entre os profissionais do atendimento ambulatorial ou entre atendimento ambulatorial e hospitalar. A lei deu um período de cinco anos de experiência, permitindo também que essas redes se acostumassem com as regras financeiras (tarifas, serviços de reembolso, a remuneração dos profissionais, etc.). Essa inovação deu a oportunidade de financiar elementos que não foram levados em conta pelo sistema de pagamento anterior (tempo de coordenação e de gestão para profissionais de saúde, sistemas de informação para compartilhar os registros médicos, etc.), e também para proporcionar novos benefícios para a população (consultas conjuntas, por exemplo). Um grande número de projetos foi proposto. Esses projetos foram promovidos por grupos de profissionais, bem como por empresas farmacêuticas e, até mesmo, pelas seguradoras. Muitos foram orientados para subgrupos populacionais específicos (idosos, pessoas muito pobres) ou pertencentes às condições específicas (asma, cancro, doenças cardiovasculares, diabetes) ou fatores de risco (álcool). Algumas das redes já existentes procuraram ganhar mais apoio financeiro através da aplicação do esquema.

Os projetos foram submetidos à aprovação prévia de uma comissão antes que pudessem obter uma regulamentação financeira específica. Essa comissão foi criticada por ser lenta e desanimar os promotores. No entanto, os critérios de financiamento não tinham sido fixados por lei e tiveram que ser criados por essa comissão. Houve também um debate político sobre os projetos promovidos pela indústria farmacêutica e pelas seguradoras. O mais espetacular foi a proposta de uma grande seguradora privada que se ofereceu para criar uma organização de tratamento gerenciado, ou seja, a seguradora propõe fornecer uma gama completa de serviços de tratamento médicos (através de uma rede de fornecedores selecionados) para uma população inscrita voluntariamente, e que será financiada por um pagamento de capital de risco, ajustado para cada paciente incluído. Essa proposta foi rejeitada pelo governo.

Em um ano e meio, a Comissão aceitou 12 projetos. No final de 2001, a lei anual sobre o financiamento dos tratamentos médicos mudou o processo em dois aspectos: ela criou um fundo específico para financiar o projeto, e transferiu o poder de avaliar e aceitar projetos para o nível regional (agências hospitalares regionais e sindicatos regionais dos planos de saúde). Desde então, uma série de experiências foram iniciadas em todas as regiões.

A experiência croata

Um tema de destaque na APS da Croácia diz respeito à escolha política entre integração *versus* coordenação. A privatização da Medicina de Família e Comunidade na década de 1990 (o que significa que os GPs têm contratos com o seguro de saúde individual e compram ou alugam as instalações para seus consultórios) produziu uma mudança para diminuir o trabalho e as práticas em equipe e a colaboração total. Dado que os seguros de saúde não permitem listas comuns de pacientes nem contratos de grupo, ou seja, é impossível organizar o trabalho em equipe. Os contratos individuais de APS são oferecidos aos dentistas, ginecologistas, pediatras e Médicos de Família e Comunidade. Finalmente, em “tempos de transição”, o processo de formação profissional ainda não era bem regulado – o que resultou em uma diminuição do número de GPs treinado profissionalmente.

Vários esforços foram feitos para resolver os problemas de fragmentação e falta de formação profissional na ABS. O governo bem como os planos de saúde reconheceu o problema e iniciativas foram desenvolvidas para promover as clínicas e estimular a formação profissional. O primeiro problema foi que tipo de clínica é melhor, a monovalente (só GP) ou polivalente (GP, ginecologistas, etc.)? Intimamente relacionado a esse problema está o tipo de formação profissional que deve ser estimulada em APS: GP ou apenas ginecologistas e pediatras, juntamente com os GPs. Nesse momento, a formação profissional na Medicina de Família e Comunidade, com o GP como o único contratante na APS, é a opção mais provável. Quanto à articulação com os tratamentos médicos secundários, essas iniciativas são concebidas para delinear atribuições e tarefas de forma mais clara, mas tendem a criar problemas na comunicação/colaboração entre os níveis primário e secundário. Embora existam iniciativas recentes, a maioria dos médicos trabalha atualmente em “circunstâncias dadas”: um único contrato, lista rigorosa, mais ou menos um consultório simples.

Dois novos modelos de coordenação podem ser identificados entre os GPs. Ambos são produtos da consciência dos GPs que algo melhor poderia ser obtido. Um projeto criado espontaneamente é a rede de “clínicas de porta aberta”. Um grupo de GP de todo o país abriu as portas de seus consultórios para os pacientes de outras clínicas gerais. O registro

temporário não é uma possibilidade na Croácia e, se os pacientes adoecem enquanto se encontram em outra cidade, podem usar somente os serviços de emergência. Se for inscrito em um dos GPs da rede, o paciente poderia utilizar serviços e obter receitas a partir de qualquer outro GP na rede.

Um novo segundo modelo de coordenação da APS, na Croácia, é a policlínica gerida por GP. Os GPs que administram essas policlínicas estão trabalhando como médicos contratados para um plano de saúde e os especialistas nas policlínicas estão trabalhando sem contrato, pelo pagamento direto do paciente. Nesse modelo há a necessidade do GP possuir ou alugar instalações para iniciar uma clínica e obter o contrato com o plano de saúde. No entanto, o financiamento, através desse acordo contratual, não é suficiente para cobrir os custos de compra de consultórios. Assim, os GPs compram um espaço maior e alugam para consultores/especialistas. O que lhes permite cobrir os custos do investimento feito para conseguir o contrato e também oferecer mais serviços aos pacientes. Tal organização geralmente leva a que mais pacientes escolham o consultório do GP, mais pacientes em sua lista significa mais dinheiro através do contrato. O GP também pode organizar um tipo diferente de contrato de consultoria para os médicos que trabalham em sua clínica. Aos consultores poderá ser pago um salário e o pagamento das consultas pode ser recolhido pelo proprietário da policlínica, ou seja, o GP. Além disso, parte da taxa para o pagamento de serviços de consultoria pode ser recolhida pelo proprietário da policlínica. Como serviços de consultoria são pagos pelos pacientes e não pelos planos de saúde, não há limitações sobre os tipos nem quantidade de serviços. GP podem ficar mais seguros, porque a consulta de especialistas está disponível no local e a má conduta/negligência pode ser evitada. Além disso, a educação mútua informal e a orientação podem ser alcançadas, apesar de nenhuma educação formal e pontos *CME* podem ser adquiridos através desse trabalho.

A partir do ponto de vista dos pacientes, esse modelo tem tanto aspectos positivos quanto negativos.

No lado positivo, ele oferece consultas especializadas mais convenientes para os pacientes em áreas remotas. Interconsulta e comunicação entre os médicos clínicos reduzem os erros clínicos e uma equipe de peritos pode ser formada no local para lidar com condições mais complicadas. No lado negativo, a maioria dos serviços não está coberta pelo plano de saúde e há uma possibilidade de serviços desnecessários serem gerados pelo provedor.

A experiência holandesa

Na Holanda, uma distinção pode ser feita entre dois tipos de estratégias. A primeira é o fortalecimento da posição de coordenação dos GPs. A segunda é o desenvolvimento de novos modelos organizacionais de tratamento integral, que é chamado de “atenção transmural”.

Fortalecendo a Medicina de Família e Comunidade

Na Holanda, a Medicina de Família e Comunidade tem sido dominada por consultórios individuais. Só recentemente a porcentagem de GP que trabalham em parcerias ou em centros de saúde ultrapassou o percentual de médicos que trabalham em clínicas individuais. Isso implica que os GPs individuais tenham uma posição mais fraca em comparação com as organizações de atenção médica de maior porte, tais como hospitais, organizações de atenção domiciliar e lares de repouso. Um estudo realizado por Kersten (1991) mostrou, por exemplo, que, apesar de sua posição como “condutores” a influência dos GPs é bastante limitada no tratamento que os pacientes recebem em um hospital. Portanto, desde o início da década de 1990, mudanças organizacionais, na Medicina de Família e Comunidade, têm sido introduzidas. Todas as clínicas gerais são agora parte dos chamados grupos de GP (HAGROs). Muitas vezes, essas HAGROs (ou um de seus membros) negociam com os hospitais e participam do desenvolvimento de projetos de coordenação. Além disso, os GPs participam dos também conhecidos FTOs: grupos de médicos e farmacêuticos que discutem e coordenam a prescrição de medicamentos. Há, ainda, a introdução de enfermeiras nas clínicas, que são especialmente contratadas para coordenar a atenção aos grupos de pacientes especiais (diabetes, reumatismo) que pode ser vista como uma medida destinada a reforçar a coordenação como a função central de uma Medicina de Família e Comunidade.

Recentemente, a organização das horas de atenção emergencial e fora do expediente do consultório tem mudado especialmente nas grandes áreas urbanas. Tradicionalmente era organizado com pequenos grupos de em que os GPs participantes assumiam a responsabilidade dos seus pacientes entre si (o sistema *locum*). Agora, serviços locais de GP em grande escala estão estabelecidos, nos quais um número limitado de médicos fica de plantão (durante horas extras) para o total da população que vive numa determinada cidade ou região. Eles são apoiados por um carro com um motorista, um *call center* (muitas vezes composto por enfermeiras especialmente treinadas), que fazem a primeira seleção quando os pacientes ligam, e um edifício central, que pode ser visitado pelos pacientes.

A atenção transmural

Desde meados da década de 1990, sérias tentativas foram feitas para criar formas de organização de “atenção integrada” nos Países Baixos. Duas comissões (Comissão de Modernização do Tratamento Curativo e um comitê consultivo do Conselho Nacional de Saúde Pública) formularam novas propostas para melhorar a qualidade e a eficiência do sistema de saúde holandês (*Commissie Modernisering Curatieve Zorg*, 1994; VNR / CVZ, 1995). Em contraste com a implementação de outras reformas, nenhum programa global de reforma foi desenvolvido. Em vez disso, adotou-se a realização de uma abordagem a partir dos setores iniciais. A ideia era que a cooperação e a comunicação entre os prestadores de atenção primária e secundária só poderiam ser realizadas em um nível regional ou local. O processo depende, em larga medida, das relações interpessoais diretas. Uma série de mudanças gerais na organização e financiamento da atenção primária e secundária foi proposta, o que poderia beneficiar indiretamente as iniciativas de atenção integrada.

O principal problema para resolver, através da atenção integrada é a diferença (organizacional) entre a atenção médica primária e secundária. Isso pode ser conseguido através da criação de novas formas de tratamento – “tratamento transmural” – que rompe as fronteiras tradicionais entre a atenção primária e secundária. A definição de tratamento transmural mais usada frequentemente é: o tratamento, em sintonia com as necessidades do paciente, com base numa estreita colaboração (cooperação e coordenação) entre os prestadores de atenção primária e os especializados, com responsabilidade global comum e especificação das responsabilidades delegadas (VNR CVZ / 1995). Uma colaboração estreita implica a colaboração entre os profissionais de saúde em uma base estrutural formal (Temmink, 2000). Isso pode ser organizado em reuniões regulares entre os prestadores de atenção médica, em que temas relacionados ao paciente, bem como as condições do processo de atenção transmural, sejam discutidos. Responsabilidade conjunta refere-se à celebração de acordos sobre o processo de atenção transmural em um nível organizacional. Esses acordos podem ser definidos nos protocolos ou diretrizes.

Existem hoje muitas formas de atenção transmural. Van der Linden (2001) fez um inventário dos tipos de atenção transmural que foram estabelecidas em 1999. Ela encontrou um total de mais de 500 projetos, que foram divididos em sete grupos:

1. Clínicas de enfermeiras especializadas para pacientes que sofrem de asma crônica, diabetes e doenças reumáticas.
2. Desenvolvimento de orientações em nível nacional, bem como em nível regional, para diagnósticos específicos, tais como asma e baixa fertilidade. Em algumas áreas

locais são desenvolvidas orientações sobre o fluxo de pacientes na organização do atendimento (protocolos de alta, por exemplo, orientações de informação/instrução aos pacientes e acordos clínicos sobre o tratamento).

3. Tecnologia de atenção domiciliar para o atendimento especializado em casa (hospital em casa).
4. O planejamento da alta com a introdução de enfermeiros especializados de ligação ou transferência.
5. Consulta de médicos especialistas e utilização das instalações do hospital por GP (por exemplo, comentários sobre a interpretação dos resultados dos testes de diagnóstico, prescrição de medicamentos e encaminhamentos).
6. Enfermarias de reabilitação para pacientes que necessitem temporariamente de atenção intensiva após a internação (por exemplo, paciente de acidente vascular cerebral estabilizado, ou paciente pós-operatório).
7. Iniciativas de racionalização da prescrição e entrega de drogas.

A estrutura organizacional dessas iniciativas difere. Algumas formas específicas de atenção transmural são organizadas em grupos especiais, tais como redes paliativas, e são chamados de *"pain teams"* (*equipes da dor*), que operam principalmente na comunidade. Nesse tipo de unidade organizacional os GPs frequentemente desempenham um papel central, de coordenador. Os primeiros resultados de alguns estudos de avaliação indicam que as novas formas de organização que aumentam a continuidade do tratamento têm uma boa relação custo-benefício e dão uma maior satisfação ao paciente, porque as necessidades de cada um podem ser mais bem atendidas do que na situação tradicional (ver, por exemplo, Smelt *et al.*, 1999; Francke e Willems, 2000)., Smelt *et al.*, 1999; Francke e Willems, 2000).

Outras formas de atenção transmural situam-se no hospital. Uma experiência desse tipo é a introdução da chamada ala do GP em um hospital geral. Nessa ala, os pacientes são tratados sob a responsabilidade do GP. Os grupos de pacientes são constituídos principalmente por pacientes que não estão totalmente recuperados da cirurgia ou estão num hospital longe de sua residência, *"bedblockers"* (necessidade tratamento especializado não médico e espera por vagas na casa de apoio/repouso) e outros pacientes que não podem mais serem tratados em casa com um baixo perfil assistencial. Os GPs participantes avaliaram positivamente os resultados dessa nova forma de organização (Moll van Charante *et al.*, 2001).

Outra inovação transmural bem-sucedida é a criação de unidades de acidente vascular cerebral (AVC) em que os GP, as organizações de atenção domiciliar, hospitais e casas de

repouso participam. O aumento da cooperação e da coordenação dessas unidades resulta em uma melhor qualidade da atenção médica, melhores resultados de saúde, menos “*bedblockers*” e atenção com o custo reduzido em relação à prestação de atenção médica tradicional (Huisman *et al.*, 2001). A unidade de AVC é uma organização abrangente, realizando os atendimentos na internação e ambulatorial (Kwa, 2002).

A abordagem a partir dos setores iniciais conduziu a variações regionais na prestação de serviços médicos. Algumas regiões têm poucas iniciativas transmurais, enquanto que em algumas outras regiões as chamadas “cadeias de atenção” (*zorgketens*) são formatadas. Trata-se de cooperações regionais de diferentes organizações de atenção médica, que trabalham juntas em uma base formalizada ou institucionalizada. O impacto das novas iniciativas transmurais na posição de coordenação dos GPs holandeses ainda não está claro. O inventário feito por Van der Linden (2001) mostrou que as organizações de atenção domiciliar, hospitais e casas de repouso têm um papel mais proeminente nos projetos de atenção transmural do que os GPs. Além disso, não se sabe como a atenção transmural vai desenvolver-se no futuro. Existem ainda problemas relacionados com a execução de projetos (experimentais) na rotina diária da prestação de atenção médica. Os principais problemas incluem o sistema financeiro, que não está adaptado à atenção integrada, a falta de apoio do *ICT* e uma escassez de prestadores na atenção primária, bem como atenção secundária.

A experiência do Reino Unido

Na última década, a política do governo do Reino Unido colocou uma ênfase crescente sobre a noção de Sistema Nacional de Saúde (SNS) conduzido pela atenção primária, com uma tentativa de mudança de poder e recursos da atenção secundária para a primária, a fim de trazer o planejamento e a atenção médica para “mais perto dos pacientes” (Somerset *et al.*, 1999). Iniciativas como incentivos públicos, os pilotos de compra total, Grupos de Atenção Primária (GAPs) agora Monopólios de Atenção Primária (MAPs), e a experiência de regimes assalariados são todas tentativas de desestabilizar o equilíbrio da atenção médica na direção da primária e da comunitária do que do setor hospitalar (Coulter e Mays, 1997). Essas iniciativas têm implicações para o papel de coordenação da Medicina de Família e Comunidade. Duas que são da maior importância são os incentivos públicos e a introdução de GAPs e MAPs. Os incentivos públicos foram introduzidos no SNS no início de 1990, como resultado da criação do mercado interno pelo governo conservador. A introdução de GAPs e MAPs foi uma iniciativa tomada na última parte da década de 1990 pelo governo trabalhista.

A iniciativa dos incentivos públicos (Glennister *et al.*, 1994) permitiu que GPs se tornassem independentes e pudessem estabelecer contratos de atenção não emergencial para seus pacientes. Como pacientes individuais não tinham direitos de compra, os titulares da GP agiam como solicitadores, adquirindo serviços em nome dos pacientes. Essa iniciativa, juntamente com outros desenvolvimentos na década de 1970 e 1980, melhorou a situação profissional dos médicos (ver Calnan e Gabe, 1991), em certa medida, rebateu os problemas de coordenação, devido à relação desigual entre médicos independentes e os médicos do hospital. Ela tentou dar mais poder (através do controle sobre os recursos) para GP nas suas negociações com os médicos do hospital. Há algumas evidências de que os GPs independentes, como representantes dos consumidores, atuaram em defesa dos interesses dos pacientes e reforçaram o seu papel de coordenação. Por exemplo, há evidências de que a comunicação entre médicos de família e os médicos do hospital foi ampliada e de que os incentivos públicos melhoraram os serviços, tais como os resultados dos testes de diagnósticos mais rápidos e menores tempos de espera. Eles também eram capazes de adquirir serviços especializados, como fisioterapia e de clínicas comunitárias. No entanto, tal modelo não se mostrou custo-efetivo devido ao aumento da burocracia e a produção de desigualdades de acesso (Coulter, 1995). Além disso, havia pouca evidência de que o processo de contratação realmente fortaleceu o poder de negociação dos GPs (Baeza e Calnan, 1997). O estímulo para que os médicos do hospital aderissem a demandas dos autônomos dependia da existência de outras fontes alternativas de abastecimento e fornecimento. Em muitos casos os autônomos eram leais e solidários aos seus fornecedores locais, ao invés de pesquisarem os melhores preços de atenção hospitalar em outros lugares (Robinson e Le Grand, 1994; Mays *et al.*, 2001).

Uma iniciativa que surgiu, a partir da implementação dos incentivos públicos, foi a introdução de clínicas comunitárias na Medicina de Família e Comunidade (Abery *et al.*, 1998), que é um exemplo de promoção da integração, uma vez que a atenção primária prestava serviços que normalmente estariam num hospital. Um estudo (Gillam *et al.* One., 1995) avaliou o modelo de clínica comunitária de tratamento oftalmológico quanto ao seu impacto na Medicina de Família e Comunidade, sua utilização dos serviços de oftalmologia, opiniões dos paciente e os custos. Um médico oftalmologista e uma enfermeira especializada em oftalmologia controlavam as 17 clínicas participantes uma vez por mês. A clínica foi popular com os pacientes e Médicos de Família e Comunidade e parecia agir como um filtro eficaz para a demanda por atenção no ambiente hospitalar. No entanto, o impacto educacional do regime foi limitado e o custo por paciente ao serviço da clínica comunitária foi cerca de três vezes o custo por paciente atendido no ambulatório.

Tem ocorrido uma série de outras iniciativas (ver Sergison e col., 1997), que visam melhorar a coordenação entre a atenção primária e a atenção hospitalar especializada. Uma abordagem tem sido atribuir um papel de coordenação específica para um médico ou enfermeiro (O'Leary, de 1990; Grahame e West, 1996). Outra é a criação de um arranjo organizacional para o tratamento compartilhado de pacientes com condições crônicas, como diabetes ou asma ou para serviços específicos, tais como tratamento pré-natal e obstétrico (Tucker *et al.*, 1996). Um modelo relacionado envolve o acompanhamento após a alta hospitalar (Hansen *et al.*, 1992). No entanto, o impacto total dessas diferentes iniciativas parece ser limitado, pois existem algumas evidências (Evans, 1996) que sugerem que, enquanto iniciativas lideradas pela atenção primária no SNS podem ter melhorado a comunicação e aumentado o acesso direto às instalações, há pouca evidência sobre a transferência de recursos e serviços de atenção primária. Importantes barreiras a serem mudadas incluem as atitudes dos consultores e da cultura individualista dos GPs.

O sistema de incentivos públicos foi substituído por GAPs, que se tornaram MAPs. O estabelecimento de GAPs e MAPs reflete o objetivo claro de desenvolver uma política de atenção integrada, reunindo atenção primária com serviços comunitários e articulando a prestação de cuidados a maiores níveis de responsabilização pelo comissionamento de serviços (Ham, 2004). Uma rede nacional de GAPs foi criada na Inglaterra em 1999 e os GAPs tinham três funções principais: melhorar a saúde da população no GAP, desenvolver serviços de saúde primários e comunitários dentro do GAP, e proporcionar serviços terciários e secundários para a população no GAP. No entanto, os GAPs foram considerados a primeira etapa de um processo, resultando em uma transição gradual para o MAP (Mays e Goodwin, 1998). Os MAPs deviam ser independentes e incluir médicos e enfermeiros da comunidade, prestar serviços à população, e gerir a prestação de serviços à comunidade, como enfermagem local e visitação aos pacientes, mantendo-se perante a autoridade sanitária local. Os MAPs tinham as mesmas funções dos GAPs, mas com uma maior gama de responsabilidades. Assim, o MAP recebeu um orçamento unificado, que representa aproximadamente 80% do orçamento da atenção em saúde.

Em abril de 2002, cerca de 300 MAPs foram formados, contando com autoridades em saúde estratégicas, que conduziram a estratégia de desenvolvimento da comunidade local de saúde e de gestão do desempenho dos MAPs e confiabilidade do SNS. Isso deixou os MAPs num o papel central do SNS: conduzir a melhoria da saúde da comunidade, desenvolvendo a prevenção básica e serviços comunitários de saúde, e proporcionando serviços secundários de saúde. Cada MAP é gerido por um conselho composto por um presidente leigo, diretor

não executivo e uma minoria de diretores, incluindo o executivo chefe, o diretor financeiro e o diretor de saúde pública (Ham, 2004). A evidência limitada disponível sobre o impacto da GAPs e MAPs sugere uma evolução na concessão dos serviços primários e comunitários, refletindo o desejo de criar alternativas aos serviços fornecidos tradicionalmente no setor secundário. Progressos significativos tinham sido particularmente alcançados na concessão de áreas de serviços comunitários de atenção primária e intermediária (Smith e Goodwin, 2002). No entanto, na contratação de serviços especializados, a evolução tem sido mais lenta e menos significativa. Isso se deveu em parte à falta de envolvimento de médicos da atenção primária e secundária e às más relação e comunicação entre os setores primário e secundário (Regen *et al.*, 2001). Evidências a partir desse estudo (Regen, 2002) também mostraram que a maioria dos médicos considera que a carga de trabalho adicional associado aos GAPs e MAPs não se traduziu em melhorias tangíveis nos serviços em termos de qualidade e variedade dos serviços clínicos, e que ganhar a participação efetiva dos GP nos MAPs estava sendo problemático.

Um desenvolvimento mais recente (Department of Health, 2004) foi a introdução do comissionamento baseado nas clínicas. A partir de abril de 2005, as clínicas podem receber um orçamento indicativo dos MAPs, que pode ser usado para melhorar a prestação de serviços. O estudo de casos locais, onde tais sistemas foram testados, sugere que os pacientes terão acesso a vias alternativas de cuidado em atenção primária e secundária, com ênfase na prestação de tratamentos especializados em Medicina de Família e Comunidade. Tal iniciativa parece ser resultado do incentivo público realizado no início dos anos 1990, embora esse estivesse dentro do contexto diferente de um mercado ainda em formação.

Discussão

Essa análise mostra claramente que a fragmentação do atendimento e dos problemas de coordenação e continuidade de tratamentos tende a ser predominantes, independentemente do tipo de sistema de saúde. Nos Países Baixos e no Reino Unido ainda existem problemas de coordenação e integração, apesar da presença dos sistemas de coordenação e mediação dos GPs. Porém, tais problemas de fragmentação tendem a se agravar em sistemas onde não existe uma estratégia de coordenação dos GPs e a ênfase é colocada na “escolha”, com os pacientes tendo a maior responsabilidade para dirigir o seu próprio caminho através do serviço de saúde.

A análise mostrou também as diferentes estratégias adotadas por quatro países, para resolver os problemas de fragmentação. Uma estratégia comum em todos os países foi for-

talecer a Medicina de Família e Comunidade, embora a força motriz por trás dessa política foi tanto a eficiência econômica, como a preocupação com as necessidades do paciente. A introdução de Monopólios de Atenção Primária, no Reino Unido, por exemplo, tem procurado obter maior integração entre a atenção primária e serviços de saúde comunitários. Uma estratégia alternativa adotada por muitos países foi fortalecer a coordenação entre a atenção primária e os serviços especializados, assistência social e serviços comunitários. Parece que os GPs controlam a porta de entrada, mas seus poderes de coordenação recuam depois que o paciente passa pelo portão dos sistemas de saúde. Essas iniciativas incluíram a atribuição de uma função de coordenação específica para profissionais de saúde ou da área social, a criação de modos compartilhados de organização da atenção ou concessão conjunta, introduzindo na Medicina de Família e Comunidade serviços, que eram geralmente baseados no hospital ou serviço social. . As evidências disponíveis para avaliar os benefícios dessas iniciativas são variadas,, com seu sucesso dependendo da vontade dos diferentes ramos da profissão médica de trabalhar em conjunto (Evans, 1996).

Essas mudanças organizacionais foram claramente introduzidas para reforçar a função de condutor, apesar de recentes, as iniciativas políticas associadas parecem desafiar o conceito básico de coordenação e, em particular, a continuidade dos tratamentos (Bosanquet and Salisbury, 1998). Por exemplo, no “novo” modernizado SNS do Reino Unido a série de desenvolvimentos efetivados até aqui podem ser vistos como desafios. Primeiro, houve um aumento nos pontos de entrada dos pacientes na atenção primária. Exemplos desses são os centros de entrada do SNS (Anderson *et al.*, 2002; Salisbury, 2004), o SNS *Direto* (*call center*) e a organização dos GPs em grandes organizações, como as cooperativas de atenção fora do expediente, que estão abarcando fatias crescentes da carga de trabalho da atenção primária. Cada um deles permite ao paciente ter acesso direto à atenção médica e ter acesso a um profissional de saúde diferente.

O segundo desafio é o conceito de continuidade do tratamento. Cada vez mais os pacientes não conhecem os médicos que os tratam pessoalmente. Isso se deve, em parte, ao aumento nos pacientes que se deslocam ou mudam de médico, mas, principalmente ao fato de que há menos médicos trabalhando em tempo integral e que as clínicas são geralmente maiores em tamanho. Um sistema de assalariamento foi testado, a fim de incentivar médicos a trabalharem em áreas carentes, mas esse emprego é visto por muitos médicos como uma posição provisória, com poucas oportunidades para os pacientes e médicos desenvolverem um estreito relacionamento.

Um terceiro desafio no Reino Unido é o aparecimento de um papel de especialista para os GPs. Serviços especializados de GP, tais como dermatologia, organizados e dirigidos por médicos e enfermeiros especializados, fornecendo um substituto para o serviço hospitalar. Essa iniciativa visa, sobretudo, controlar as listas de espera. Isso contrasta com as clínicas comunitárias, que surgiram a partir da iniciativa do mercado interno, onde os especialistas hospitalares clinicavam com base na Medicina de Família e Comunidade. Além disso, há uma nova tentativa de envolver médicos em hospitais locais ou da comunidade e hospitais que estão atualmente sendo chamados de “sistemas de assistência intermédios”.

Finalmente, um quarto desafio é a organização da equipe de atenção primária e com a introdução de enfermeiras (triagem) como o primeiro ponto de contato. Nesse contexto, os GPs são consultores de atenção primária e os enfermeiros lidam com uma série de atividades como o acompanhamento de tratamentos graves, promoção da saúde e gestão de doenças crônicas.

Alguns desses desenvolvimentos são evidentes no novo contrato dos GPs (Departamento de Saúde, 2003; Rowland, 2004), que faz uma distinção entre as atividades centrais dos GPs de “servir as pessoas que estão doentes”, e as demais: as atividades adicionais (opcionais, tais como a atenção materna) e outras atividades (serviços especializados), que são fornecidas no MAPs. Assim, cada vez mais os pacientes teriam diferentes profissionais a quem consultar nos serviços de atenção primária. Isso pode atender às demandas do paciente, ou de alguns grupos de demandas do paciente, mas contesta a noção de continuidade do tratamento. Assim, a nova unidade de atenção primária do SNS pode ter conduzido um maior acesso à atenção primária e à especializada, mas que parece desafiar a noção de continuidade do tratamento e do papel de coordenação do GP. Pode ser que os pacientes tenham que abandonar os benefícios de um “doutor” pessoal, para as vantagens de um atendimento baseado em serviços básicos, onde o papel de coordenação é fornecido através da própria organização. Isso pode ser adequado para alguns tipos de pacientes, mas para aqueles que valorizam um médico “que conheça a sua história”, tais como aqueles com doenças crônicas e múltiplas doenças, esse desenvolvimento pode ser visto como uma barreira adicional para o acesso (Calnan *et al.*, 1994).

Esses acontecimentos, problemas e soluções também são evidentes em outros países, onde a atenção primária tem um papel central, por exemplo, nos Países Baixos. Parece que, geralmente, eventuais políticas para melhorar a coordenação, independentemente do sistema de saúde, podem incluir:

- ▶ definir a população (do paciente) de antemão (acordos sobre testes diagnósticos, interpretações, definições, etc.);
- ▶ definir um pacote comum de atividades de atenção em torno das necessidades específicas de um grupo de pacientes;
- ▶ definir a responsabilidade partilhada e responsabilidades específicas do fornecimento de atenção de parceiros;
- ▶ criar respeito e confiança mútua (por exemplo, o desenvolvimento de protocolos ou consultas sobre o processo de atendimento);
- ▶ criar mecanismos financeiros claros de antemão (por exemplo, para hora extra e trabalho administrativo relacionadas com a cooperação e comunicação);
- ▶ melhorar a comunicação e informação, instalações (TIC), e introduzir elementos da atenção integrada em programas educacionais (por exemplo, na formação médica continuada).

Referências

- Abery, A., Bond, M., Bowling, A., McClay, M. and Pope, G. (1998). Evaluation of special- ists' outreach clinics in primary care in England, *Quality of Life Newsletter* 16: 7–8. Anderson, E., Pope, C., Manka-Scott, T. and Salisbury, C. (2002). NHS walk-in centres and the expanding role of primary care nurses, *Nursing Times* 98(19): 36–37.
- Baeza, J. and Calnan, M. (1997). Implementing quality: a study of the adoption and implementation of quality standards in the contracting process in a general practitioner multifund, *Journal of Health Services and Research Policy* 2(4): 205–11.
- Bosanquet, N. and Salisbury, C. (1998). The practice, in Loudon, I., Horder, J. and Webster, C. (eds) *General Practice under the National Health Service 1948–1997*, London: Clarendon Press.
- Calnan, M. and Gabe, J. (1991). Sociology of General Practice, in: Gabe, J., Calnan, M. and Bury, M. (eds) *Sociology of the Health Service*. London/New York: Routledge.
- Calnan, M., Coyle, J. and Williams, S. (1994). Changing perceptions of general practitioner care, *European Journal of Public Health* 4: 108–114.
- Commissie Modernisering Curatieve Zorg (1994). *Rapport Gedeelde Zorg: betere zorg*. Zoetermeer: Hageman BV.
- Coulter, A. (1995). Evaluating general practice fundholding in the UK, *European Journal of Public Health* 5(4): 233–239.
- Coulter, A. and Mays, N. (1997). Deregulating Primary Care, *British Medical Journal* 314: 510–513.
- Delnoij, D.M.J., Van Merode, G., Paulus, A. and Groenewegen, P.P. (2000). Does general practitioner curb health care expenditure?, *Journal of Health Services Research and Policy* 1: 22–26.
- Department of Health (2003). *Investing in General Practice: The New General Medical Services Contract: The Stationery Office*. London: Department of Health.

- Department of Health (2004). *Practice Based Commissioning: Engaging Practices in Commissioning*. London: Department of Health. (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/03/59/04090359.pdf>, accessed 28 October).
- De Roo, A.A., Chambaud, L. and Guntert, B.J. (2004). Long-term care in social health insurance systems, in Saltman, R.B., Busse, R. and Figueras, J. (eds) *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Berkshire/New York: Open University Press/ McGraw-Hill Education.
- Dixon, J., Holland, P. and Mays, N. (1998). Developing primary care gatekeeping, commissioning and managed care, *British Medical Journal* 317: 125–8.
- Evans, D. (1996). *A stakeholder analysis of developments at the primary and secondary care interface*. Institute for Health Policy Studies, University of Southampton.
- Francke, A.L. and Willems, D.L. (2000). *Palliatieve zorg vandaag en morgen. Feiten, opvattingen en scenario's [Palliative care today and tomorrow. Facts, opinions and scenarios]*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Gervas, J., Perez-Fernandez, M. and Starfield, B.H. (1994). Primary care, financing and gatekeeping in western Europe, *Family Practice* 11(3): 307–17.
- Gillam, S.T., Ball, M., Pruesad, M., Dunne, H., Cohen, S. and Vafliides, G. (1995). Investigation of benefits and costs of an ophthalmic outreach clinic in general practice, *British Journal of General Practice* 45: 649–652.
- Glendinning, C., Rummery, K. and Clarke, R. (1998). From collaboration to commissioning: developing relationships between primary health and social services, *British Medical Journal* 317(7151): 122–5.
- Glennerster, H., Matsaganis, W. and Owens, P. (1994). *Implementing GP Fund Holding: Wild Card or Winning Hand?* Buckingham: Open University Press.
- Grahame, R. and West, J. (1996). The role of the rheumatology nurse practitioner in primary care: an experiment in the further education of the practice nurse, *British Journal of Rheumatology* 35(6): 581–8.
- Gross, R., Tabenkin, H. and Brammli-Greenberg, S. (2000). Who needs a gatekeeper? Patients' views of the role of the primary care physician, *Family Practice* 17: 222–229.
- Grundmeyer, H.G.L.M. (1996). General practitioner and specialist: why do they communicate so badly? *European Journal of General Practice* 2: 53–54.
- Halm, E.A., Causino, N. and Blumenthal, D. (1997). Is gatekeeping better than traditional care? A survey of physicians' attitudes, *Journal of the American Medical Association* 26: 1677–1681.
- Ham, C. (2004). *Health Policy in Britain: The Politics and Organisation of the National Health Service* (5th edition). Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Hansen, F.R., Spedtsberg, K. and Schroll, M. (1992). General follow up by home visits after discharge from hospital, *Age and Ageing* 21(6): 445–450.
- Huisman, R., Van Wijngaarden, J.D.H., Scholte op Reimer, W.J.M. et al. (2001). Van units naar ketenzorg: stroke service biedt betere zorg voor CVA-patiënten [From units to chain-care: stroke service provides better care for stroke patients], *Medisch Contact* 56(48): 1765–1768.
- Hutten, J.B.F. (1998). Workload and provision of care in general practice. An empirical study of the relation between the workload of Dutch general practitioners and the content and quality of their care. Utrecht: NIVEL (thesis, University of Utrecht).
- Kersten, T.J.J.M.T. (1991). De invloed van huisartsen in de tweede lijn [The influence of general practitioners on secondary care]. Utrecht: NIVEL (thesis, University of Utrecht).

- Kwa, V.I.H. (2002). "Stroke units" als effectiefste vorm van behandeling ["Stroke units" as most effective form of care], *Pharmaceutisch weekblad* 137(9): 319–322.
- Mays, N. and Goodwin, N. (1998). Primary care groups in England, in Klein, R. (ed.) *Implementing the White Paper – Pitfalls and Opportunities*. London: King's Fund.
- Mays, N., Wyke, S., Malbon, G. and Goodwin, N. (eds) (2001). *The Purchasing of Health Care by Primary Care Organisations*. Buckinghamshire: Open University Press.
- Moll van Charante, E.P., Ijzermans, C.J., Hartman, E.E. et al. (2001). *De huisartskliniek in IJmuiden: een inventarisend onderzoek [The general practitioner clinic in IJmuiden: an inventory-making investigation]*. Amsterdam/Rotterdam: Instituut voor Huisartsg- eneeskunde Amsterdam, Institute of Medical Technology Assessment.
- Moll van Charante, E.P., Delnoij, D.M.J., Ijzermans, C.J. and Klazinga, N.S. (2002). Van spelverdeler tot speelbal? De veranderde rol en positie van de Nederlandse huisarts [The changing role of the Dutch general practitioner], *Huisarts en Wetenschap* 45(2): 70–75.
- NRV/CvZ (1995). *Transmurale somatische zorg*. Zoetermeer: NRV/CvZ.
- O'Leary, J. (1990). Primary health care. Liaison nursing. Forging vital links in care. *Nursing Standard* 5(7): 52.
- Preston, C., Cheater, F., Baker, R. and Hearnshaw, H. (1999). Left in limbo: patients' views on care across the primary/secondary interface, *Quality in Health Care* 8(1): 16–21.
- Regen, E. (2002). *Driving Seat or Back Seat? GPs' Views on and Involvement in Primary Care Groups and Trusts*. Birmingham: Health Services Management Centre.
- Regen, M., Smith, J., Goodwin, N., Mcleod, H. and Shapiro, J. (2001). *Passing on the Baton: Final Report of a National Evaluation of Primary Care Groups and Trusts*. Birmingham: Health Services Management Centre.
- Roberts, K.J. (1999). Patient empowerment in the United States: a critical commentary, *Health Expectations* 2: 82–92.
- Robinson, R. and Le Grand, J. (1994). *Evaluating the NHS Reforms*. London: King's Fund.
- Rowland, M. (2004). Linking physicians pay to the quality of care – a major experiment in the UK, *New England Journal of Medicine* 351(14): 1448–1453.
- Salisbury, C. (2004). Does advanced access work for patients and practices? *British Journal of General Practice* 54: 330–31.
- Sergison, M., Sibbald, B. and Rose, S. (1997). Skill Mix in PC: A Bibliography. NCRPC, working paper. Manchester: University of Manchester.
- Shi, L., Starfield, B., Kennedy, B. and Kawachi, I. (1999). Income inequality, primary care and health indicators, *Journal of Family Practice* 48(4): 275–84.
- Smelt, W.L.H., De Gier, A., Meyer, C., De Bruijn, M., Oudendijk, C. and Van der Kam, W.L. (1999). Huisarts spil in pijnteam: chronische patiënten eerder geholpen [General practitioner at the centre of painteam: prompt care for chronic patients], *Medisch Contact* 54(48): 1663–1665.
- Smith, J. and Goodwin, N. (2002). *Developing Effective Commissioning by Primary Care Trusts: Lessons from the Research Evidence*. Birmingham: Health Services Management Centre.
- Somerset, M., Faulkner, A., Shaw, A., Dunn, L. and Sharp, D.J. (1999). Obstacles on the path to a primary care led NHS: complexities of outpatient, *Social Science and Medicine* 48(2): 213–225.

Starfield, B. (1991). Primary care and health, *Journal of the American Medical Association* 266(16): 2268–2271.

Temmink, D. (2000) *Transmural Clinics: A Nursing Innovation Explored*. Thesis: Maastricht University. Utrecht: NIVEL.

Tucker, J.S., Hall, M.N., Howie, P.W. *et al.* (1996). Should obstetricians see women with normal pregnancies? *British Medical Journal* 312: 554–559.

Van der Linden, B.A. (2001). *The Birth of Integration: explorative studies on the development and implementation of transmural care in the Netherlands 1994–2000*. Utrecht: University of Utrecht (thesis).

Wilsford, D. (1991). *Doctors and the State: The Politics of Health Care in France and the United States*. Durham: Duke University Press.

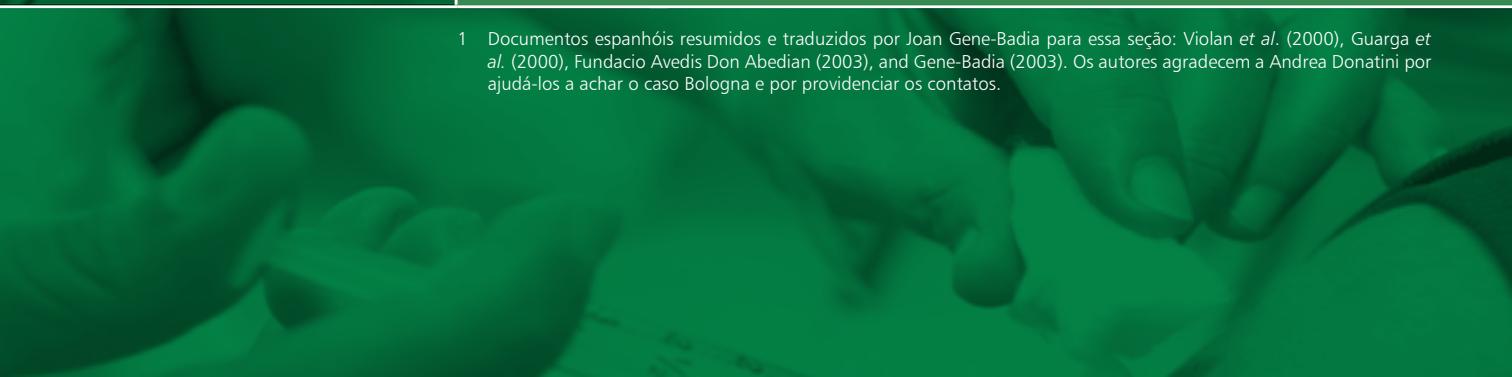


capítulo seis

O impacto da aquisição de serviços de atenção primária na Europa: um estudo de caso comparativo da reforma de atenção primária¹

Alison McCallum, Mats Brommels, Ray Robinson, Sven-Eric Bergman e Toomas Palu

¹ Documentos espanhóis resumidos e traduzidos por Joan Gene-Badia para essa seção: Violan *et al.* (2000), Guarga *et al.* (2000), Fundació Avedis Don Abedian (2003), and Gene-Badia (2003). Os autores agradecem a Andrea Donatini por ajudá-los a achar o caso Bologna e por providenciar os contatos.



Introdução e histórico

Desenvolvimento da aquisição na atenção em saúde

Nos últimos anos, vários países têm procurado desenvolver organizações que adquirem serviços para cumprir seus objetivos estratégicos em assistência médica. Essas organizações decidem quais serviços médicos comprar para a população, os termos pelos quais eles devem ser adquiridos e quais organizações devem fornecê-los. Compradores em potencial incluem fundos de saúde em países com sistemas de seguro social de saúde e agências de saúde locais ou municipais em sistemas baseados em impostos. A aquisição da atenção primária ocorre onde a responsabilidade pelo orçamento, por serviços de especialistas ou atenção primária adicional é desenvolvida por clínicos ou organizadores da atenção primária.

Benefícios teóricos da aquisição

A vantagem da aquisição é o seu foco nas necessidades médicas da população. A aquisição abre oportunidades para se mudar padrões históricos de uso de serviço e realocar recursos, para evitar a captura pelo fornecedor da *agenda da atenção em saúde*.

Vários incentivos associados à transferência das tomadas de decisões podem também melhorar a flexibilidade e o desempenho do sistema de saúde. A aquisição pode possibilitar mudanças, no sentido de que como o hospital ou a organização fornece serviços e/ou qual é o equilíbrio entre internação e o cuidado ambulatorial sejam aspectos analisados e definidos por padrões de qualidade clínicos ao invés de administrativos.

Onde clínicas de atenção primária ou organizações adquirem atenção, vários benefícios são considerados mais prováveis de ocorrer do que quando *fundos para doenças e/ou enfermidades* ou agências de saúde locais adotam esse papel. A compra da atenção primária deve combinar a tomada de decisão financeira e clínica e fornecer incentivos para os Médicos de Família e Comunidade usarem os limitados recursos com a melhor relação custo-efetividade. Ela deve racionalizar os serviços, tornando-os mais focados no paciente e influenciando o equilíbrio de poder entre a atenção primária e os serviços especializados.

Os benefícios teóricos da aquisição da atenção primária refletem sua flexibilidade, em escala pessoal e local e falta de burocracia. Instituições centralizadas, particularmente aquelas como os *fundos para doenças e/ou enfermidades*, onde reclamações processuais e de reembolso eficazes requerem uma burocracia bem desenvolvida, podem achar difícil adotar a flexibilidade necessária e a reação local. Há desvantagens quando os hospitais são

compradores por sua larga escala e sua tendência em reduzir os recursos disponíveis para a atenção primária. Potenciais exceções incluem hospitais com um foco forte na comunidade, uma ênfase na administração de doenças crônicas e acesso a uma atenção primária especializada.

O continuum de aquisições da atenção primária na Europa

Durante os últimos 20 anos vários modelos de aquisição de atenção primária foram desenvolvidos. Eles variam de soluções baseadas no mercado, à rede de organizações focadas na comunidade. Os diferentes modelos refletem o poder de vários atores sociais, suas razões em considerar a aquisição da atenção primária e a ideologia predominante. Os exemplos mais compreensíveis ocorrem onde a atenção primária organiza e financia todos os aspectos de prevenção, tratamento e cuidado, desde o desenvolvimento da comunidade, tratamento de drogas, serviços de diagnóstico e o comissionamento, até tratamentos cirúrgicos, psiquiátricos ou com médicos especialistas. Essa é a situação na Inglaterra, onde *trustes* de atenção primária adquirem serviços comunitários e de especialistas para todos, usando para os tratamentos mais complexos com um orçamento fixo.

No outro lado do espectro, o GP influencia a aquisição indiretamente através da representação profissional em vários comitês. Isso tende a ocorrer nos sistemas de saúde baseados em seguros sociais. Entre esses dois extremos, os orçamentos dos serviços e programas específicos são atribuídos. Juntas, essas formam uma série de diferentes modelos de aquisição ou desconcentração orçamentária. O Quadro 6.1 ilustra as quatro categorias principais.

O alcance das ferramentas empregadas na aquisição da atenção primária

A outra dimensão da aquisição é a esfera de influência dentro da qual os compradores de atenção primária funcionam. Isso vai desde a capacidade de moldar a prática diária, para planejar prestação da atenção primária aprimorada, à comunidade, através da liderança na atenção primária do redesenho de atenção especializada.

Quadro 6.1 Modelos de aquisição de atenção primária e o orçamento

Modelo	Principais características
Aquisição ativa	Fundos transferidos para o orçamento de atenção primária Nível de autonomia organizacional Pode incluir incentivos financeiros ou riscos de encorajar diferentes formas de trabalhar
Comissionamento	A atenção primária determina a natureza e o conteúdo de serviços de especialistas específicos Orçamento indicativo transferido Responsabilização financeira formal (por exemplo, assinatura do contrato) e contínua como uma organização-mãe
Transferência orçamentária	Responsabilidade pelo financiamento de serviços específicos, por exemplo, testes de diagnóstico ou de produtos farmacêuticos transferidos Influência limitada sobre a prestação de serviços
Aquisição indireta	Exercício do poder de representação ou influência profissional sobre a aquisição por terceiros, por exemplo, membro do grupo de assessoria das instituições de seguro social

O modelo de aquisição e a esfera de influência afetam a natureza dos contratos, bem como acordos semelhantes celebrados pelos principais compradores da atenção e os órgãos responsáveis pela supervisão dos processos. Exemplos incluem a disponibilidade de informações, análise e perícia, para identificar e priorizar a atenção incluída nos contratos, a natureza das relações contratuais e os mecanismos para a execução e término de contratos, incluindo a habilidade de mudar de fornecedor. Controles efetivos profissionais, gerenciais e financeiros são necessários para detectar efeitos adversos imprevistos dos contratos, para limitar os riscos financeiros que possam perturbar a atenção ao paciente e reduzir o jogo.

Avaliando o impacto da aquisição de cuidados primários

Esse capítulo examina o desenvolvimento e o impacto dos modelos de aquisição e comissionamento da atenção primária sobre a organização e o desenvolvimento de serviços de saúde. As fontes incluem literatura publicada e opinião de especialistas. Esses foram avaliados através de métodos de estudo de caso comparativos e meta-análise para comparar os resultados entre os países e identificar as lições que podem ser generalizadas.

A avaliação do sucesso de experiências de aquisição na atenção primária tem três elementos. Primeiro, a execução da aquisição da atenção primária foi bem-sucedida? Segundo, a experiência da aquisição fez alcançar as melhorias na organização dos serviços de saúde, dos processos da atenção e os resultados que eram esperados? Terceiro, quais fatores facilitaram ou restringiram a execução e o impacto da aquisição da atenção primária? Os casos

ilustram a sequência contínua de ativo para aquisição indireta e a dimensão e o alcance das iniciativas, que se desenvolveram em cada categoria.

O desenvolvimento da obtenção de serviços de atenção primária na Inglaterra²

GP e o orçamento fixo

Desde a década de 1980, várias reformas lançaram as bases para a aquisição de atenção primária. Reformas preliminares em 1985 e 1990 aumentaram a GP local, e, portanto, a atenção primária e a sua responsabilização antes de lhe ser delegada a aquisição (Taylor, 1991; Allsop, 1995; Bloor *et al.*, 1999). Em 1991, foi estabelecido o orçamento fixo na Medicina de Família e Comunidade e 303 clínicas gerais com lista de pacientes com 11.000 ou mais receberam orçamentos para aquisição direta de serviços selecionados para seus pacientes (Glennerster *et al.*, 1994). O orçamento fixo padrão cobria cerca de 20% do orçamento dos serviços em saúde do hospital e da comunidade, incluindo a cirurgia mais eletiva (na maioria a cirurgia de catarata, a substituição do quadril, etc.), avaliação ambulatorial (pacientes externos), diagnóstico, os custos de tratamento e da prescrição. A autoridade de saúde local comprou todos os outros serviços, incluindo a atenção de emergência. O orçamento fixo excluía a renda pessoal (salário) dos GPs, que era paga separadamente. Os consultórios poderiam realocar as economias do orçamento fixo para outros serviços, mas não para complementar a renda dos GPs. Embora os limites de dinheiro fossem aplicados às autoridades de saúde e ao SNS, a aquisição de um item não previsto no orçamento fixo e os gastos extras eram tolerados.

O orçamento fixo evoluiu (Mays e Dixon, 1996) para incorporar procedimentos e serviços mais complexos, por exemplo, cirurgia cardiovascular e atenção especializada de enfermagem. *Ele* também foi adaptado para consultórios menores, a partir de abril de 1996, consultórios com listas de 5.000 ou mais pacientes eram elegíveis para solicitá-lo. Consultórios com 3.000-5.000 pacientes podiam adquirir serviços comunitários incluídos no orçamento *fixo* padrão. Esse modelo “comunitário” permitiu que pequenos consultórios clínicos, até mesmo os individuais, participassem do orçamento fixo.

2 As modalidades de aquisição de atenção primária diferem um pouco entre a Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales. Os sistemas descritos nesse estudo de caso se aplicam à Inglaterra; alguns, mas nem todos eles, aplicam-se a outros países.

Na outra ponta da escala, organizações mais sofisticadas se desenvolveram. Essas incluíam os consórcios de consultórios e fundos múltiplos. Aqui os consultórios com o orçamento fixo reuniram algumas funções de gestão, obtendo economias de escala, sem comprometer a flexibilidade do orçamento fixo. Essa combinação de iniciativas estendeu o orçamento fixo além do âmbito da atenção primária. A proporção da população coberta pelo orçamento fixo aumentou de 7%, em 1991, para mais de 50%, em 1997.

Pilotos de provisão total

Em 1996, os pilotos de aquisição total (PAT) selecionados foram introduzidos para adquirir todos os serviços exceto os altamente especializados (Equipe Nacional de Avaliação de Aquisição Total, 1997). A média da primeira onda de PAT composta por quatro clínicas gerais e 20 GP e uma população média de 31.300 pacientes (variou de 8.100 a 84.700). A segunda onda incluía uma área de autoridade de saúde que cobria mais de 300.000 pessoas. Essa experiência, ao contrário do *orçamento fixo*, foi avaliada de forma independente para a evidência da gestão clínica aprimorada, custo-efetividade, e benefícios ao paciente.

Comissionamento da GP

Apesar de seu crescimento, o orçamento fixo nas GPs permaneceu controverso (Robinson e Hayter, 1995). Organizações que não participavam do orçamento fixo, os chamados grupos de GP comissionados, se desenvolveram paralelamente como compradores. Eles pretendiam mudar a atenção primária e os serviços especializados, através da colaboração em vez de contrato. Embora os orçamentos e a responsabilidade pelo comissionamento fossem delegados aos grupos de comissionamento, tecnicamente, os contratos foram realizados entre a autoridade de saúde e o fornecedor.

Grupos de atenção primária (GAPs) e Monopólios de Atenção Primária (MAPs)

Grupos de atenção primária substituíram o orçamento fixo e os grupos de comissionamento entre 1999 e 2002. Essas organizações mantinham as melhorias introduzidas por alguns beneficiários do orçamento fixo e grupos de comissionamento, mas com custos de transação mais baixos e sem a fragmentação, duplicação e injustiças percebidas no desenvolvimento do serviço criado pelo orçamento fixo (Departamento de Saúde, 1997).

Inicialmente, 481 GAPs foram estabelecidos ao redor das comunidades locais. A média da população servida era de 100.000 pessoas, mas variou de 50.000 a 250.000. Ao contrário do orçamento fixo, a adesão no GAP era obrigatória. GAPs foram subcomissões de autoridade de saúde, com um corpo gestor de múltiplas agências, embora os GPs formassem a maioria.

O comissionamento no GAP ocorreu no âmbito da autoridade sanitária local de Programa de Melhoria da Saúde e em colaboração com outras organizações locais. Acordos de serviços de três anos substituíram os contratos, porém o monitoramento mensal continuou.

Os quatro níveis de GAPs diferiam em dimensão e no alcance de sua obtenção. No nível 1, os GAPs foram conselheiros de comissionamento das autoridades de saúde. Responsabilidade orçamentária e independência cresciam até o nível 4. Aqui, GAPs autorizavam atenção para a população da sua área e prestavam serviços de saúde comunitários. GAPs nos níveis 3 e 4 tornaram-se Fundos Fiduciários de atenção primária.

Em abril de 2002, os Monopólios de Atenção Primária (MAPs) foram estabelecidos como organizações independentes em toda a Inglaterra e as autoridades de saúde distritais foram abolidas. Os executivos-chefes do MAP são responsáveis por garantir a qualidade clínica local e pelo controle financeiro no âmbito de um acordo-quadro em nível nacional. O MAP coloca a atenção primária no centro da tomada de decisão e da estratégia de saúde local. Eles autorizam todos os serviços com exceção dos altamente especializados, para as populações de cerca de 80.000 a 300.000 e são responsáveis por 75-80% do orçamento do SNS. MAPs combinam funções de compradores e fornecedores, a sua estrutura e necessidade de adotar abordagens sistemáticas para a colaboração visa facilitar o comissionamento da atenção, que está integrada em toda a saúde, assistência social e setores independentes.

O redesenho da aquisição de serviço

O nível de otimismo sobre a sustentabilidade do MAP varia; convida para um retorno às organizações locais e menos burocráticas do que o MAP e recomendações para as fusões têm sido ambas relatadas (Honey *et al.*, 2003; Gould, 2004). A criação da Fundação dos Fundos Fiduciários no SNS prometeu maior liberdade do controle local sobre o capital e desenvolvimento de serviços aos fundos fiduciários de “alto desempenho” do SNS (Dixon, 2003; Klein, 2003). Embora a medida na qual a Fundação dos Fundos Fiduciários será capaz de funcionar independentemente da comunidade de saúde local não está clara; esse desenvolvimento e a proposta de aumentar a ênfase de financiamento com base na atividade poderiam reduzir a margem de manobra do MAP e capacidade de voltar aos serviços baseados na comunidade.

As oportunidades para comissionamento ao nível da clínica visam desviar as críticas sobre o MAP como único comprador, para produzir uma abordagem em camadas para aquisição da atenção primária e aumento da participação do paciente e do público. O comissiona-

mento *baseado em consultório*, por exemplo, delega o comissionamento para consultórios individuais ou a pequenos grupos que concordam em reunir as suas populações e recursos. Todos os consultórios podem participar e receber orçamentos indicativos, que levam em conta os níveis de atividade e as necessidades de saúde. Os consultórios são responsáveis perante o Comitê Executivo Profissional do MAP das suas decisões de comissionamento, assim como as suas decisões devem ser justificadas em termos de objetivos locais. O *comissionamento baseado em consultório* visa melhorar o atendimento para pacientes com condições crônicas comuns e para ajudar as equipes clínicas na inovação de recursos em nível de bairro (Departamento de Saúde, 2004).

Comissionamento liderado por consultório é ligeiramente diferente da prática geral de comissionamento. É mais próximo do orçamento fixo ao permitir que os consultórios invistam na melhoria da atenção se eles fizerem poupança. No entanto, a adoção de preços padrão, os critérios de qualidade incluídos no contrato do novo médico de família e comunidade e os incentivos financeiros correlatos, destina-se a concentrar o foco das negociações na qualidade do contrato, o desenvolvimento de serviços personalizados e na redução das internações evitáveis (Lewis, 2004).

Comissionamento liderado por enfermeiras é uma iniciativa similar (Departamento de Saúde, 2004). O desenvolvimento dos enfermeiros como compradores deve eliminar anomalias sobre o acesso aos serviços da comunidade. Historicamente, surgiram problemas na fronteira entre a saúde e a assistência social e/ou a saúde e a habitação. Aqui, as decisões sobre os benefícios para os pacientes quanto à adotarem tratamentos com medicamentos ou sem medicamentos (por exemplo, assistência ambiental ou de ajuda à vida diária) foram distorcidas por efeitos perversos associados com a organização e financiamento dos serviços.

Pilotos dos Serviços Médicos Pessoais

As reformas acima enfatizaram a aquisição de serviços especializados. A avaliação da aquisição total, no entanto, considerou que o aprimoramento da provisão da atenção primária era também importante (Mays e Dixon, 1996; Wilkin *et al.*, 1999). Oitenta e cinco pilotos de Serviços Médicos Pessoais (SMP) foram estabelecidos em 1998 e o modelo possui outras ondas de implantação. Clínicas independentes podem agora colaborar num quadro SMP, que é o provedor equivalente ao orçamento fixo comunitário (Honey *et al.*, 2003). MAP e consultórios participantes podem adquirir atenção primária e serviços comunitários aprimorados adaptados às necessidades da comunidade local. Em troca dessa flexibilidade,

os contratos de Medicina de Família e Comunidade são gerenciados localmente ao invés de serem realizados em nível nacional.

Espanha: a divisão comprador / fornecedor na Catalunha

A Espanha iniciou a sua reforma da atenção primária em 1980. A implantação foi gradativa; áreas de baixa condição socioeconômica foram priorizadas. Educação profissional, gestão médica e melhores salários apoiaram a reforma.

Vários aspectos do sistema de assistência médica da Catalunha diferem do resto da Espanha. Ela lançou uma divisão comprador/fornecedor, quando a Lei da Organização de Saúde foi aprovada em 1990 (Llei d'Ordenació Sanitària da Catalunya, ou LOSC). Isso facilitou cuidados integrados, racionalização organizacional e a melhoria da regulação do sistema, em que 60% dos leitos eram de propriedade pública e organizações privadas, que não pertencem à Autoridade Regional de Saúde (Departamento Regional de Saúde). Similar diversificação de fornecimento foi implantada em atenção primária em saúde. Entre os diversificados prestadores de cuidados básicos, uma forma de fundo de investimento desenvolveu-se em meados da década de 1990 com a Autoridade Regional de Saúde (ARS). Aqui, uma equipe de médicos e enfermeiros recebeu um orçamento para uma população definida, incluindo salários, instalações, testes diagnósticos, encaminhamentos especializados e prescrições. A proporção da população coberta por organizações separadas de saúde regionais (ARS e outras organizações públicas ligadas aos municípios e organizações religiosas) está crescendo, enquanto a execução da reforma da atenção primária continua. Em 2003, a ARS forneceu 14 das 346 equipes de cuidados básicos. No final de 2003, 20% dos cuidados básicos foi fornecido por equipes que não estão diretamente detidas pelo Ministério da Saúde (Institut Català de la Salut). Embora a avaliação desse aspecto das reformas catalãs tem sido limitada, os indicadores são geralmente positivos. (Violan *et al.*, 2000). Uma comparação das áreas socioeconômicas similares de Barcelona também descobriu que o uso do serviço, os indicadores de produtividade e a qualidade e custos dos medicamentos não variaram significativamente entre os diferentes modelos de prestação de cuidados básicos, embora os serviços não-públicos empregavam relativamente menos enfermeiros (al Guarga *al.*, 2000). Uma avaliação externa considerou que os indicadores gerais de qualidade foram semelhantes nos diferentes modelos, embora as equipes ARS empregassem menos enfermeiros, menos medicamentos prescritos, testes laboratoriais em menor número e menos pacientes referidos para especialistas. Pelo contrário, as equipes de saúde geridas por organizações não-departamentais ligadas a hospitais comunitários privados, municipais ou religiosos, foram maiores prescritores, encaminharam mais pacientes para especialistas e realizaram

mais testes laboratoriais. O *Institut Català de la Salut* estava entre os dois modelos (Fundación Avedis Don Avedian, 2003). A falta de diferenças nos indicadores de qualidade sugere que a política de diversificação da propriedade das organizações que oferecem serviços de atenção primária em saúde promoveu a concorrência e beneficiou a comunidade catalã inteira e não apenas os cidadãos abrangidos pelos projetos-pilotos (Gené-Badia, 2003).

A Federação da Rússia e a ex-União Soviética

As primeiras experiências com o financiamento da atenção primária na União Soviética ocorreram em São Petersburgo, Kemerovo e Samara entre 1987 e 1991 (Tragakes e Lessof, 2003). Algumas constatações inicialmente promissoras, por exemplo, reduções nas internações hospitalares, não foram sustentadas. A combinação de regulação ineficaz e da crise financeira da década de 1990 pareceu sobrecarregar o sistema de saúde, em que a atenção primária mais sofreu (Tragakes e Lessof, 2003).

A experimentação continua em Samara. Policlínicas são detentores do orçamento, prestação de atenção primária e de aquisição de serviços hospitalares para a população listada. O orçamento é baseado numa fórmula de captação e inclui incentivos financeiros. Se os custos de internação superam o orçamento (há algumas exceções para tratamentos complexos), a policlínica deve financiar a diferença. A reforma é apoiada pela formação do médico em atenção primária, a modernização da gestão e da regulação, o recolhimento ativo de seguro de saúde e proteção dos pagamentos feitos em nome da população não-ativa. Em Samara, a proporção do orçamento atribuído aos cuidados de internação hospitalar caiu de 80%, na era soviética, para cerca de 54% e muitas policlínicas desenvolveram instalações diurnas.

Apesar desse progresso, subsistem preocupações de que o financiamento é insuficiente para fornecer atenção em saúde moderna. Há sugestões de que melhores serviços estão disponíveis para aqueles que podem pagar, e os pagamentos complementares podem ser solicitados para serviços incluídos na captação de pagamentos da policlínica (Tragakes e Lessof, 2003).

Reforma da atenção primária na Finlândia – um “continuum” dentro de um país

O decreto de reforma subsidiária do Governo finlandês de 1993 mudou a forma como os serviços de saúde foram financiados e transformou os municípios (autoridades locais) em potenciais compradores. A reforma permitiu aos municípios distribuir recursos de forma prospectiva, em vez de simplesmente pagar pelas atividades que já haviam sido realizadas. Ao mesmo tempo, a tributação nacional tornou-se menos importante; agora a maioria dos cuidados de saúde é financiada por impostos locais, sem uma dotação destinada para a

saúde. Desde as reformas subsidiárias, os municípios têm sido capazes de fornecer serviços por conta própria, com outros municípios, ou comprá-los de outros fornecedores do setor privado ou público.

Apesar das oportunidades oferecidas pela reforma subsidiária, poucos municípios adquiriram serviços ou procedimentos específicos ativamente, por exemplo, especificando metas, os níveis esperados de atividade, ou qualidade. Entradas clínicas para a distribuição de fundos para cuidados especializados são igualmente limitados, em muitos municípios o papel do médico-chefe, que deve aconselhar o conselho de saúde e assistência social do município sobre a provisão da atenção em saúde, limita-se a fazer alterações marginais. Há apenas alguns exemplos existentes de profissionais da atenção primária ativamente envolvidos na aquisição. A maioria dos exemplos da Finlândia, que foram caracterizados anteriormente como aquisições de cuidados básicos, no entanto, são realmente aquisições dos conselhos de saúde e assistência social dos municípios (autoridades locais).

Aquisição de serviços comunitários por centros de saúde

Serviços comunitários para idosos, bem como os residentes de saúde mental ou problemas com o uso de drogas são frequentemente comprados de pequenos fornecedores privados ou sem fins lucrativos, incluindo organizações de pacientes. Como as legislações finlandesas exigem que os serviços de saúde prestados por fornecedores externos sejam sujeitos a um processo de licitação, médicos chefes dos centros de saúde contribuem para a concepção das propostas, com a aquisição ativa de serviços para esses grupos de pacientes. Municípios também podem completar o seu financiamento através da aquisição de serviços comuns de organizações sem fins lucrativos. Como os lucros da *Slot Machine Association* (Ray) financiam a maior parte dos custos e atividades da maioria das organizações sem fins lucrativos, que prestam serviços ligados à saúde, os municípios podem adquirir a atenção deles abaixo do custo total, beneficiando-se, assim, indiretamente do financiamento aleatório. (Myllymäki, 2002).

A aquisição de serviços especializados na atenção primária

Nilsä, um município rural, constitui um exemplo típico de aquisição de cuidados primários de serviços especializados. A atenção primária tem o orçamento para o centro de diagnóstico e tratamento, incluindo um laboratório básico, raios X e de pequenas unidades de pacientes internados. A maioria dos tratamentos especiais, entretanto, exige uma viagem de 50 km do centro regional. Para melhorar o acesso local, o centro de saúde (através do médico chefe), adquire diagnóstico e consulta de clínicas da área hospitalar e prestadores privados.

Exemplos incluem a cardiologia, endoscopia digestiva, e fonoterapia. Os serviços adquiridos, no entanto, representam apenas cerca de 0,2% do orçamento de cuidados especializados.

Tentativa frustrada em contratar atenção primária e especializada

Outro município rural – Liminka – tentou uma aquisição abrangente oferecendo seus serviços primários e especializados em saúde (Keisu, 2002). Nenhum fornecedor ofereceu a atenção primária, e apenas o hospital do distrito ofereceu atendimento especializado integral. Posteriormente, o município contratou cuidados especializados com o Hospital Distrital. Com base nesse exercício de contratação pública, prestadores de serviços privados apresentaram preços maiores, verificou-se que a aquisição de cuidados especializados, pouco a pouco, aumentou os custos de transação, reduzindo os gastos anuais em apenas 0,5%.

A aquisição baseada na rede

A atenção primária tem uma grande influência sobre serviços especializados, onde a atenção primária e os serviços hospitalares de base têm sido integrados em rede de serviços de certas regiões e/ou áreas geográficas. Aqui, os GPs geralmente gerem a rede, negociam acordos com o hospital distrital e os prestadores privados de serviços especializados, em nome dos municípios membros. Essas redes exercem o poder de compra combinado dos municípios membros e são mais capazes de adquirir e prestar cuidados alinhados aos planos de saúde e, conseqüentemente, aos problemas de saúde local (Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde, 2002).

Aquisição de atenção primária em saúde na Estônia: orçamentos de atenção primária para serviços de diagnóstico e de aquisição indireta

Desde 1998, médicos de família (MFs – a tradução do termo estoniano preferido para GP) adotaram o fundo de investimento limitado. O orçamento virtual de 2002, por exemplo, era composto por 18,4% das taxas de captação de compra selecionada e serviços de diagnóstico clínico, que foram excluídas do financiamento de captação. Um decreto governamental lista o que os serviços de MF devem adquirir: atendimento clínico inclui uma pequena cirurgia e fisioterapia, enquanto os serviços laboratoriais de rotina incluem Raios-X, procedimentos endoscópicos mais comuns e testes bioquímicos. Em 2002, o orçamento era de 3,5 milhões de libras no total, ou 5.000 libras por MF. Os MFs contratam prestadores de serviços de diagnóstico e gerenciam os pagamentos, mas não podem reter fundos se utilizarem menos serviços de diagnóstico. Se eles pagam menos do que a lista de preços do seguro de saúde para os serviços, no entanto, podem reter a poupança. Atualmente, os descontos de 5-10% em exames laboratoriais estão disponíveis. Essa iniciativa destina-se a

desenvolver a negociação, habilidades de planejamento e orçamento entre os compradores de cuidados básicos e os prestadores de serviços de laboratório.

Aquisição indireta na Estônia

O envolvimento na compra indireta complementa o fundo de investimento dos MFs. Os MFs participaram do processo de fundo de seguro de saúde para o comissionamento de serviços de atendimento ambulatorial especializados pela primeira vez para os contratos de 2002. O comissionamento foi limitado às duas grandes áreas urbanas e especialidades selecionadas: ortopedia, otorrinolaringologia, ginecologia e obstetrícia e oftalmologia. As decisões finais refletem os custos e critérios de qualidade; as preferências dos MFs representaram 20% da avaliação da qualidade. Esses planos de ação ainda estão se desenvolvendo e o fundo de seguro de saúde reconheceu que a expansão de aquisição exigirá uma melhor avaliação e reforço de mecanismos de governo.

Ligando a aquisição direta e indireta da atenção primária com a equipe de desenvolvimento da atenção primária na Itália: o projeto Imola

Os GPs italianos são condutores, mas a lei os proíbe de adquirir o tratamento para os pacientes. No entanto, a aquisição indireta, através do desenvolvimento e implantação de políticas, é generalizada e os GPs desfrutam de influência estratégica sobre os gastos de saúde. Prescrição de drogas e testes diagnósticos proporcionam mais oportunidades de aquisição para os GPs. Um exemplo é a demonstração do projeto de 1997, na Unidade de Saúde Local de Imola, perto de Bolonha (Donatini, 2002).

Imola tem uma população de 106.000 habitantes e um hospital. Todos os 87 GPs foram organizados, voluntariamente, e com o apoio das organizações profissionais, em nove equipes, cobrindo áreas homogêneas.

A unidade de saúde e a equipe de GPs nomeados têm o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e da colaboração. Foram oferecidos incentivos às equipes e GPs individuais, incluindo financiamento e facilidades. O processo de implantação incluiu o treinamento em torno dos objetivos do projeto e sistema de informação, orientações clínicas, orçamento baseado em acordos de equipe, o financiamento para as reuniões de equipe e desenvolvimento profissional. Os GPs foram recompensados por alcançar os objetivos do projeto em sua própria clínica. Recompensas máximas foram recebidas, onde toda a equipe atingiu o objetivo. O projeto abordou problemas clínicos comuns importantes, como a hipertensão.

Aqui, o objetivo era fazer um tratamento mais baseado em evidências, produzindo mudanças de 1% no saldo de tratamentos médicos diferentes.

Suécia – tentativa frustrada de introduzir a aquisição de atenção primária

A atenção primária tem sido relativamente pouco desenvolvida na Suécia, em comparação com outros países com sistemas de assistência médica baseados em impostos. No início de 1990, alguns municípios experimentaram modelos diferentes da divisão prestador/comprador. Em Estocolmo e Dalecarlia a atenção primária tornou-se parte da organização de aquisição de apoio de especialistas, para o processo de concessão (Bergman, 1994). Em Estocolmo os distritos de aquisições tinham em média 200 mil habitantes, enquanto que em Dalecarlia eram coincidentes com os limites municipais. Os Distritos tinham em média 20.000 habitantes, sendo que o deles tinha menos de 10.000 habitantes. No Norte de Dalecarlia, ao redor do distrito hospital Mora, as relações de colaboração estratégica entre a atenção primária e especialistas do hospital melhorou e ajudou a integrar os serviços. Esse é o único exemplo sueco óbvio de médicos da atenção primária participando ativamente da aquisição (Svalander e Åhgren, 1995).

A atenção primária não compra mais serviços especializados. A preocupação política sobre a falta de separação entre a organização de aquisições e prestação da atenção primária significa que os compradores do Conselho Municipais agora farão contrato com os médicos de família, outros especialistas e hospitais em paralelo. Alguns consideram essa uma melhoria; a atenção primária é mais independente dos conselhos municipais, e tem um perfil mais alto. Tentativas alternativas estão em andamento para melhorar a colaboração entre profissionais de saúde e para reformar a atenção primária.

Comparando a teoria e a prática

Até que ponto os arranjos de aquisição, como discutido na sessão anterior, atingiram as expectativas de seus defensores? Essa é uma pergunta difícil de responder por conta da limitada evidência disponível. A aquisição de atenção primária desenvolveu-se muito no Reino Unido, que tem experimentado modelos que cobrem a maior parte do continuum da aquisição de atenção primária e é aqui que a aquisição de atenção primária tem sido largamente avaliada. Por essas razões, os dados do Reino Unido têm sido bastante usados, mas sempre em contraste com dados de outros países.

Evidência dos benefícios provenientes da aquisição de atenção primária

A organização mais ampla do serviço de saúde tem visivelmente um papel influente na determinação da extensão em que se é possível transferir recursos para a atenção primária.

Não há nenhuma evidência, contudo, de que exista uma relação simples entre o grau em que as iniciativas de aquisição alcançam seus objetivos, os tipos de aquisição que são feitos, e a influência anterior da atenção primária no sistema de saúde. Muitos dos benefícios resultam das oportunidades disponíveis para que os compradores de atenção primária acelerem a implementação de melhorias nos processos, tais como a revisão de modelos de prescrição que já estejam a caminho. A evidência dos benefícios da aquisição de atenção primária pode ser resumida dessa forma.

1. Melhoria organizacional

- ▶ Reduziu o isolamento entre clínicas pequenas, facilitando alianças entre os GPs, respeitando as clínicas independentes e ao mesmo tempo provendo as vantagens organizacionais e financeiras do trabalho conjunto.

Casos: Incentivos públicos comunitários (Reino Unido), algumas iniciativas PMS e a rede IMOLA (Itália).

- ▶ Aumentou a alocação de recursos e o comprometimento ao desenvolvimento organizacional na atenção primária.

Caso: As Compras Totais Piloto e os Monopólios de Atenção Primária (Reino Unido).

- ▶ O programa de reforma da atenção primária alinhado com a gestão participativa.

Casos: Estônia, Itália e Espanha.

2. Prestação de serviços mais flexível

- ▶ Variedade de serviços expandida na atenção primária.
- ▶ Serviços mais rápidos – acesso na hora certa, resultados de testes, comunicação eletrônica.

Casos: Reino Unido – incentivo público, comissionamento, PAT, pilotos PMS, Estônia, Federação Finlandesa de GP, Suécia.

3. Qualidade da atenção

- ▶ Aumentou a participação de diretrizes laboratoriais, reduzindo a aproximadamente 8% os exames de sangue e reduzindo a hospitalização de casos sensíveis de tratamento ambulatorial, como diabetes, para 6%.

Casos: Itália – Imola

4. Melhoria do custo-efetividade da atenção

- ▶ Evidência limitada, mas ligada à disponibilidade de incentivos financeiros ou profissionais encorajando, por exemplo, prescrições econômicas.

Casos: Reino Unido – incentivo público, comissionamento, GAP, MAP, Itália, Imola.

5. O GP como o agente do paciente

- ▶ Sem indícios de que os médicos independentes reduziram encaminhamentos inapropriadamente, alguns fizeram um uso mais amplo do setor privado.

Caso: Reino Unido – incentivo público e comissionamento, Estônia, resultados preliminares.

- ▶ A aquisição contornava obstáculos e reduzia o tempo de espera. Caso: Finlândia.
- ▶ Médicos independentes e GP comissionados usavam informações extras sobre a qualidade clínica e organizacional de serviços de especialistas, para ajudar a modelar e *oferecer* os serviços novamente.

Casos: Reino Unido – orçamento fixo e comissionamento.

- ▶ Os projetos Imola e Samara aumentaram a cobertura da atenção primária para a população

Casos: Itália e Rússia.

- ▶ Esses resultados, temporariamente positivos, vêm das mudanças no ambiente da atenção primária.

Casos: Estônia, PMS do Reino Unido para a população não atendida.

6. Aumento da influência da atenção primária

- ▶ A breve curva de reação e o controle orçamental proporcionaram uma vantagem estratégica sobre o tratamento especializado e uma administração mais ativa da interface entre a atenção primária e a secundária.

Casos: Reino Unido – Experimentos de aquisição total, Suécia, Dalercarlia – Piloto, Finlândia – tratamento especializado ao alcance e federações de atenção primária, Espanha – a reforma da atenção primária na Catalunha.

Problemas com a execução da aquisição

Problemas associados às iniciativas de gestão participativa incluem uma mistura de situações adversas previsíveis ou não dentro do processo de implementação entendido como planejado, assim como implementações contestadas, incompletas e não bem-sucedidas.

1. Os custos da administração e transação

- ▶ A descentralização da aquisição, faturas, processamento e monitoramento de contratos e o envolvimento ativo dos GPs aumentaram os custos de administração e transação, 85% dos custos administrativos ocorreram nas clínicas no PAT.

Casos: Reino Unido: mais obviamente nos incentivos públicos e nos PATs, mas o período de comprometimento também pesa no comissionamento.

2. Risco financeiro direto ou indireto e incentivos perversos

- ▶ Os indícios de riscos indiretos, por exemplo, reduziram a habilidade de se comprar o tratamento por causa dos gastos a mais dos serviços especializados, o corte de fundos, e limitou o controle sobre os encaminhamentos para os especialistas, por causa da fraca mediação ou coordenação do tratamento.

Casos: Finlândia, Rússia, Suécia.

- ▶ O risco direto teórico de redução da renda, acompanhando decisões de aquisição inapropriadas. Na prática, os riscos eram limitados onde a prestação da atenção primária recebia financiamentos específicos, os riscos impediam uma renda adicional, ou o empréstimo de um ano para o outro permitia.

Casos: Estônia, Itália – Imola, Reino Unido – orçamentos fixos.

- ▶ Um foco maior no custo do que na qualidade dos testes laboratoriais, , -por exemplo, a confiança nos resultados pode encorajar um médico de família e comunidade a contratar serviços que usem métodos de análise mais baratos, mas menos apropriados, ou laboratórios com sistemas de controles abaixo do padrão

Casos: Estônia, Reino Unido – orçamentos fixos.

3. Governança

- ▶ A falta de sanções eficazes contra o superfaturamento, apesar do impacto nos contratos para clínicas sem investimentos públicos e a diminuição de recursos administrativos para o desenvolvimento dos médicos independentes.

Caso: Reino Unido.

- ▶ Os profissionais podem proteger suas rendas nas despesas com encaminhamentos necessários, prestação de serviços abrangentes e na manutenção dos padrões éticos.

Caso: Rússia.

4. O impacto adverso na equidade

- ▶ A tendência em direção a uma menor espera por procedimentos eletivos, maior abrangência dos consultores, e uma variedade mais ampla de modelos de serviço nos incentivos públicos e clínicas PMS, do que pela disponibilidade estar diretamente relacionada à necessidade. Não encontrada na Catalunha, porque a equidade foi incorporada à estratégia.
- ▶ Oportunidades para a aquisição ativa e as melhorias no serviço, que resultaram da eliminação de problemas na prestação de serviços, por exemplo, foram possíveis devido à competência de indivíduos específicos; a disponibilidade não estava relacionada com o nível de necessidade médica e as oportunidades dos indivíduos para utilização de serviços alternativos.

Casos: PMS, Reino Unido – orçamento fixo.

5. Falta de foco na estratégia

- ▶ Certas condições sobressaíram sobre outras, por exemplo, cirurgia eletiva sobre as condições crônicas, poucos indícios de mudança de foco antecipado da demanda para a avaliação das necessidades da população e desenvolvimento em longo prazo.
- ▶ Contratos de um ano podem permitir que alguns compradores (particularmente aqueles em áreas urbanas) se desvinculem devido a fornecedores disfuncionais, mas não proporcionam a estabilidade ou os incentivos necessários para estimular replanejamento de serviços ou o desenvolvimento de longo prazo.
- ▶ Ênfase na atividade atual e intervenção falha ao considerar a importância do ensino e pesquisa para novos pacientes.

Casos: Suécia, muito do Reino Unido – orçamento fixo.

Fatores associados à falha da compra de atenção primária para serem desenvolvidos

Os sistemas de saúde de países que falharam ao desenvolver a aquisição de atenção primária e a transferência de recursos orçamentários possuem várias características comuns. Essas podem ser consideradas sob quatro títulos: o alinhamento de políticas e práticas; o consenso sobre o papel e os objetivos da atenção primária; a infraestrutura da atenção primária e o ambiente operacional; e o risco financeiro.

Alinhamento de políticas e práticas

A transferência de recursos para a atenção primária, o empoderamento dos compradores de atenção primária e o desenvolvimento de serviços conduzidos pela atenção primária, requer políticas direcionadas, investimento e experiência profissional voltados para o mesmo

objetivo. No Reino Unido, organizações nacionais e locais de atenção primária desenvolveram reformas de aquisição. Campeãs individuais foram complementadas pela presença influente da atenção primária no sistema de saúde. Similarmente, a aliança de longa data entre os políticos, profissionais e o público na Catalunha, e a criação de relações de cooperação entre acionistas, em Imola, possibilitaram uma explicação de porque a reforma teve sucesso nesse cenário. O contraste entre os casos que ilustram o sucesso relativo e limitado da implementação da gestão compartilhada destaca a importância das relações profissionais e políticas, políticas falhas e fatores organizacionais.

O papel e os objetivos da atenção primária

A implementação limitada da gestão compartilhada na Suécia ilustra a dificuldade em esclarecer os objetivos da iniciativa, ou para direcionar questões como o papel dos GPs na mediação e coordenação do tratamento contínuo antes da aquisição ser estabelecida. Isso implica um consenso limitado entre os acionistas sobre suas responsabilidades (Delnoij and Brenner, 2000). Especificamente, nem o papel da Medicina de Família e Comunidade, nem o envolvimento de profissionais da atenção primária no desenvolvimento das políticas e estratégias de saúde, em um nível local, foram acordados (Svalander, 1999). Isso ficou claro quando os participantes centrais assumiram posições que limitaram o potencial da aquisição de atenção primária. Os políticos perceberam que ter compradores de atenção primária manchava a distinção entre o papel estratégico oficial dos políticos e a responsabilidade diária dos médicos pela assistência médica. Funcionários dos hospitais ficaram preocupados que, como compradores, os líderes da atenção primária teriam um acesso maior aos políticos, e então receberiam destinação de verbas preferenciais. Os GPs tinham uma visão oposta, com medo de que seriam forçados a assumir a responsabilidade financeira, pelas decisões tomadas sem o envolvimento deles, e isso, sendo próximo àqueles que implantaram o orçamento deles; seria fácil para a atenção primária ser comprimida.

A infraestrutura e o ambiente operacional

O poder da atenção primária como compradora foi também enfraquecido na Finlândia e na Suécia, pelas mudanças na infraestrutura e no ambiente operacional, que facilitaram o desenvolvimento de provedores de atenção primária alternativos. Na Finlândia, a população economicamente ativa é encorajada a usar os serviços do local de trabalho, e as visitas a especialistas privados são parcialmente reembolsadas pela instituição. Enquanto esse enfraquecimento do médico da atenção primária não foi proposital na Finlândia, na Suécia a competição foi uma política explícita, particularmente em Estocolmo. É difícil para a atenção primária apresentar uma condução estratégica em um sistema de saúde no qual

os prestadores de atenção primária competem entre si, e com serviços ambulatoriais. Em contraste, a separação entre o GP, como médico de atenção primária, e o papel estratégico médico individual, em organizações de aquisição, possibilitou aos GPs no Reino Unido a permanecerem compradores e prestadores.

Nem os experimentos do Reino Unido nem da Catalunha sugerem que a tendência para os serviços é o principal obstáculo para a aquisição. Pelo contrário, o problema está relacionado às limitações no papel do GP como mediador e coordenador da assistência médica para uma dada população. Informações da população sobre saúde, doença, uso de serviços de saúde, e as preferências do paciente são essenciais se os funcionários da atenção primária quiserem basear as decisões de compra em fatos. Registros da vida inteira do paciente completam as informações da população, fornecendo o elo entre as decisões de aquisição para os indivíduos e a população, e os detalhes necessários para administrar a assistência médica através das fronteiras organizacionais. A partir da perspectiva de revisão de utilização, registros clínicos fornecem as exigências necessárias, para desafiar as avaliações do fornecedor pró-morbidade e limitam os Grupos Relativos de Diagnóstico. Nos países onde os pacientes podem escolher seu fornecedor por caso, registros abrangentes são raros. Onde sistemas de registro são utilizados como alternativas, por exemplo, na Finlândia e na Suécia, os campos de registro podem limitar as informações disponíveis. Isso restringe o papel do GP como agente do paciente, coordenador de tratamentos, e o comprador informado.

O meio ambiente organizacional, especialmente à medida que políticas são partilhadas dentro do sistema de saúde, também é importante. Na Finlândia, a gestão participativa permitiu que alguns centros de saúde finlandeses introduzissem serviços mais convenientes ao paciente. No entanto, GP em postos de saúde individual (o equivalente à prática em grupo no Reino Unido) raramente são consultados sobre decisões de aquisição. No caso da Finlândia e nos problemas em destaque na Federação Russa experimentos ilustram a necessidade de se estabelecer o papel do GP como agente do paciente, antes da introdução da aquisição.

Risco financeiro

Alguns comentaristas têm sugerido que a aquisição de atenção primária no Reino Unido teria sido mais bem-sucedida se os GPs trouxessem riscos financeiros maiores. Por outro lado, os casos aqui estudados sugerem que a capacidade de fazer escolhas sobre os riscos financeiros e controlar o tamanho dos riscos a assumir, são os melhores elementos de avaliação do comportamento dos profissionais da atenção primária. O exame detalhado de outras iniciativas do Reino Unido, por exemplo, sugere que os GPs (pelo menos os primei-

ros), estavam dispostos a sacrificar a renda ou o tempo para melhorias no serviço em que acreditavam. Por exemplo, muitos GPs têm feito mais cirurgias pequenas ou tratamentos antecipatórios do que aquelas pelas quais foram reembolsados. Enquanto ameaças aos orçamentos organizacionais podem ter acelerado as mudanças na clínica, os riscos financeiros associados com a aquisição e inovações foram menores do que aqueles relacionados às aquisições de instalações ou o estabelecimento de uma clínica profissional no Reino Unido.

Esses riscos, no entanto, estiveram dentro da governabilidade da atenção primária. A aquisição fracassou, porém, há a percepção de responsabilidade pelo descontrole financeiro. Onde a renda principal da equipe de atenção primária não foi protegida, por exemplo, na Federação Russa, imperativos para reduzir os custos e maximizar as receitas, para garantir a segurança pessoal e sobrevivência organizacional, parecem ignorar aqueles associados com a qualidade. Em contrapartida, os riscos financeiros associados com a maior parte das iniciativas de gestão participativa relacionaram-se com a renda adicional ou organizacional.

De forma mais modesta, a relutância dos GPs de Estocolmo em abraçar a aquisição reflete as preocupações sobre a responsabilidade pelos riscos financeiros que eles não podiam controlar. Exemplos incluem a sua influência limitada sobre o uso de serviços especializados pelo paciente, decorrente da falta de mediação do GP. Reservas similares sobre a expansão de aquisição na Estônia refletem as preocupações do médico de família sobre assumir a responsabilidade por propor os orçamentos antes de refletir os fluxos de financiamento do tratamento ideal de doenças comuns e crônicas na atenção primária. Ao mesmo tempo, no entanto, GPs estonianos têm expandido os tratamentos que prestam às crianças, em conformidade com as prioridades nacionais e profissionais (Maaroos e Meiesaar, 2004). Isso ilustra o potencial conflito entre os autores das políticas e os políticos, cuja principal razão para a introdução da aquisição de atenção primária pode ser ideológica, e os GPs, cuja motivação é mais provável combina o desejo de melhorar a assistência médica e sua própria condição.

Avaliando o impacto da obtenção de atenção primária através da Europa

Os indícios descritos nesse capítulo ilustram um continuum da aquisição de atenção primária: a partir da aquisição total encontrada no Reino Unido, na Catalunha e na Finlândia à influência indireta e à limitada aquisição ativa encontrada na Estônia e Bolonha. Tal continuum apresenta exemplos de inovação e as mudanças na prática da aquisição.

A aquisição da atenção primária parece facilitar melhorias modestas, porém importantes. O estabelecimento de fundos de investimentos, como compradores em pequena escala,

poderia facilitar a transferência de serviços a prestadores alternativos, sem desestabilizar a base de financiamento de serviços especializados locais. Fundos de investimentos e grupos de comissionamento podem também fornecer indícios mais detalhados dos problemas de qualidade, dos que estavam à disposição das autoridades de saúde, através da obtenção de dados de rotina.

Os casos analisados sugerem que a aquisição da atenção primária pode atuar como uma alavanca, para agilizar a tomada de decisões, melhorando a flexibilidade, pontualidade e utilização adequada dos serviços de diagnóstico. Onde existirem os incentivos adequados e mecanismos de regulação, a prescrição médica também pode se tornar mais rentável. O alinhamento dos incentivos com os objetivos dos vários acionistas é crucial. Enquanto o projeto Imola alcançou a maioria de seus objetivos, proporcionando economia, maior qualidade da assistência e melhoria da cobertura populacional do tratamento, as tentativas de mudanças mais complexas na organização da atenção primária foram menos bem-sucedidas. O nível de atendimento domiciliar intensivo, por exemplo, não aumentou significativamente, e apenas pouco mais de um quarto de GP (11 de 41) estendeu seu horário de abertura. O sucesso, portanto, requer a habilidade de combinar a tomada de decisões financeiras e clínicas e garantir que a estratégia financeira e os gastos reflitam a política da clínica e suas melhores práticas. Parece pouco provável, portanto, que a aquisição irá desenvolver nos sistemas de saúde em que o reembolso retrospectivo de serviços especializados predomina.

A aquisição da atenção primária e serviços à comunidade na Finlândia levaram às mudanças mais difundidas na prática de aquisição de serviços hospitalares. Isso também sugere que a aquisição eficaz não está relacionada com sua complexidade; esses serviços comunitários exigem acordos detalhados para garantir que as necessidades dos pacientes sejam cumpridas adequadamente e de forma apropriada. Esse achado confirma, no entanto, que, quando os compradores têm flexibilidade e um curto ciclo de retro-alimentação, é possível definir os serviços mais próximos às necessidades dos pacientes.

As realizações da gestão participativa ilustram os benefícios de abordagens que envolvem mudanças marginais, melhorias incrementais e escolhas de incentivos. Ao nível dos grupos de assistência, as direções clínicas ou equipes, alterações muito pequenas nos padrões de investimento pode atingir melhorias modestas, mas importantes. Uma gestão financeira de um sistema de saúde centralizado, com um estilo autoritário, acha uma mudança como essa difícil. Pode ser a capacidade dos compradores finlandeses provocarem mudanças modestas, mas importantes, nos padrões de investimento na atenção primária e nos servi-

ços comunitários, e nas limitações organizacionais a fazê-lo para os serviços do hospital, o que explica a eficácia relativa de aquisição em alguns contextos, e seu fracasso em outros.

O caso finlandês também fornece um exemplo preciso de um movimento amplo para articular as iniciativas de gestão participativa para a integração de tratamento de pacientes com condições crônicas através das fronteiras organizacionais. Essas abordagens podem ter sido bem-sucedidas, porque permitem que as teorias sobre a gestão participativa dos orçamentos sejam adaptadas para caber nas teorias atuais sobre a prática clínica. Os últimos incluem exemplos de como melhor gerenciar a demanda de atenção primária e doenças graves dentro de uma estrutura que reconhece a prevalência de doenças crônicas e a co-morbidade experimentada por usuários frequentes dos serviços de saúde.

Ao nível do sistema, melhorar o equilíbrio entre o incentivo à inovação, com ferramentas como a gestão participativa, e, ao mesmo tempo, minimizar a burocracia associada, com a manutenção de um acesso equitativo e prestação de serviços, exige uma gestão cuidadosa. Há alguns indícios de que grupos de atenção primária (GAPs) ajudaram a alargar os benefícios aparentes dos incentivos públicos e do comissionamento, para um grupo maior de profissionais e pacientes no Reino Unido. Os GAPs também foram organizações mais democráticas. Seus líderes eleitos de GP eram frequentemente escolhidos por suas habilidades de negociação e de motivação. Em parte, essas características pessoais, a disponibilidade de informações entre colegas, as críticas e o apoio educativo limitaram o potencial de parasitismo por GP menos interessados e a diluição da responsabilidade frequentemente encontrada em grandes organizações. Monopólios de atenção primária são ainda maiores, concebidos como complexo de organizações de redes pessoais profissionais, contratados e independentes, fornecendo uma mistura de funções de aquisição e prestação. Essas organizações são dinâmicas, mas potencialmente, em uma grande organização como o SNS, a tentação de criar novas burocracias está sempre presente. Muitos MAPs reconheceram esse risco, mantendo uma menor localidade desenvolvida durante a década de 1990, e estabelecendo mecanismos para envolver a população local na tomada de decisões. (Wilkin *et al.*, 2001; Honey *et al.*, 2003). A relativa suave transição entre as formas organizacionais no Reino Unido e Espanha reflete a atenção pormenorizada dada ao planejamento e à implementação. Sem planejamento, as tensões entre a flexibilidade, agilidade e a ordem podem resultar em condições de mercado sem restrições, substituindo estruturas centralizadas, como a Federação da Rússia, ou, como na vizinha Finlândia, podendo produzir pouco aumento na flexibilidade e autonomia, sem qualquer redução na burocracia.

Apesar do cenário misto da avaliação de grupos de comissão (Smith e Shapiro, 1996) e fundos de investimentos, os resultados positivos, a partir de experiências de aquisição em toda a Europa, refletem os esforços de um pequeno grupo de trabalhadores qualificados, entusiasmados e influentes profissionais (e, ocasionalmente, os políticos). Esses inovadores partilham objetivos claros, um compromisso com a melhoria dos serviços para a população local e a possibilidade de efeito de soluções flexíveis. Benefícios sustentáveis a partir da gestão participativa, no entanto, requerem que os profissionais da atenção primária olhem para além dos problemas imediatos e desenvolvam atividades estratégicas, como a avaliação das necessidades de saúde, serviço e revisão do programa. Os exemplos mais bem-sucedidos do Reino Unido e em outros lugares foram apoiados pela saúde pública e outros conhecimentos estratégicos. Em Bolonha, na Catalunha, e mais recentemente na Estônia, os experimentos de aquisição fazem parte de uma estratégia regional explícita, apoiada por objetivos específicos e incentivos, baseadas no desenvolvimento de infraestrutura, incluindo o controle clínico e organizacional.

Precondições contextuais para a aquisição de atenção primária

Os fatores organizacionais e profissionais relacionados com a implementação bem-sucedida da aquisição da atenção primária parecem articular-se. Isso sugere que a aquisição eficaz de atenção primária efetiva requer a presença de certas condições organizacionais e profissionais.

Fatores organizacionais incluem um ambiente favorável, que facilite a aquisição baseada nas necessidades, a responsabilidade contínua pelo tratamento, e uma estrutura clínica, financeira e administrativa na qual as decisões estratégicas e operacionais de aquisições podem ser avaliadas. As características específicas incluem:

- ▶ população escolhida baseando-se na residência ou em uma lista registrada;
- ▶ mediação – tratamento especialista não emergencial, baseado em encaminhamento por uma organização com responsabilidade orçamentária;
- ▶ contínua responsabilidade pela atenção;
- ▶ registros clínicos vitalícios – compartilhados por uma equipe clínica por todas as organizações;
- ▶ sistema orçamentário bem estabelecido com uma fiscalização independente;
- ▶ sistemas sólidos para revisões clínicas independentes e oportunidade para o desenvolvimento de um controle clínico mais abrangente;
- ▶ incentivos que recompensem inovações e melhorias clínicas e organizacionais.

Fatores profissionais associados à aquisição bem-sucedida são baseados em um reconhecimento mais amplo das competências da atenção primária (Audit Commission, 2002; Iles e Sutherland, 2002). Essas incluem:

- ▶ a formação dos médicos da atenção primária está de acordo com os padrões internacionais para os especialistas de atenção primária;
- ▶ profissionais da atenção primária e gestores assistentes são transformados em compradores competentes (Hallin e Siverbo, 2001);
- ▶ o papel estabelecido da atenção primária inclui a negociação com os pacientes, especialistas e gestores, sobre casos individuais e desenvolvimento dos serviços;
- ▶ tempo e recursos dedicados à aquisição de atividades;
- ▶ infraestrutura de pesquisa de atenção primária com suporte, por exemplo, para o cadastro de pacientes e para avaliações mais formais;
- ▶ padrões éticos e morais regulam o comportamento;
- ▶ clara separação contratual entre o papel do prestador e do comprador;
- ▶ atenção primária com uma forte identidade com a atenção primária sendo responsável pela maior parte das assistências clínicas.

Em comparação com os indícios de iniciativas bem-sucedidas, associadas com as gestões participativas, os problemas têm existido onde algumas ou todas as condições para a aquisição eficaz não foram previamente estabelecidas e em que poucos profissionais ou controles regulamentares ou gerenciais existiram.

Na Finlândia, por exemplo, há pouca evidência de que os médicos de atenção primária experimentaram um aumento de autoridade, após as reformas delineadas no presente capítulo. Perda dos orçamentos dedicados e novas responsabilidades dissiparam os esforços de gestão dos médicos-chefe, que agora competem por recursos com outras áreas da despesa municipal e especialidades do hospital. Com seus próprios orçamentos, dinheiro que está sendo limitado e sem a influência orçamentária sobre os tratamentos especializados (existentes em outros países), o poder dos profissionais da atenção primária pode realmente ter diminuído. No nível local, no entanto, há algumas razões para o otimismo. Os projetos piloto, sobretudo as federações controladas por GP, reforçaram a posição da atenção primária, permitindo que os serviços locais posicionassem a atenção terciária em um papel de suporte e não um dominante.

O exemplo finlandês mostra que a transferência de responsabilidade orçamentária, sem poder sobre a natureza dos tratamentos comprados, não reforça o papel ou o prestígio da

atenção primária. A atenção primária funciona bem, se for diretamente financiada e de forma separada do atendimento hospitalar. Sem financiamento específico a atenção secundária tende a dominar os recursos dos sistemas, independentemente do regime de organização.

Uma maior ênfase na atenção primária requer mais do que um orçamento participativo. Elementos adicionais incluem um ambiente político favorável, facilitador de gestão e líderes com habilidades bem desenvolvidas em efetuar a mudança. Claramente, os mecanismos de mercado têm um papel limitado nos sistemas de saúde que valorizam o controle de custos, a colaboração entre compradores e fornecedores, e a igual prestação de serviços. O uso indevido dos mecanismos de mercado pode realmente reduzir a probabilidade de sucesso da aquisição, eliminando ferramentas como a mediação, registros vitalícios, e populações selecionadas, levando a deficiências na educação, formação, regulação e negligência na gestão. Em vez disso, o envolvimento das partes ativas interessadas e os procedimentos acordados, para determinar as prioridades de investimento são obrigadas, apoiadas por incentivos bem orientados, sanções e a pressão da sociedade (Robinson e Steiner, Killoran *et al.*, 1999).

Poucos países, no entanto, cumprem todas as condições para a aquisição bem-sucedida. A base de dados limitada também coloca problemas para os países, considerando o desenvolvimento da aquisição de atenção primária, a dimensão ideal da organização de aquisições também é incerta. Especificamente, os dados disponíveis não revelam a combinação mais eficaz de flexibilidade, as poucas oscilações de opinião, sensibilidade às necessidades do local, limitados custos de transação e igualdade na prestação dos serviços. Os indícios também são muito prudentes quando se fala em médicos clínicos como compradores, há poucos precedentes para a iniciativa proposta na Inglaterra da “enfermeira como compradora”, embora haja algumas lições a serem aprendidas a partir da literatura de assistência social (Murphy, 2004).

Desenvolvimentos alternativos concebidos para melhorar a atenção primária

Vários dos casos ilustram que é possível mudar a percepção e a posição da atenção primária; a liberdade orçamentária pode ter facilitado esse resultado. A aquisição da atenção primária existe dentro de uma abordagem organizacional mais ampla, que enfatiza o papel da tomada de decisões descentralizadas, com equipes de atenção primária responsáveis pela definição dos problemas que seus pacientes enfrentam e pela concepção de meios para resolvê-los. A aquisição de assistência especializada, porém, é apenas uma das ferramentas disponíveis para propiciar melhorias.

A maioria das iniciativas atuais e futuras concentra-se, agora, no desenvolvimento de assistência integrada.

As abordagens dos serviços médicos tradicionais para os problemas de financiamento ou de qualidade tais como reformas estruturais, têm eficácia limitada como ferramenta para o desenvolvimento da organização; uma mudança sustentável requer abordagens mais sofisticadas (Walshe *et al.*, 2004).

A maioria das evidências sugere que o desempenho reflete uma gestão competente e a liderança clínica ao invés do tamanho da população atendida (Bojke *et al.*, 2001).

A tentativa de igualar a estrutura aos objetivos está por trás da preponderância de iniciativas que visam ao desenvolvimento da assistência integrada, a união das organizações e a transmissão do financiamento e da responsabilidade. As recentes reformas planejadas na Finlândia, Suécia (Borgquist e Lind, 1997) e no Reino Unido incentivaram o desenvolvimento de redes de cooperação em matéria de atenção primária e ambulatorial e em assistência especializada. Dentro de um serviço de saúde conduzido pela atenção primária, tais organizações deveriam facilitar o desenvolvimento da liderança e do pensamento sistemático em nível local. Na Suécia, a transmissão da responsabilidade pelos custos dos medicamentos na atenção primária e ambulatorial aos Conselhos municipais e os orçamentos de pilotagem integrada de medicamentos (Läkemedel i förändring, 2001), que incentivam “a assistência médica próxima”, aumentam o número de GP e melhoram a sua formação especializada (Prop., 1999/2000: 149), demonstrando o compromisso com o desenvolvimento organizacional. No Conselho Municipal de Västmanland, 40% dos GPs são agora contratantes independentes, financiados pelo Conselho Municipal e apoiados por fortes equipes multidisciplinares. Aqui, 80% dos habitantes têm um relacionamento contínuo com um GP próprio. Isso é quase duas vezes a taxa nacional de 42% (Socialstyrelsen, 2002). Dentro desse quadro de desenvolvimento, alguns elementos da aquisição podem retornar. No sul do distrito de Estocolmo, todos os centros de saúde foram contratados através de um processo de licitação. Hospitais independentes (públicos e privados) também podem tomar parte na licitação para candidatarem-se aos centros de saúde. Hospitais, portanto, podem tornar-se compradores de atenção primária. Essas são propostas ambiciosas, que refletem uma maior aceitação dos benefícios da assistência integrada e as teorias de gestão que combinam a capacitação de profissionais locais com o desenvolvimento de aprovados programas de assistência.

O desenvolvimento de uma rede de organizações requererá apoio ainda mais sofisticado, mecanismos regulatórios e alocação de recursos. Mais especificamente, informação sobre o perfil dos pacientes, atividade real e suposta, e custos, baseados na melhor prática corrente, deveriam ser desenvolvidos em nível de saúde e planejamento. Suposições deverão ser afirmadas explicitamente e regularmente testadas, para minimizar o risco de novos incentivos errôneos se tornarem práticas distorcidas consagradas.

O pensamento atual vê os serviços de saúde como um complexo sistema flexível. Aqui, o papel da reforma da saúde é criar um equilíbrio mais eficiente entre a ordem e o caos e permitir a excelência surgir. Trata-se, então, de aproximar-se das redes que estão se desenvolvendo em muitos sistemas de saúde e se tornarão ainda mais bem-sucedidas em permitirem aos serviços de saúde apresentar um nível mais eficiente de gestão. Em nível nacional, isso também atribui responsabilidade aos governos de garantir que a futura estrutura e organização dos serviços de saúde e as políticas locais e nacionais sejam compatíveis e sustentadas pela economia e pelo desenvolvimento social que autorizem médicos e pacientes.

Referências

- Allsop, J. (1995). *Health Policy and the NHS: Towards 2000*. London: Longman.
- Audit Commission (2002). *A Focus on General Practice in England*. London: Audit Commission (<http://www.audit-commission.gov.uk/publications/genprac.shtml>, accessed 22 July 2002).
- Bergman, S-E. (1994). *Purchaser-Provider Systems in Sweden*. Spritryck 250.
- Bloor, K., Maynard, A. and Street, A. (1999). *The Cornerstone of Labour's "New NHS": Reforming Primary Care. Discussion paper No. 168*. York: University of York, Centre for Health Economics.
- Bojke, C., Gravelle, H. and Wilkin, D. (2001). Is bigger better for primary care groups and trusts? *British Medical Journal* 322: 599–602.
- Borgquist, L. and Lind, J-I. (1997). Förnyelse i sjukvårdssystem – kvalitetsaspekter och besparingspotentialer vid verksamhetsförändringar [Renewal in health care systems – aspects on quality and potentials of saving when changing the activities], *Kommunal Ekonomi* 5: 21–23.
- Delnoij, D.M.J. and Brenner, G. (2000). Importing budget systems from other countries: what can we learn from the German drug budget and the British GP fundholding? *Health Policy* 52: 157–169.
- Department of Health (2004). *Practice Based Commissioning Engaging Practices in Commissioning*. London: The Stationery Office (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/03/59/04090359.pdf>, accessed 1 December 2004).
- Department of Health (1997). *The New NHS: Modern, Dependable*. London: The Stationery Office.
- Dixon, J. (2003). Foundation trusts, *British Medical Journal* 326: 1344–1345. Donatini, A. (2002). Personal communication.

Fundació Avedis Don Abedian (2003). *Avaluació de la reforma de l'Atenció Primària i de la diversificació de la provisió de serveis [Evaluation of primary health care reforms and diversification of service provision]*. Barcelona: Fundació Avedis Don Abedian.

Gené-Badia, J. (2003). Todos los ciudadanos se han beneficiado de la política de diversificación de la gestión de atención primaria en Cataluña [All citizens benefited from primary care management diversification in Catalonia], *Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria* 9(3): 117–119.

Glennister, H., Matsaganis, M., Owens, P. and Hancock, S. (1994). *Implementing GP Fundholding*. Buckingham: Open University Press.

Gould, M. (2004). Merger pressures on primary care threaten to blur local focus, *Health Service Journal* 114: 10–11.

Guarga, A., Gil, M., Pasarín, M., Manzanera, R., Armengol, R. and Sintes, J. (2000). Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según formulas de gestión, *Atención Primaria*, 26: 600–606.

Hallin, B. and Siverbo, S. (2001). *Jakten på den goda styrningen [The hunt for the good steering]*. Gothenburg: Centre for Analysis of Health Care (CHSA).

Honey, S., Small, N. and Walsh, M.J. (2003). *Being a GP in a Primary Care Trust*. Nuffield Portfolio Report No. 20. Leeds: Nuffield Institute for Health (http://www.nuffield.leeds.ac.uk/downloads/being_a_gp.pdf, accessed 12 October 2004).

Iles, V. and Sutherland, K. (2002). *Managing Change in the NHS. Organisational Change: A Review for Health Care Managers, Professionals and Researchers*. NHS Service Delivery and Organisation (SDO) Research and Development Programme. London: NCCSDO (<http://www.sdo.lshtm.ac.uk/publications.htm>, accessed 1 September 2002).

Keisu, M. (2002). *Tarjouskilpailu Limingan terveystalveluista [Tenders for Liminka health services]*. Paper presented at a seminar on competitive tendering from a social and health policy perspective, organized by the National Centre for Research and Development in Social Services and Health.

Killoran, A., Mays, A., Wyke, S. and Malbon, G. (1999). *Total Purchasing. A Step Towards New Primary Care Organisations*. London: King's Fund.

Klein, R. (2003). Governance for NHS foundation trusts, *British Medical Journal* 326: 174–175.

Läkemedel i förändring [Pharmaceuticals in alteration] (2001). News letter from Federation of County Councils, No. 18 (<http://www.lf.se/lakemedel>, accessed 22 July 2002).

Lewis, R (2004). *Practice-led Commissioning*. London: King's Fund.

Maaroos, H-I. and Meisesaar, K. (2004). Does equal availability of geographical and human resources guarantee access to family doctors in Estonia? *Croatian Medical Journal* 45: 567–572.

Mays, N. and Dixon, J. (1996). *Purchaser Plurality in UK Health Care*. London: King's Fund. Ministry of Social Affairs and Health (2002). *National project on securing the future of Finnish health care. Proposed actions for the renewal of the functional and administrative structures of the service providing system. Working Group report*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.

Murphy, E. (2004). Case management and community matrons for long term conditions, *British Medical Journal* 329: 1251–1252.

Myllymäki, A. (2002). *Kansalaisjärjestöt palvelujen tuottajina ja raha-automaattiyhdistyksen tuki [Citizen organizations as service providers and Slot Machine Association funding]*. Paper

presented at a seminar on competitive tendering from a social and health policy perspective, organized by the National Centre for Research and Development in Social Services and Health.

Prop. 1999/2000: 149 (1999/2000) *Nationell handlingsplan för utvecklingen av hälso- och sjukvården*. [Governmental proposal for a national plan for development of health care.]

Robinson, R. and Hayter, P. (1995). Reluctance of general practitioners to become fund- holders, *British Medical Journal* 311: 166.

Robinson, R. and Steiner, A. (1998). *Managed Health Care*. Buckingham: Open University Press.

Smith, J. and Shapiro, J. (1996). *Holding on While Letting Go*. Birmingham: Health Services Management Centre.

Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare) (2002). *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Årsrapport 2002 [National plan for health care. Yearly report 2002]*. Stockholm: National Board of Health and Welfare.

Svalander, P-A. (1999). *Primärvården inför framtiden [Primary health care in the future]*. Stockholm: Landstingsförbundet.

Svalander, P-A. and Åhgren, B. (1995). *Vad skall man kalla det som händer i Mora? – och andra frågor om styrmodeller. En preliminär uttolkning av fallstudier i sex landsting [A preliminary interpretation of case studies on steering models in six county councils]*. Rapport till HSU 2000. Stockholm: Landstingsförbundet.

Taylor, D. (1991). *Developing Primary Care: Opportunities for the 1990s*. London: King's Fund Institute.

Total Purchasing National Evaluation Team (1997). *Total Purchasing: A Profile of National Pilot Projects*. London: King's Fund.

Tragakes, E. and Lessof, S. (2003). *Health Care Systems in Transition: Russia*. Copenhagen: WHO (<http://www.euro.who.int/document/e81966.pdf>, accessed 3 December 2004). Violan, C., Elias, A. and Ponsà, J.A. (2000). El modelo catalán de atención primaria [The Catalan Primary Care Model], *Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria* 6: 43–47.

Walshe, K., Smith, J., Dixon, J., et al. (2004). Primary care trusts, *British Medical Journal* 329: 871–2.

Wilkin, D., Gillam, S. and Coleman, A. (2001). *The National Tracker Survey of Primary Care Groups and Trusts 2000/2001: Modernising the NHS?* Manchester: University of Manchester.

Wilkin, D., Gillam, S. and Leese, B. (eds) (1999). *The National Tracker Survey of Primary Care Groups and Trusts: Progress and Challenges 1999/2000*. Manchester: University of Manchester.



capítulo sete

A crescente combinação público-privado

Rod Sheaff, Joan Gené-Badia, Martin Marshall e Igor S`vab



Quadro conceitual

A mudança de diretrizes na Europa após 1990 envolveu uma séria de transformações na prestação de assistência médica pública para a privada, especialmente nos países da Europa central e Leste europeu (CEE). Esse capítulo toma uma perspectiva, mais ampla do que os outros nesse volume, revisando como a combinação público-privado se modificou, não apenas na atenção primária, mas também em áreas mais gerais de assistência médica básica, entre os mecanismos que coordenam o que é uma ampla mistura das atividades relacionadas.

Atenção Primária em Saúde (APS) pode ser definida como uma assistência médica que uma pessoa pode acessar diretamente (e não através de intermediários) e usar enquanto ainda vive em casa (Sheaff, 1998). Sua espinha dorsal é a medicina de família e comunidade (Medicina de Família e Comunidade ou equivalente), mas isso também inclui atendimento domiciliar, serviços paramédicos, farmácias, assistência médica no local de trabalho, autoajuda, serviços de emergência, ambulâncias e acesso direto aos ambulatórios do hospital. Antes de 1990, os sistemas de saúde europeus foram convencionalmente classificados nos tipos *bismarckianos*, *Beveridge* ou *Semashko*. Os sistemas bismarckianos financiavam prestadores de assistência médica privados, beneficentes e públicos através de um sistema com base na renda e no emprego de inscrição compulsória para planos de saúde sem fins lucrativos. Nos sistemas de *Beveridge*, o governo nacional, regional e/ou municipal detinha e geria a maior parte dos prestadores de assistência médica, financiando-os pela tributação geral. Os sistemas de *Semashko* diferiram principalmente em não permitir a prática privada juntamente com a prática pública, bem como o seu sistema normativo baseado em planejamento e gestão (a Iugoslávia foi uma exceção – veja a seguir). A Suíça nunca adotou formalmente o sistema bismarckiano, mas uma combinação de planos de saúde e seguro privado, subsídios e regulamentação, alcançaram 98% da população coberta por planos de saúde em 1990. Além disso, os sistemas de saúde constantemente misturavam esses modelos diferentes. Na Espanha, por exemplo, a Medicina de Família e Comunidade operava parcialmente no modelo de *Beveridge* com GP fazendo 2,5 horas de consulta por dia em clínicas públicas, mas vendo os pacientes segurados e particulares fora daqueles horários.

A Coordenação das prestadoras de assistência médica pública e privada ocorre, ou não, em três níveis. O primeiro é o nível macro, nacional. O segundo, o nível intermediário, subnacional, as organizações de assistência médica com um planejamento e/ou função de financiamento, existem quer em nível regional (Canton, Land, Departamento, Oblast) ou no

distrito, nível municipal, por exemplo. No terceiro nível, prestadores de serviços, incluindo os profissionais liberais, são o nível “micro” de análise. Apesar do termo “micro”, alguns prestadores de atenção primária podem ser bem abrangentes (por exemplo, centros de saúde na Escandinávia, Portugal e Espanha). Prestadores de atenção primária são classificados em quatro categoriais. Os sistemas Semashko e Beveridge, tradicionalmente têm contado com prestadores públicos diretamente geridos por órgãos governamentais. Um desenvolvimento importante do sistema de saúde tem sido a gestão de alguns centros de saúde como “empresas públicas”, de propriedade pública, mas com autonomia de gestão semelhante ao de uma empresa privada (veja a seguir). Prestadores sem fins lucrativos variam de instituições de caridade a grandes instituições que não distribuem dividendos aos acionistas, mas em muitos outros aspectos se comportam como entidades comerciais (por exemplo, *BUPA*). Puramente privadas, por exemplo, as organizações com fins lucrativos são a categoria restante. Isso inclui empresas comerciais. No entanto, médicos autônomos, ou sociedades de médicos, são as mais comuns.

A situação antes de 1990

Antes de 1990, a coordenação a nível macro da oferta pública e privada ocorreu de forma bastante negativa nos sistemas de Beveridge. A lei e o regulamento demarcaram uma divisão de trabalho entre os prestadores públicos e privados. Nos poucos assuntos em que a lei, a regulamentação ou a contrato eram omissos, o sistema público não era obrigado a prestar serviços, mas o sistema privado poderia. Para os GPs ingleses, por exemplo, o atestado de óbito era trabalho do Sistema Nacional de Saúde (*SNS*), mas a certificação para fins de seguro de saúde era trabalho privado, para o qual o paciente iria pagar o GP. A prática privada foi regulamentada pelo regime geral legal e por todos os contratos, através dos quais os organismos públicos adquiriam serviços de prestadores privados.

Os sistemas bismarckianos utilizaram dois meios principais de coordenar os profissionais independentes, com os planos de saúde, o Ministério da Saúde e outros prestadores. Negociações regulares tiveram lugar entre os planos de saúde, prestadores de atenção primária, o governo e, por vezes, outras partes interessadas (por exemplo, as empresas farmacêuticas). Na Alemanha Ocidental essas discussões se tornaram rotineiras e permanentes. A coordenação também foi alcançada através da criação de termos comuns, preços e condições de contratos de GP, seja em nível nacional (por exemplo, na França, no Reino Unido) seja em nível intermediário (por exemplo, nos Países Baixos, na Alemanha Ocidental). Onde quer que o contrato padrão não proibisse, estava aberto para a clínica privada convencional.

Superficialmente, a coordenação no nível macro ou central era simples no modelo Semashko. Seus princípios eram cobertura universal e equidade de acesso para toda a população. Existiam consultórios para médicos independentes, voluntários ou de caridade. Durante o período de transição, depois de 1945, foi permitido aos GPs trabalharem nos centros de saúde existentes ou retornarem aos seus antigos consultórios, mas como empregados do governo e recebendo salários. Como o governo rapidamente construiu Centros de saúde e policlínicas, esses médicos foram obrigados a trabalhar em condições semelhantes aos outros assalariados. A exceção foi a Hungria, onde o Estado construiu poucas policlínicas, mas permitiu a clínica independente em todo o período comunista. Os GPs foram autorizados a trabalhar fora do horário regular como profissionais independentes (Sváb *et al.*, 2000). Durante os “anos de estagnação”, a prática privada ilegal (subtabela de pagamentos, subornos, etc.), foi ignorada na política oficial, mas na realidade, era cada vez mais tolerada. Para altos funcionários (incluindo os gestores de saúde), os serviços de *nomenclatura* separada também eram executados, particularmente na URSS, por uma analogia com a assistência médica privada do oeste. Algumas ocupações também tinham os serviços de saúde distintos: militares e trabalhadores da segurança, transportadores ferroviários, trabalhadores de telecomunicações (Polônia) e trabalhadores das companhias aéreas (URSS). Esses sistemas paralelos incluíam atenção primária.

Para sistemas Semashko, coordenação em nível intermediário entre a *nomenclatura* e outros serviços paralelos e serviços comuns eram fracos. Embora a prática privada fosse legalmente proibida na maioria dos países comunistas, autoridades de nível intermediário toleraram silenciosamente algumas dessas formas. Os médicos recebiam salários baixos, ocasionando baixa qualidade de serviço e que os médicos procurassem receitas privadas, muitas vezes através de pagamentos informais ou práticas ilegais. Por exemplo, na ex-Iugoslávia, a prática odontológica privada floresceu e sua existência era conhecida por todos apesar de ter sido legalmente proibida. Foi muitas vezes executada nas casas dos dentistas, após as horas de trabalho, para os pacientes que podiam pagar por fora (Sváb *et al.*, 2001).

Em todos os três sistemas, quando a mesma pessoa fez um trabalho público e privado, os dois foram coordenados “ajustando” o trabalho privado, sempre que as funções do setor público permitissem. Nos sistemas bismarckianos, as práticas gerais poderiam subcontratar outros prestadores privados para cobrir, digamos, horas extras ou serviços paramédicos. Onde quer que organizações voluntárias e de caridade preenchessem as lacunas na prestação de serviços públicos (por exemplo, fornecendo “*home care*”, planejamento familiar ou assistência a doentes terminais), serviços públicos e privados eram coordenados através

de caminhos de referência. Os sistemas de Beveridge também coordenavam a direção dos serviços administrativos.

O sistema iugoslavo era baseado nas ideias de Andrija Stampar (ex-presidente da Academia Iugoslava de Ciências e Artes) que, apesar de socialista, divergia do sistema Semashko. O modelo Stampar enfatizou o encontro das necessidades de saúde da população através de médicos trabalhando nas comunidades, em estreito contato com as autoridades locais. Os centros de saúde foram locais importantes para cuidar e promover a saúde, e para a prevenção. A Medicina de Família e Comunidade sempre foi considerada central, mas a enfermagem comunitária também foi valorizada. Entretanto, uma gama de serviços especializados foi introduzida depois de 1950, tornando os centros de saúde muito semelhantes ao estilo das policlínicas Semashko, especialmente nas grandes cidades (Zarkovic *et al.*, 1994; Švab *et al.*, 2000).

As diferentes arquiteturas de sistemas de saúde acomodam as diferentes formas de provedor e, portanto, uma combinação específica dos setores público e privado, embora não exista uma simples correspondência de um-para-um entre a mistura de prestadores e a arquitetura do sistema de saúde.

Os principais prestadores de assistência médica em alguns sistemas bismarckianos e de Beveridge (Reino Unido e Dinamarca) foram os médicos independentes contratados pelo estado ou pelos planos de saúde, mas também permitidos a atuar no setor privado e agiam comumente assim na França, Grécia e Portugal (Geschwind, 1999). Os GPs espanhóis em clínicas ambulatoriais eram servidores públicos pagos por captação. Após ter dado 2,5 horas por dia de consulta no centro de saúde, eles ficaram livres para exercer a prática privada em seguida. As consultas públicas foram mais sobrecarregadas, dando aos GP pouca chance de prestar assistência de boa qualidade. Consequentemente, a maioria dos cidadãos tinha seguro privado ou visitavam o seu próprio médico público como pacientes particulares. Eles ganhavam consultas mais longas, mantendo os privilégios de cobertura pública: testes de diagnóstico, encaminhamento para especialistas, as receitas a título gratuito ou com um co-pagamento. Esses acordos também permitiram empresas de seguros privados oferecerem prêmios mais baixos. Professores e funcionários públicos poderiam, e ainda podem, inscrever-se na “*Muface*”, uma companhia pública de seguros. Eles evitam ambulatorios públicos, utilizam clínica privada, escolhem o seu GP e têm livre acesso à assistência especializada. A *Muface* paga aos médicos uma taxa por serviço prestado. Em geral, porém, a prática privada foi mais um complemento do que um substituto para o setor público na Espanha.

Além de Médicos de Família e Comunidade, os sistemas de Bismarck e de Semashko incluíam médicos especialistas, que trabalham na atenção primária – na maioria das vezes os obstetras e pediatras.

Em alguns países, as parcerias se desenvolveram com personalidade jurídica distinta das de cidadãos ou empresas privadas. A maioria dos GPs britânicos estava em parcerias em 1990 (na Alemanha menos. Cerca de 25%). Tipicamente, essas parcerias tinham cinco membros ou menos. Na Inglaterra, cada parceiro possuía igual capital de ações da sociedade, as quais deveriam ser compradas ao entrar na sociedade e vendidas ao deixá-la. Vender listas de pacientes foi declarado ilegal em 1947, mas por muitos anos depois, o custo de entrada em uma parceria incluía, geralmente, um preço inflacionado para os equipamentos e mobiliário, supostamente para comprar a “boa vontade”. Os parceiros em conjunto empregariam pessoal de apoio (enfermeiros, recepcionistas, etc.). Os sócios normalmente mantinham suas próprias listas pessoais de pacientes do SNS, embora se pudesse – e muitas vezes se fez – combinar as listas. Geralmente os sócios compartilhavam pelo menos alguns dos seus ganhos do consultório particular e, às vezes, todos eles.

Ambos os sistemas, de Beveridge e de Semashko, providenciavam serviços mais amplos de APS através de organizações convencionais hierárquicas que empregavam pessoal assalariado. Elas variavam de acordo com os serviços e as profissões que incluíam: por exemplo, cobria-se trabalho social (Irlanda do Norte, Polônia), serviços veterinários (Itália), creches (Alemanha Oriental), spas (URSS, Alemanha Oriental) ou medicina (proporcionada por profissionais independentes, ao contrário de alguns países). Outra variável era saber se eles eram responsáveis perante o governo local (Itália), o Ministério da Saúde (Portugal), por ambos (URSS), ou por instituições de saúde de nível superior (Reino Unido). Isso determinou a que ponto decisões operacionais (sobre orçamentos, recursos humanos, reparações, práticas de trabalho, etc.) foram delegadas para os gerentes locais (por exemplo, serviços de saúde da comunidade inglesa) ou centralmente prescritos (URSS) (Burenkova, 1986).

Em ambos os sistemas, Bismarckiano e de Beveridge, o setor privado desempenhou um papel maior na APS do que no setor hospitalar. Quando não previstas pelo setor público, enfermagem e ajuda doméstica na casa do paciente foram fornecidas, quer por particulares ou, no caso da enfermagem, pelas agências de emprego (empresas privadas). Empresas (por oposição aos profissionais individuais e parcerias) raramente forneciam assistência médica, mas geralmente supria medicamentos, equipamentos e outros bens consumíveis, numa base comercial (outro contraste com o sistema Semashko).

Principais tendências de reforma na década de 1990

A mudança drástica depois de 1990 foi o declínio do sistema Semashko. Reagindo contra a política soviética, a maioria dos governos da Europa Central e Oriental decidiu substituí-lo por “práticas ocidentais”. Nesse clima, a maior mudança na introdução de um sistema bismarckiano ou de privatização foi muitas vezes mais politicamente aceitável do que o menor movimento para um sistema de Beveridge. Os governos ocidentais também exportaram os seus modelos de políticas próprias de saúde, por exemplo, através dos programas PHARE e TACIS da União Europeia. Outras organizações internacionais, especialmente o Banco Mundial, a Organização Mundial do Comércio e o Fundo Monetário Internacional, promoveram as políticas de globalização das economias Europa Central e Oriental do “Consenso de Washington”, a privatização, sempre que possível, e reduzindo drasticamente as despesas públicas. Suas políticas ajudaram a gerar uma redução substancial dos gastos públicos na primeira linha de assistência médica. Na Rússia, por exemplo, a maioria das policlínicas tinha dificuldade em pagar mesmo os oficiais de salários baixos, e não podiam comprar equipamento ou consumíveis. Essas condições fizeram com que as ideias ocidentais, para extrair mais serviços de saúde a partir de recursos dados, fossem duplamente atraentes para os sistemas de saúde da Europa Central e Oriental. O modelo bismarckiano também apareceu para oferecer uma forma de complementar o financiamento do Estado com o financiamento privado de assistência médica. Não surpreendentemente, muitos países da Europa Central e Oriental mudaram o financiamento dos orçamentos públicos, destinados à atenção primária, para alguma forma de seguro de saúde nacional.

Durante esse período, os prestadores de atenção primária viram oportunidades para consolidar os seus rendimentos e renegociar suas relações com o Estado. Praticamente todos os países da Europa Central e Oriental têm permitido a prática independente em geral (ver Caixa 7.3), porém, a proporção de médicos que trabalham de forma independente varia entre os países. Alguns países, (por exemplo, a antiga Alemanha Oriental) tornaram virtualmente impossível para um médico não ser um empreendedor privado. Na ex-Iugoslávia, a Medicina de Família e Comunidade já era uma disciplina reconhecida. A Bósnia e Herzegovina, Croácia e Eslovênia rotularam-na como “medicina de família” e melhor formação profissional existente. Outros países reintroduziram a Medicina de Família e Comunidade, como uma disciplina acadêmica, em grande parte com apoio do exterior (por exemplo, Canadá e Reino Unido). Alguns projetos (por exemplo, na Estônia) foram bem-sucedidos, mas em outros países (por exemplo, “Antiga República Iugoslava da Macedônia, Sérvia) poucas mudanças ocorreram. Geralmente, a escolha política está entre aceitar um período de transição mais longo ou a coexistência de práticas assalariadas e independentes (Lember, 1998; Markota *et al.*, 1999).

Os problemas econômicos de países da Europa Ocidental, mesmo longe de serem tão graves como na Europa Central e Oriental, ainda levaram à reforma do sistema de saúde. A Grã-Bretanha enfrentou essa situação em 1970 e em torno de 1990 a Alemanha, Suíça e Suécia também foram afetadas (Theurl, 1999; Bergmark, 2000). Inicialmente, muitos sistemas de saúde europeus ocidentais adotaram uma estratégia “do gerencialismo” (Flynn 1992), tentando satisfazer a crescente demanda pela exploração de recursos mais eficientes, em vez de aumentá-los radicalmente ou reestruturar os sistemas de saúde. A “Nova Gestão Pública” providenciou desde um repertório de métodos: na atenção primária, as suas principais manifestações foram financeiramente limitadas (por exemplo, os planos de saúde negociaram limitações financeiras com os fornecedores globais de dinheiro), a substituição de insumos mais baratos (por exemplo, redefinindo a divisão do trabalho entre grupos profissionais e promovendo uma equipe baseada na prestação de APS) e a introdução de indicadores de desempenho e de medicina baseada em evidências. A caixa 7.1 ilustra isso com o exemplo da Espanha:

Caixa 7.1 Atenção primária na Espanha

Em meados da década de 1980, a Espanha reformou seus serviços de saúde pública. O país foi dividido em subáreas de 5.000 a 25.000 habitantes. A cada cidadão foi atribuído um médico e enfermagem pessoal, e cada um recebeu assistência de uma equipe de trabalho da subárea num centro de saúde (nas cidades) ou uma clínica local (nas áreas rurais). As equipes eram compostas de GP, pediatras, enfermeiros, assistentes sociais e um dentista trabalhando 36 horas por semana para o setor público, na qualidade de gestores, fornecendo prevenção, assistência médica e reabilitadora. Enfermeiros recebiam um salário, enquanto os médicos eram pagos por captação ou salário base, dependendo da região. Embora os médicos possam assumir o setor privado fora do expediente, com melhores salários, a qualidade dos serviços e aumento de prestígio dos GPs públicos pode explicar por que a cobertura de seguro privado diminuiu de 20,2% em 1980 para 8,7% em 1990. Comparado com o sistema tradicional, o sistema reformado tinha poucas referências de GP especializados, ambulatório hospitalar e os serviços de internação e de emergência locais como GP. Médicos escreveram 23% menos prescrições para os pensionistas e 17% menos para pacientes mais jovens. As variáveis demográficas, de saúde ou sociais, não explicaram essas diferenças. Equipes recicladas cumpriram melhor com os protocolos e diretrizes para a prevenção e acompanhamento de doenças crônicas como diabetes e hipertensão. A comparação das taxas de mortalidade de 1984-1996, em três zonas igualmente socioeconomicamente carentes de Barcelona, mostrou uma clara associação entre a reforma dos serviços de APS e uma diminuição na mortalidade por acidente vascular cerebral e hipertensão. A satisfação foi significativamente maior entre as pessoas que utilizam os centros reformados de APS (Gené-Badia *et al.*, 1996; Villabi *et al.*, 1999).

Comparáveis inovações em equipe foram promovidas na Finlândia, nos Países Baixos, Portugal, Suécia, Reino Unido, e na ex-Iugoslávia na década de 1980.

Durante a década de 1990, duas estratégias principais, em resposta às pressões econômicas, promoveram a concorrência e substituíram o setor privado pelo público na atenção primária. Com base em argumentos desenvolvidos pela Nova Economia Institucional (Niskanen, 1973; Williamson, 1975) e, para a saúde, Enthoven (1986), os defensores da concorrência também sugeriram que uma alternativa à privatização seria a reforma dos serviços públicos em mercados públicos. Na teoria, o resultante “quase-mercados” ou “mercados internos” poderia também ser aberto ao financiamento privado e prestadores. Tais pressões econômicas comuns, moderadas na Europa Ocidental, mas extremas na Europa Central e Oriental, produziram políticas bastante convergentes para a prestação de atenção primária em todo o continente.

Promovendo a concorrência e competitividade

Nos sistemas de Beveridge e Semashko, promover a concorrência entre os prestadores de atenção primária requeria separar as organizações existentes em níveis de financiamento e de planejamento, em contraste com os níveis de fornecimento, e então criar prestadores competitivos do lado fornecedor (essas distinções já existiam nos sistemas de Bismarck). Um dos propósitos da competição foi pagar (ou punir) prestador de atenção primária, de forma a favorecer aqueles que contiveram os custos ou aumentaram o volume de atenção de um determinado orçamento. Um dos métodos foi o de encorajar os pacientes a escolherem entre os prestadores, que passariam então a ser recompensados por atraírem pacientes (Saltman e Von Otter, 1992). Além disso, o grupo de aquisição poderia estabelecer uma avaliação, ou seja, publicar indicadores com a classificação de desempenho ou uma “tabela de campeonato” ligada às melhores clínicas. Na Inglaterra e no País de Gales, por exemplo, os experimentos estão em andamento para publicar dados comparativos sobre serviços clínicos dos GPs. Mesmo enquanto o investimento em capital público estava em operação, GPs ingleses mostraram-se mais inclinados a trabalhar juntos em vez de concorrer.

Trabalhos, bem como os pagamentos, podem ser transferidos entre os prestadores. Nos sistemas de Beveridge, muitos ministérios de saúde promoveram a concorrência, reformando suas prestadoras de atenção primária em “empresas públicas”. Essas “empresas públicas”, em alguns casos, utilizaram a sua autonomia para adotar os modelos de serviço utilizados no setor privado, a fim de competir diretamente com os prestadores privados, revertendo a dinâmica de privatização. Por outro lado, em alguns países (por exemplo, Espanha, Reino Unido), os serviços hospitalares de acidentes indenizavam pelas deficiências dos serviços de atenção primária (Rodriguez *et al.* 2, 000). O modelo de empresa pública permitia aos

hospitais tornar isso em uma oportunidade de competir em prol de renda. Na Alemanha, isso foi proposto, para permitir policlínicas universitárias verem os pacientes e serem pagas por planos de saúde para fazê-lo – um movimento do qual os GPs se queixaram é o concurso público subsidiado, enfraquecendo o monopólio das cooperativas médicas locais (Ärztliche Praxis, 09 de maio de 2002; Die Welt, 05 de outubro de 2001). Pelo menos uma associação de pacientes aceitou a proposta, pelo mesmo motivo. O Sistema Nacional de Saúde (SNS) britânico rapidamente copiou a ideia de clínicas de conveniência (veja a seguir) abrindo 20 unidades experimentais, gratuitas e financiadas por recursos públicos majoritariamente em centros urbanos e pelo menos uma em cada aeroporto de grande porte.

Para sinalizar sua falta de vontade de deixar entrar novos prestadores de atenção primária, a menos que os fornecedores existentes se tornem mais eficientes, os governos também começaram a apoiar novas formas organizacionais experimentais e modelos de atenção, como os ilustrados nas caixas 7.2 e 7.4. Os GPs ingleses tornaram-se mais receptivos a novos métodos de governança clínica, quando começaram a suspeitar de que, do contrário, o governo iria rever todo o conceito de autorregulação médica na atenção primária

Caixa 7.2 Esquema de serviços médicos pessoais na Inglaterra

Quase todos os GPs britânicos são independentes e obtêm a maior parte de sua renda através da contratação dos seus serviços ao Serviço Nacional de Saúde. Des-de que o SNS começou (1948), os GPs têm fornecido mais serviços de atenção primária. Desde 1997, cerca de 20% dos médicos têm exercido uma nova opção, para desprenderem-se do contrato nacional e, em vez disso, trabalharem como par-te de um Serviço Médico Pessoal (SMP), em regime de contrato com sua autoridade de saúde local ou MAP. No entanto, a legislação de 1997 também permite que pro-vedores não-médicos façam esses contratos. Para os GPs que não optam pelo sta-tus de SMP, o contrato nacional foi radicalmente renegociado. Ele divide as tarefas dos GPs em três categorias. Todas as clínicas têm de fornecer os serviços essenciais. Os GPs podem optar por fornecer serviços adicionais e aprimorados, mas se o fizerem seus pagamentos são reduzidos. Em seguida, o MAP local tem que, ou ofe-recer esses serviços por conta própria, ou subcontratar outra empresa para fazê-lo. Essas propostas, portanto, apresentam uma oportunidade para novos fornecedores, tanto públicos como privados, para trabalhar ao lado de GP na prestação de servi-ços, como a gestão de doenças crônicas, atendimentos preventivos, visitas domici-liares e assistência fora do expediente. Além de enfrentar novos concorrentes, a posição de GP como fornecedores preferenciais da atenção primária está sendo corroída.

Todas as formas de competição de prestadores exigem “meso-level bodies” para usar contratos, incentivos e sistemas de pagamento, que façam os prestadores de atenção primária competir pela extensão e qualidade dos serviços. Além dos novos contratos de GP na

Inglaterra (Caixa 7.2), Itália e Noruega, têm ocorrido experiências parecidas como na HMO (Organização de Manutenção da Saúde) na Alemanha e Suíça.

As novas formas de contrato são também usadas para aplicar limites de dinheiro (por exemplo, na Bélgica, Inglaterra, França, Países Baixos; e planejado na Alemanha). Nos sistemas Beveridge, os governos controlam diretamente as organizações de compra e seus orçamentos. Nos sistemas bismarckianos, esses objetivos eram atingidos pela estimulação da competição entre os compradores, para assegurar que os prestadores contessem os custos, apresentassem novas formas de tratamento, e também assegurar que os pacientes escolheriam seus planos de saúde (ou outra seguradora), baseados na qualidade e extensão dos serviços. Assim foram as reformas de Dekker e Simons nos Países Baixos, e reformas similares na Áustria, Bélgica, Alemanha e Suíça. Prevendo o perigo do risco de seleção oposta (as companhias de seguro selecionaram os pacientes mais lucrativos, ou pelo menos os menos caros para tratar), os governos tentaram fazer os casos misturados diferenciar dos custos neutros para os planos de saúde e prestadores APS. Na Alemanha e Suíça complexos métodos de equalização de estruturas de risco (Risikostrukturausgleich) foram, então, introduzidos.

Substituindo o fornecimento privado pelo público

A privatização da atenção primária pela Europa ocidental, tem sido implementada de duas maneiras principais:

(1) *A substituição das finanças privadas pelas públicas* ocorreu em alguns países ocidentais, particularmente na forma de crescentes co-pagamentos para os serviços de atenção primária. A Itália tem gradualmente estendido co-pagamentos para os serviços de atenção primária desde os anos 80. Em alguns sistemas bismarckianos (por exemplo, França) pacientes compram tipicamente seguro de saúde particular suplementar, para cobrir procedimentos que não têm total cobertura do seguro social (Geschwind, 1999). A maior parte dos financiamentos territoriais de seguro médico compulsório da antiga União Soviética foi criada nos anos 90, financiados pelas contribuições mandatórias dos trabalhadores e das firmas. Os municípios pagam as assinaturas de pessoas economicamente não-ativas.

(2) *A privatização dos prestadores de atenção primária* ocorreu em alguns países como parte das políticas oficiais. Tradicionalmente, é claro, os sistemas Beveridge e o bismarckiano permitiam prestadores de atenção primária fazerem financiamentos privados e públicos em paralelo. Nos anos 90, os países da comunidade econômica europeia realizaram parcialmente a privatização, legalizando clínicas particulares ilícitas. Por exemplo, seguindo a nova legislação, os dentistas na antiga Iugoslávia estavam entre os primeiros profissionais da saúde no país a abraçar a clínica independente. Eles declararam a existência seus consultórios secretos e continuaram a trabalhar com o dinheiro do próprio bolso para a mesma clientela. (Svab

et al., 2001). Na Espanha, o compartilhamento do mercado de medicina privada é maior na atenção primária do que no atendimento especialista hospitalar (Urbanos-Garrida, 2001). As redes profissionais da Alemanha, descritas abaixo, (Caixa 7.6) podem, coletivamente, continuar com as clínicas privadas. Essas duas estratégias não foram sempre consistentes umas com as outras ou com outras políticas. Por exemplo, a medicina baseada evidências, a substituição da equipe não-médica pela médica e a crescente necessidade de se coordenar os serviços de atenção primária indica uma unidade de prestação maior do que o médico individualmente. Mesmo assim as políticas de privatização funcionaram exatamente na direção oposta quando, como em muitos países da comunidade econômica europeia, elas envolveram o cancelamento das policlínicas.

Excelentes experiências inovadoras

Ambas a competição e a privatização resultaram em uma diversificação nos prestadores de atenção primária. Contudo, a fragmentação resultante e a competição no setor da atenção primária não removeram o desejo do governo de influenciar a qualidade desses serviços e promover uma melhor coordenação entre as clínicas gerais, ou os equivalentes locais, e outros prestadores de assistência social. Vários prestadores da atenção primária precisam frequentemente colaborar com propósitos terapêuticos práticos. Na falta dos poderes burocráticos de coordenação, muitos governos promoveram as redes profissionais de organização de atenção primária, para compensar a fragmentação organizacional da atenção primária e fortalecer a contabilidade dos prestadores de atenção primária para o governo, investidores e o público. As caixas seguintes ilustram isso.

Novas formas de fornecimento de atenção primária

Exceto a prática médica independente, que foi uma inovação para os países da comunidade europeia, mas não para a Europa ocidental, quatro novos principais tipos de prestadores de atenção primária apareceram. Os prestadores comerciais existem, mas são exceções. Na Grã Bretanha, um dos poucos exemplos de prestadores comerciais bem-sucedidos têm sido as clínicas disponíveis nas cidades (*walk-in clinics*), recentemente abertas nas estações de trem de Londres. Os pacientes têm as consultas sem marcar antes, ou seja, por ordem de chegada. Esse tipo de clínicas (*walk-in clinics*) particulares, ou similares, iniciou-se em cidades suecas, desde 1983 (Saltman and von Otter, 1987). Outras novas formas serviços de entrega privados e/ou misturados, público e privado, são: cooperativas médicas (ver Caixas 7.3 e 7.4) e a colaboração entre médicos, outros profissionais da saúde e organizações voluntárias (Caixa 7.5).

Redes de atenção primária

Durante os anos 90, a necessidade de coordenar a assistência médica com a enfermagem, a assistência paramédica e social tornou-se maior, da mesma forma que as doenças crônicas, a assistência aos idosos e a substituição por assistência hospitalar tornou-se proeminente. Onde a coordenação dos serviços de atenção primária por órgãos públicos foi removida, ou nunca existiu, essas tendências a tornaram necessária apesar disso, para construir mecanismos alternativos para coordenar a combinação público-privado a um nível local. Três categorias de redes profissionais surgiram:

Caixa 7.3 Cooperativas médicas na antiga Iugoslávia

Centros de saúde permanecem a forma predominante de organização da atenção primária, mas os GPs podem optar em trabalhar como GPs independentes, que encaminham seus pacientes para especialistas. O problema de listas de espera para alguns especialistas é resolvido, fazendo pagamentos diretos do próprio bolso para estes especialistas. Contudo, cooperativas médicas, como uma forma de empreendimento conjunto entre especialistas de atenção primária e secundária, realmente existe em ambas Croácia e Eslovênia, embora sejam relativamente raras. Existem exemplos de firmas pertencentes aos GPs, empregando especialistas de atenção secundária, em sua maior parte em meio período ou até mesmo com um contrato de meio período. Mais frequentemente, o objetivo de tais cooperativas é tornar os serviços especialistas mais acessivelmente disponíveis para os pacientes registrados na cooperativa. O emprego adicional de especialistas assalariados em clínicas independentes foi reconhecido como uma fonte de preocupação pelos autores das leis e gestores hospitalares, mas o problema não foi resolvido adequadamente. Muito frequentemente cooperativas são uma cobertura para uma assistência especialista secundária, que é uma das formas mais frequentes de prática privada. Em alguns casos, especialistas estabilizados pedem para ser licenciados como GP, somente para serem capazes de ter pacientes registrados com eles e oferecerem serviços de especialistas para seus pacientes sob o título de Medicina de Família e Comunidade, que é paga largamente pelo estado.

Caixa 7.4 Cooperativas médicas para serviços fora do expediente na Inglaterra

Após 1990 os GPs ingleses progressivamente organizaram clínicas fora do expediente, baseadas em cooperativas. Os GPs têm sido formalmente responsáveis por prover toda a cobertura médica diária para seus pacientes. Previamente este requerimento era satisfeito na maioria das vezes contratando serviços comerciais representantes, e em muitos lugares ainda é. Cooperativas consistem de grupos de GP (a associação é voluntária), que revezam em turnos para proporcionar serviços em horários noturnos e nos fins de semana para os pacientes de todos os GP na cooperativa. A cooperativa paga uma taxa por esse trabalho. Todos os membros contribuem com dinheiro para ajudar com isso e cobrir outros custos, mas essas contribuições são reembolsadas com o orçamento público. (Então, um GP individual pode ganhar ou perder dinheiro no cômputo geral, dependendo das somas envolvidas e da quantidade de horas extras que ele ou ela faz). Algumas dessas cooperativas têm ido além, oferecendo dependências clínicas, as quais os pacientes podem usar; e em alguns lugares, eles têm tomado total responsabilidade pelos serviços diretos do SNS descritos a seguir. Serviços fora do expediente, prestados pelos GPs dos próprios pacientes, parecem ser de uma qualidade maior do que as alternativas comerciais (Cragg et al. 1997), embora ainda existam poucos indícios que os compare com os departamentos de emergências do hospital.

Caixa 7.5 *A Entitat de Base Associativa, Catalunha*

A Lei de Organização de assistência médica (Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya, 1990) quebrou o monopólio de prestação de atenção primária pelas autoridades públicas regionais nomeadas por servidores públicos. A maioria dos hospitais já era organizações pertencentes a igrejas, municípios, governos regionais, ou donos particulares e, conseguiram privatizar as organizações de uma maneira similar, com processos de gestão financeira e de pessoal, mais rápido do que no setor público. Muitas dessas organizações lançaram os serviços de atenção primária (Martí and Grenzner, 1999; Violan et al., 2000). No meados dos anos 90, as EBAs (Entitat de Base Associativa) apareceram. A EBA é uma iniciativa particular com fins lucrativos administradas por uma equipe de médicos e enfermeiras que cuidam de uma determinada população. Ela recebe o orçamento baseado na captação para o salário dos médicos e enfermeiras, instalações, testes, diagnósticos, encaminhamentos para especialistas e prescrições. Um estudo em Barcelona não identificou nenhuma diferença estatisticamente significativa no uso dos serviços médicos, indicadores da prática clínica, ou custos de qualidade e farmácia entre os três esquemas de administração de atenção primária; embora a taxa per capita de enfermeiras fosse menor nas organizações não-públicas (Guarga et al., 2000). Quebrar o monopólio público da atenção primária foi visto como um poderoso estímulo para promover a qualidade, não só em organizações geridas privadamente, mas também nas regionais administradas publicamente.

Uma organização de atenção primária virtual é se faz ao redor de certo caminho de cura, grupo específico de tratamento ou população geograficamente definida, tais como (nos Países Baixos) colaboradores de saúde locais, governo local e serviços voluntários, com o propósito de coordenar a atenção primária com serviços paramédicos, de enfermagem

e serviços sociais (Houtepen and Ter Meulen, 2000). As estruturas de assistência integrada alemães (veja Caixa 7.6) e os monopólios de atenção primária ingleses (Caixa 7.7) são outras instâncias. Um segundo tipo, encontrado na Inglaterra, Alemanha (veja Caixa 7.8) e Polônia, são as redes profissionais para a educação, auditoria clínica e a promoção da medicina baseada em evidências. A terceira categoria são as políticas de redes, que controlam as clínicas independentes e outros prestadores de atenção primária, implementando iniciativas intersetoriais de uma nova saúde pública (por exemplo, O programa Cidades Saudáveis da OMS, Zonas de Ação Médica na Inglaterra).

O impacto das reformas e inovações

Mais indícios estão disponíveis sobre os impactos organizacionais das reformas de assistência médica europeias na extensão e coordenação de prestadores, do que sobre os impactos na saúde ou os efeitos da satisfação do paciente. Melhores indícios estão disponíveis sobre iniciativas locais separadas, do que sobre os efeitos das políticas de privatização e competição como um todo.

A evidência é ambígua a cerca dos efeitos da competição como um meio de seleção de provedores de atenção primária e coordenação da combinação público/privado.

Caixa 7.6 Estruturas de atenção integrada na Alemanha

Vários países têm tentado construir Organizações de Manutenção da Saúde, que tendem a seguir os modelos da *Preferred Provider Organization* (PPO) e da *Independent Practice Association* (IPA) (Robinson e Steiner, 1997). No caso alemão e suíço, acordos financeiros específicos são feitos com uma rede de médicos, tais como as descritas acima, criando uma “estrutura de cuidados integrados” (*integrierten Versorgungstruktur*). Médicos selecionados se tornam fornecedores preferenciais e especiais e negociam os termos contratuais com os planos de saúde locais, lado a lado com as modalidades habituais alemães, em que o sindicato dos médicos local distribui um orçamento fixo entre os médicos, de acordo com a sua atividade. Em alguns lugares, o plano de saúde negocia um pagamento por bloco, quer para todos os serviços, ou para os serviços de cuidados a um grupo específico, ou para a APS de novos serviços, tais como serviços de emergência e cuidados de enfermagem (*Sudbaden*) e clínicas *walk-in* (*Schleswig-Holstein*). Outros serviços permanecem financiados no âmbito do sistema antigo. A maior rede profissional alemã é a Rede de Médicos de Berlim (*Praxisnetze Berliner Ärzte*), que envolve planos de saúde da área industrial. Provou-se mais fácil para recrutar médicos para o esquema, mas para atrair pacientes eles tinham que oferecer descontos e recrutar novos planos de saúde (Plassman, 1998).

Caixa 7.7 Monopólios de atenção primária ingleses

Todos os GPs ingleses devem agora ser membros de um Monopólio de Atenção primária (MAP) local. O presidente e uma maioria dos assentos no Comitê Executivo Profissional do MAP são eleitos pelos médicos, que são profissionais independentes. MAPs estão se tornando responsáveis pela gestão da APS (incluindo os serviços de saúde da comunidade), pela qualidade clínica das assistências médicas básicas e pelo comissionamento da atenção secundária. No entanto, a maioria dos médicos não é contratada para a MAP, mas para realizar um contrato com o Ministério da Saúde, de modo que o MAP não tem o controle contratual direto sobre eles. Uma minoria agora trabalha sob contrato para o MAP (veja acima), mas esses contratos não são um forte instrumento de controle (Sheaff e Lloyd-Kendall, 2000; Sibbald et al., 2001). O MAP também pode utilizar GP, mas muito poucos o fazem ainda. Por conseguinte, o MAP tem de influenciar GP, principalmente por meio de informação, conhecimento, educação, redes de profissionais locais e de amizade, fazendo “acordos de cavalheiros” e por sutis pressões políticas (Sheaff et al., 2004). Os MAPs estão começando a coletar dados sobre o estado atual da prática clínica e tentando implementar orientações baseadas nos indícios produzidos pelo Instituto Nacional de Excelência Clínica (INEC) e outros organismos nacionais.

Caixa 7.8 Redes de Clínicas na Alemanha

As redes de clínicas na Alemanha ilustram o modelo de rede profissional. Seguindo as reformas do sistema de saúde alemão de 1997, alguns médicos independentes formaram redes, alguns dos quais incluindo outras profissões. Médicos aderiram voluntariamente. Alguns consideram as redes como o aumento da independência do poder de negociação dos GPs com os planos de saúde (Plassman, 1998). Cerca de 160 redes foram criadas, embora algumas tenham sido dissolvidas posteriormente, com tamanhos variando de 13-1800 médicos (o projeto Kodex Berlin). Suas funções variam de comunicações e só dar conselhos (por exemplo, em Bielefeld) a gestão da qualidade clínica, geralmente através de círculos de qualidade (às vezes interdisciplinar) ou auditoria clínica. Eles também permitem aos médicos a compra de materiais mais baratos (Szecseny et al., 1999) e compartilharem equipamentos. Alguns criaram orçamentos combinados para despesas médicas e não-médicas (serviços paramédicos, farmacêuticos). A rede em Munster também criou registros de paciente de doenças crônicas e presta serviços fora do expediente. Outra atividade comum é a de estabelecer sistemas de referência cruzada entre Médicos de Família e Comunidade e médicos especialistas na APS, e garantir que os hospitais prestem serviços ambulatoriais, tais como cirurgia do dia, que ainda são relativamente novos na Alemanha.

Um grande número de novas formas de prestar atenção primária tem aparecido. As reformas têm também estimulado a atividade de gestão de qualidade, nomeadamente através da comparação pública dos prestadores de atenção primária, um corolário da concorrência. Evidências sobre os efeitos que essas atividades de gestão da qualidade realmente têm sobre os resultados de saúde é volumoso, complexo e ambíguo (Grimshaw *et al.*, 2001), mas quando um número de diferentes atividades ocorrem simultaneamente, elas aparecem para promover a prática da medicina baseada em evidências e naquela medida melhoram os resultados clínicos. Evidências sobre a satisfação do paciente também são indiretas. Quando eles são devidamente financiados e dotados de autonomia administrativa suficiente, os prestadores públicos, em sistemas de Beveridge, podem melhorar o acesso e a qualidade da atenção primária, e começam a disputar com os prestadores privados. Mudanças recentes na atenção primária de saúde também podem ter contribuído para um declínio em toda a Europa, em períodos de internação hospitalar (ver Capítulo II). A atenção primária contribui através da prestação de assistência domiciliar, ambulatórios (Alemanha), serviços de diagnóstico próximos ao paciente (Grã-Bretanha) e serviços de hospital em casa (França). Embora as políticas de pró-concorrência ajudaram a abrir a atenção primária para os novos tipos de serviços que eram exigidos, essas mudanças refletem em grande parte as novas redes de colaboração dos tipos descritos acima.

Vários problemas têm surgido. Quando os regulamentos sobre os planos de saúde foram flexibilizados, por exemplo, um efeito colateral parece ter vindo para estimulá-los a agir mais avidamente. Mudanças na regulação alteraram sutilmente o caráter privado de alguns planos de saúde sem fins lucrativos, de caráter beneficente, para uma instituição muito (mas não completamente), convencional. Na Holanda, os planos de saúde reagiram à concorrência, tanto pela fusão (redução da concorrência), como pela gestão de fornecedores mais assertiva. Possibilidade de concorrência entre os prestadores de atenção primária provaram ser limitados. Ao contrário dos tratamentos internos, a atenção primária tem que ser fornecida perto da casa do paciente, e pacientes de atenção primária tendem a valorizar um relacionamento de longo prazo com o seu médico e não mudam de prestador facilmente (Sheaff, 2001). Concorrência entre prestadores pressupõe uma capacidade extra, que existe nos países da Europa central, digamos, a Alemanha, mas não em todos os lugares (por exemplo, há falta de médicos na Grã-Bretanha e na Federação Russa). Há evidências de que GPs alemães e ingleses preferem cooperar a competir uns com os outros, e redes de profissionais, em geral, tendem a inibir a concorrência.

Quanto à privatização, as reformas em alguns países (por exemplo, Malta, Romênia, Rússia) têm redefinido o financiamento público de atenção primária mais restrita. Serviços menos medicalizados, e mais orientados socialmente, como cuidar de idosos ou deficientes físicos, e a saúde ocupacional e ambiental, passaram a outros ministérios, cujo papel é mais para supervisionar os mercados privados de prestação de serviços ou finanças. A fragmentação ocorreu num momento em que, como foi observado, as mudanças demográficas, mudanças de doença graves para crônicas e a substituição de primário para secundário exigiam uma coordenação mais estreita. Nessas circunstâncias, os sistemas de atenção primária têm dependido dos compradores, para coordenar os serviços e construir redes.

Quando as seguradoras comerciais privadas fizeram incursões em sistemas Bismarck, a seleção de riscos adversos reapareceu. Os indícios, a partir de 1990, se repetem e remontam à década de 1940 e anteriores. Assim, na Espanha, o seguro privado apareceu para reduzir o “excesso” (ou seja, superior à média), o consumo da atenção primária e os segurados eram desproporcionais em uma região (Catalunha), as cidades e as classes mais ricas (Rodriguez *et al.*, 2000). Apesar de ter para oferecer a todos os pacientes adultos os mesmos prêmios, alguns planos de saúde suíços desregulamentados alcançaram taxas de lucro duas vezes maior que os outros em 1998, atraindo clientes com “melhores perfis de risco” (Theurl, 1999). Na Europa central, o padrão é mais nítido. Muitas empresas russas são incapazes ou não estão dispostas a pagar os prêmios dos planos de saúde. Se os municípios podem fazê-lo, depende de sua própria base tributária local, que é pequena na maioria das regiões administrativas (Oblasts). A privatização e a concorrência entre os planos de saúde, portanto, parece ter efeitos adversos, principalmente em pacientes, em termos de expô-los a uma seleção de grande risco e, portanto, reduzindo o acesso a serviços de atenção primária.

No lado do provedor, a atenção primária particular tornou-se uma categoria cada vez mais diversificada. Com efeito, assimilar todos os novos tipos de fornecedores como particulares esconde diferenças importantes. Eles perseguem objetivos diferentes, respondem a incentivos diferentes e trazem recursos diferentes. Poderia parecer que uma maior variedade de fornecedores aumenta o risco de seleção adversa, ou pelo menos o acesso diferencial aos serviços médicos. No entanto, na Grã-Bretanha parece que, embora os GPs independentes tenham conseguido facilitar acesso para os serviços hospitalares e comunitários para alguns de seus pacientes (Glennister e Matsanganis, 1992), não houve redução no acesso dos seus pacientes a outros médicos (Dowling, 2001). A diversificação de prestadores torna a atenção primária mais discutível, mesmo com os benefícios acima referidos.

Contra isso, a prestação particular de atenção primária, de certa forma, impediu a reforma. GP independentes podem optar por avaliar criticamente sua prática clínica, como o desenvolvimento desigual das redes de clínicas na Alemanha indica, ou não. Mesmo os GPs ingleses, que são obrigados a participar da “gestão clínica”, variam consideravelmente na forma como eles o fazem ativamente (Sheaff *et al.*, 2004). Da mesma forma, as complicações com direitos de pensão privada desencorajaram muitos GP ingleses a partirem de adesão a sistemas de atenção primária, assim como acordos de parceria, uma parceria se desenvolve ao ritmo dos seus membros mais conservadores. Evidências de vários países (Itália, Portugal, Espanha) indicam a dificuldade em conseguir a satisfação do paciente nos sistemas de Beveridge, e em sistemas de quase-mercado deles derivados, quando os médicos empregados públicos são livres tanto para a prática privada como para gerir a sua própria carga de trabalho no setor público. Na Grécia, o resultado são pagamentos de GP por baixo dos panos (Daniildou, 2002). Essas experiências sugerem que em sistemas de Beveridge a coexistência não regulada de práticas públicas e privadas cria padrões duplos de acesso, mesmo quando os financiamentos estaduais universalmente liberam a assistência médica.

A experiência da reforma mostra que médicos e pacientes respondem a incentivos financeiros (por exemplo, para os pacientes a aceitarem a condução ou uma escolha médica limitada). GP também respondem a possibilidade de prestadores alternativos participarem da atenção primária. No entanto, esses não são os únicos incentivos. A experiência de gestão da qualidade e redes médicas sugere que os incentivos não financeiros, tais como oportunidades para buscar interesses clínicos específicos e tornando a prática clínica transparente, também pode ser eficaz.

Discussão e lições políticas

Juntos, os impactos descritos anteriormente sugerem três conjuntos de políticas que se neutralizam e metas mais amplas (Rhodes, 1997):

- ▶ Privatização da compra da atenção primária pode estimular a seleção adversa e, portanto, comprometer o acesso universal à atenção primária.
- ▶ Concorrência e privatização podem comprometer a política de resposta das organizações de atenção primária.
- ▶ Ao dispersar serviços entre os diversos fornecedores, a concorrência e a privatização podem comprometer a crescente exigência de uma maior coordenação dos serviços de atenção primária.

Mais positivamente, *benchmarking*, contestabilidade e concorrência, bem como territorializar e dar recursos aos prestadores públicos para adaptar as ideias desenvolvidas em outros lugares e para implementar as suas próprias ideias para a inovação, têm estimulado os existentes prestadores públicos a oferecerem formas de serviço que atraem mais os pacientes. Existiam os benefícios de uma propagação da medicina baseada em evidências e a abertura da atenção primária para novos prestadores, inovações organizacionais e modelos de atenção. Daí o valor da concorrência veio estimular menos a concorrência entre os GPs locais a micro nível do que de abertura para novos prestadores, novos modelos e novas formas de organização do tratamento, com efeito, gerando uma nova mistura público-privado.

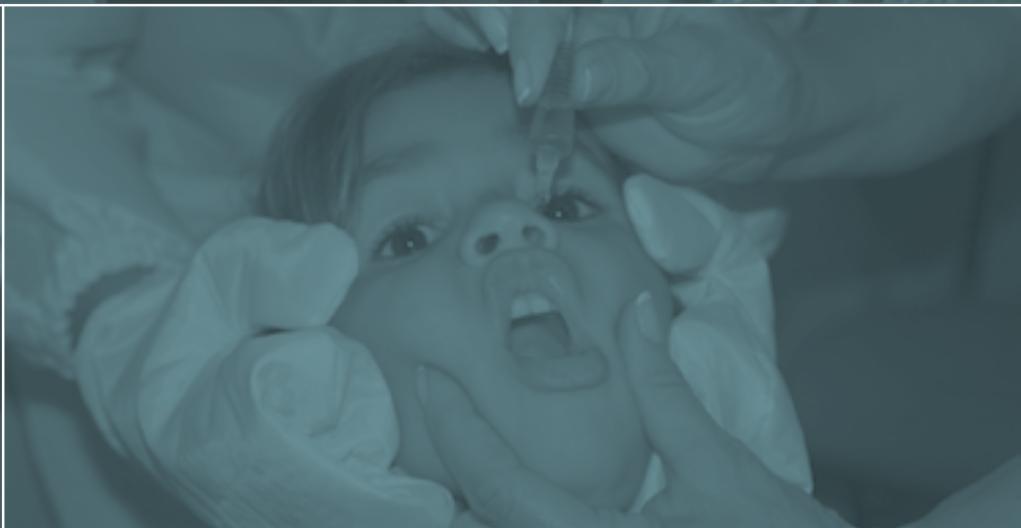
Quais as implicações das políticas vêm em seguida? Uma delas é a erosão gradual do monopólio médico na atenção primária: uma questão politicamente delicada, que pode ainda provocar resistência a novas mudanças. A segunda é que a concorrência e a escolha do paciente, que não devem ser simplesmente equiparadas com a privatização convencional, comercial, ou vice-versa. Paradoxalmente, a competição ocorre entre os prestadores públicos de atenção primária, bem como atores, como os planos de saúde, que não são nem totalmente comerciais, nem órgãos públicos, enquanto que algumas formas de prestadores de atenção primária privada (por exemplo, clínicas gerais inglesas) apresentam pouca concorrência. Embora a ortodoxia economista afirme que os prestadores privados são mais eficientes que os públicos, não há evidências de que emerge a partir da experiência europeia. A implicação política correspondente seria a de promover a inovação, experimentação e a contestabilidade da oferta, em detrimento da concorrência e privatização para seu próprio bem.

O aumento da diversidade de prestadores privados levanta a questão de saber se alguns tipos de privatização são melhores que outros. Muitas inovações surgiram a partir dos voluntários e profissionais independentes. A entrada de novos prestadores de serviços deve ser regulada de modo a garantir a segurança do paciente e reparação, mas sem criar novos monopólios de prestação. Nos sistemas de Beveridge, especialmente, será necessário regulamentar a forma como os prestadores combinam a prática pública com a privada, de modo a salvaguardar os interesses dos pacientes financiados publicamente. Assegurando a responsividade e responsabilidade política, que a prática clínica exige, tornando mais transparentes e garantindo que os organismos públicos responsáveis pela atenção primária realmente obtenham as informações necessárias (e usá-los). Os regulamentos e contratos, assim, tornam-se mais rígidos com essas questões, mas mais flexíveis em outras. Eles também precisam ser complementados por métodos mais positivos da coordenação de serviços, por exemplo, através do desenvolvimento de redes de atenção primária à saúde.

Referências

- Bergmark, A. (2000). Solidarity in Swedish welfare – Standing the test of time? *Health Care Analysis* 8: 395–411.
- Burenkova, S.P. (ed.) (1986). *Sbornik Shtatnykh normativov uchrezhdeniya zdravookhraneniye*. Moscow: Meditsina.
- Cragg, D.K., McKinley, R.K., Roland, M.O. et al. (1997). Comparison of out of hours care provided by patients' own general practitioners and commercial deputising services: A randomised control trial, *British Medical Journal* 314 (18 January): 186–88, 190–193.
- Daniildou, S. (2002). *Roemer's Law: Does it Apply in Greece?* Paper presented at the Strategic Issues in Healthcare Management conference, University of St. Andrews, 11 April.
- Dowling, B. (2001). *GPs and Fundholding in the NHS*. Aldershot: Ashgate.
- Enthoven, A. (1986). Managed competition in health care and the unfinished agenda, *Health Care Financing Review*, supplement: 105–117.
- Flynn, R. (1992). *Structures of Control in Health Management*. London: Routledge.
- Gené-Badia, J., Goicoechea, J., Sadana, R., et al. (1996). Primary health care in Southern European countries: an analysis of cross-national experiences, in Goicoechea, J. (ed.) *Primary Health Care Reforms*. World Health Organization Regional Office for Europe. Primary health care reforms, Fifth Forum on Primary Health Care Development in Southern Europe and its Relevance to Countries of Central and Eastern Europe. The Way Forward (Andorra la Vella 3–6 February 1993). Copenhagen: WHO Europe.
- Geschwind, H.J. (1999). Health care in France: recent developments, *Health Care Analysis* 7(4): 355–362.
- Glennerster, H. and Matsanganis, M. (1992). *A Foothold for Fundholding*. London: King's Fund.
- Grimshaw, J.M., Shirran, L., Thomas, R., et al. (2001). Changing provider behavior. An overview of systematic reviews of interventions, *Medical Care* 39(8), supplement 2: 2–45.
- Guarga, A., Gil, M., Pasarín, M., Manzanera, R., Armengol, R. and Sintés, J. (2000). Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según formulas de gestión [Comparison of primary care group management formulas in Barcelona], *Atención primaria* 26: 600–606.
- Houtepen, R. and Ter Meulen, R.T. (2000). New types of solidarity in the European welfare state, *Health Care Analysis* 8(4): 329–40.
- Lember, M. (1998). Implementing modern general practice in Estonia, *Acta Universitatis Tamperensis* 603: 1–74 (Tampere: University of Tampere).
- Markota, M., Švab, I., Saraz̃in-Klemenc̃ic̃, K. and Albreht, T. (1999). Slovenian experience of health care reform, *Croatian Medical Journal* 40(2): 190–194.
- Martí, L.J. and Grenzner, V. (1999). Modelos de atención primaria en Cataluña [Primary care models in Catalonia], *Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria* 5: 116–123.
- Niskanen, W.A. (1973). *Bureaucracy: Servant or Master?* London: IEA.
- Plassman, W. (1998). Vernetzte Praxen: Welche Modelle machen Sinn? [Which models make sense?] *Herz* 23: 64–7.
- Rhodes, R.A.W. (1997). *Understanding Governance*. Buckingham: Open University Press.
- Robinson, R. and Steiner, A. (1997). *Managed Health Care*. Buckingham: Open University Press.
- Rodriguez, M., Scheffler, R.M. and Agnew, J.D. (2000). Update on Spain's health care system: is it time for managed competition? *Health Policy* 51: 109–131.

- Saltman, R.B. and Von Otter, C. (1987). Re-vitalizing public health care systems: A proposal for public competition in Sweden, *Health Policy* 7: 21–40.
- Saltman, R. and Von Otter, C. (1992). *Planned Markets and Public Competition*. Buckingham: Open University Press.
- Sheaff, R. (1998). What is “primary” about primary healthcare? *Health Care Analysis* 6(4): 330–340.
- Sheaff, R. (2001). *Responsive Healthcare*. Buckingham: Open University Press.
- Sheaff, R. and Lloyd-Kendall, A. (2000). Principal-agent relationships in general practice: the first wave of English PMS contracts, *Journal of Health Services Research and Policy* 5(3): 156–163.
- Sheaff, R., Sibbald, B., Campbell, S. et al. (2004). Soft governance and attitudes to clinical quality in English general practice, *Journal of Health Services Research and Policy* 9(3): 132–138.
- Sibbald, B., Petchey, R., Gosden, T., Leese, B. and Williams, J. (2001). *Salaried GPs in PMS Pilots: Impact on Recruitment, Retention, Working Practices and Quality of Care*. Manchester University: NPCRDC (National Primary Care Research and Development Unit).
- S̃vab, I., Markota, M. and Albrecht, T. (2000). The reform of the Slovenian health care system: from capitalism to socialism and back, *Zdrav Vestn* 69: 791–798.
- S̃vab, I., Vatovec-Progar, I. and Vegnuti, M. (2001). Private practice in Slovenia after the health care reform, *European Journal of Public Health* 6(4): 407–12.
- Szecsényi, J., Magdeburg, K., Kluthe, B. et al. (1999). *Ein Praxisnetz erpölgreich gestalten – Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren “Ärztliche Qualitätsgerieinschaft Ried” [To build a medical practice network successfully – two years operating experience and results of the “Ärztliche Qualitätsgerieinschaft Ried”]*. Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Materialien Band VII) (www.aqua-institute.de/projekte_reid.html, accessed 18 August 2005).
- Theurl, E. (1999). Some aspects of the reform of health care systems in Austria, Germany and Switzerland, *Health Care Analysis* 7: 331–54.
- Urbanos-Garrida, R.M. (2001). Explaining inequality in the use of public health care services: Evidence from Spain, *Health Care Management Science* 4: 143–57.
- Villalbi, J.R., Guarga, A., Pasarín, M.I. et al. (1999). Evaluación del impacto de la reforma de atención primaria sobre la salud [Health impact evaluation of primary care reform], *Atención Primaria* 24: 468–474.
- Violan, C., Elias, A. and Ponsà, J.A. (2000). El modelo catalán de atención primaria [The Catalan primary care model], *Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria* 6: 43–47.
- Williamson, O.E. (1975). *Markets and Hierarchies*. New York: Free Press.
- Zarkovic, G., Mielck, A., Jaohn, J. and Beckmann, M. (1994). Reform of the health care systems of the former socialist countries: problems, options, scenarios, *GSF-Bericht*, GSF (MEDIS) Institut für medizinische Informatik und Systemforschung 9: 1–163.





capítulo oito

Mudança dos perfis das atividades

Bonnie Sibbald, Miranda Laurant e Anthony Scott



Introdução

“Mix” de habilidades é um termo usado de diversas maneiras para se referir a: combinação de habilidades ou competências possuídas por um indivíduo; a relação de funcionários experientes e não experientes dentro de uma mesma disciplina; e a mistura de profissões diferentes dentro de uma equipe multiprofissional. A Medicina de Família e Comunidade mostra variações consideráveis dentro e entre os países em todos os três aspectos.

O número de parcerias de Médicos de Família e Comunidade está crescendo em muitos países europeus, com uma conseqüente diferenciação dos papéis entre os médicos. Os enfermeiros são cada vez mais utilizados para realizar tarefas clínicas simples, como colher amostras de sangue e injeções. Em alguns países, notadamente no Reino Unido, os enfermeiros foram transferidos para funções mais avançadas no primeiro contato e no manejo dos pacientes com condições crônicas tais como asma, diabetes e doença cardiovascular. Equipes de atenção primária podem ainda ser ampliadas por meio da incorporação de médicos especialistas, terapeutas, assistentes sociais, como na Finlândia. Outros países estão se movendo em uma direção similar. O Reino Unido, por exemplo, viu uma subida acentuada durante a década de 1990, na prevalência de práticas gerais de um conselheiro de saúde mental e outras clínicas à distância, compostas por clínicas hospitalares de médicos especialistas. Os Países Baixos introduziram políticas para melhorar a colaboração entre médicos, psicólogos e assistentes sociais da atenção primária (Buitink, 2000). A tendência dominante é no sentido de uma complexa mistura de habilidades, mais refletidas por equipes maiores e multiprofissionais e o aumento da diferenciação de funções dentro das equipes.

Fatores regendo a mudança

Os fatores que impulsionam essas mudanças na mistura de competências são muitos e complexos, mas podem ser condensados nos seguintes grupos principais:

- ▶ contexto mais amplo;
- ▶ política;
- ▶ sistemas de pagamento;
- ▶ regulamentação e treinamento profissional;
- ▶ atitudes profissionais.

O ambiente de atenção primária, mais amplo, proporciona o impulso para a mudança. A crescente demanda por tratamentos, a escassez de pessoal de saúde, e os custos crescentes da prestação de atenção primária são fatores poderosos, estimulando a revisão das fun-

ções dos profissionais de saúde. Os gestores respondem articulando os benefícios a serem alcançados, através de novas formas de trabalhar. Os sistemas de pagamento e sistemas de regulação profissional determinam se a política será implementada na prática. O ritmo de mudança é moderado pela medida em que os profissionais precisam ser treinados e as suas atitudes em relação à negociação de novos papéis.

Contexto mais amplo

O envelhecimento da população tem colocado uma pressão crescente sobre os sistemas de assistência médica em todo o mundo desenvolvido e, ao mesmo tempo, os avanços da medicina aumentaram a expectativa do paciente. A crescente demanda e o custo da assistência têm levado muitos governos a experimentarem reformas de corte de custos. Uma estratégia foi fazer os GPs mediadores dos tratamentos hospitalares caros. A segunda foi a mudança de serviços, tais como pequenas cirurgias e gerenciamento de doenças crônicas, de hospitais para a Medicina de Família e Comunidade. A terceira estratégia foi trocar os profissionais de saúde de alto para os de baixo custo.

Escassez de determinados grupos de profissionais poderá acentuar a necessidade de encontrar prestadores de tratamentos alternativos. Nos Países Baixos, no Reino Unido e no resto do mundo desenvolvido, o tamanho efetivo da força de trabalho dos GPs caiu, devido a uma mudança para meio período de trabalho, acentuada pelo aumento da proporção de médicos do sexo feminino (Boerma, 2003). Como os enfermeiros podem ser treinados com mais rapidez e mais barato do que os médicos, a expansão do número de enfermeiros alargando o seu papel na área médica é vista como uma estratégia eficaz para lidar com a escassez de médicos. Argumentos semelhantes podem ser aplicados à utilização de assistentes de saúde não qualificados, como substitutos para os enfermeiros, quando o último grupo está em falta.

Política

Trabalho em equipe multiprofissional é uma estratégia amplamente favorecida para resolver os problemas criados pela crescente demanda e custo. O bom trabalho em equipe é pensado para melhorar a qualidade do atendimento, limitar os custos e fazer o melhor uso dos escassos recursos humanos. As melhorias de qualidade são buscadas através do reforço da coordenação da prestação de assistência médica e, pela oportunidade de especialização em equipes maiores. As economias de custos são procuradas através de economias de escala e escopo, e deslocando os tratamentos dos profissionais de saúde mais caros para os mais baratos.

Melhor utilização dos escassos recursos humanos é alcançada por romper as fronteiras disciplinares, que impedem que os profissionais sejam posicionados onde suas habilidades podem ser melhor utilizadas. Países como a Itália, os Países Baixos e o Reino Unido têm sido convencidos por tais argumentos, para promover o desenvolvimento de maiores equipes multiprofissionais (Departamento de Saúde, 2000; Landau, 2001).

Sistemas de pagamento

A implementação bem-sucedida da política exige sistemas de pagamento que recompensem os prestadores, por terem feito as alterações desejadas. Onde não há vantagem financeira para os prestadores, o ritmo da reforma é susceptível de ser desprezível.

No Reino Unido, as sucessivas reformas nos sistemas de pagamento para a Medicina de Família e Comunidade favoreceram o crescimento do tamanho e da complexidade das equipes de Medicina de Família e Comunidade. O maior impacto foi causado pelo contrato dos GPs de 1990, que deu aos médicos um orçamento (ou seja, fundos de investimento) para aquisição de serviços de enfermeiras comunitárias e outros profissionais de saúde. Os GPs incentivaram as enfermeiras da atenção primária a realizar funções prolongadas, principalmente nas áreas de promoção da saúde e gestão de doenças crônicas (Hirst *et al.*, 1995). As maiores clínicas eram as mais capazes de encontrar o dinheiro e outros recursos necessários, para estender as funções da enfermagem e, aquelas clínicas que reforçaram sua combinação de competências, dessa forma, foram mais capazes de cumprir as novas metas de desempenho, atraindo os pagamentos (Baker e Klein, 1991). Assim, as economias de escala e escopo têm acelerado o crescimento em tamanho e complexidade da equipe. Uma situação semelhante prevalece em outros países (Nijland *et al.*, 1991; Departamento Nacional de Serviços de Saúde e Família, 1996).

Uma questão estreitamente relacionada é se os contribuintes podem ser faturados pelos serviços prestados por não-médicos, nas equipes de atenção primária. Nos Estados Unidos existe uma variação considerável em se prestadores de nível intermediário, tais como enfermeiros e médicos assistentes, são capazes de cobrar por seus serviços ou se os custos devem ser incluídos, ao invés disso, como um médico superior. Onde profissionais de nível médio são capazes de cobrar pelos os seus serviços, há uma maior prevalência de tais prestadores (Sekcenski *et al.*, 1994). Um estudo randomizado controlado analisou a eficácia da substituição de enfermeiros por médicos de família de Ontário e, concluiu que a substituição não foi rentável para a Medicina de Família e Comunidade, porque os sistemas de pagamentos, na década de 1970, não permitiam que os médicos cobrassem inteiramente

pelos serviços prestados pelos seus enfermeiros (Spitzer *et al.*, 1974). Na Holanda, um pacto foi instituído em 1999, para permitir que os GPs empregassem enfermeiros (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn Sport *et al.*, 1999), mas os números têm crescido lentamente, devido a divergências sobre o nível de reembolso (De Vries, 2001).

Regulamentação e treinamento Profissional

Governos e órgãos profissionais públicos especificam o escopo da prática para a maioria dos profissionais clínicos. Esses limites regulamentares influenciam a composição da equipe, limitando as possibilidades de alargar o papel dos profissionais de saúde particulares. A capacidade de substituir os médicos por outros profissionais de saúde é limitada, por exemplo, pelos direitos autorizados a não-médicos de prescrição dos medicamentos. A solução é mudar os estatutos que regem o âmbito da prática. A Inglaterra, por exemplo, ampliou a privilégios de prescrição para os enfermeiros (Departamento de Saúde, 2002).

Funcionários que assumem papéis novos ou ampliados precisam ser treinados para esse trabalho. A velocidade na qual a combinação de competências muda pode ser estabelecida, mas depende da gama de habilidades preexistentes dentro de uma profissão de saúde particular e da quantidade da formação complementar necessária para estender essas habilidades. Quanto maior a lacuna entre as competências existentes e as desejadas, maior será o investimento necessário para alcançar a mudança e mais lento o ritmo de desenvolvimento. Países da Europa Oriental e Central que pretendam deslocar-se de um sistema de saúde centrado no hospital para um sistema centrado na Medicina de Família e Comunidade, têm que desenvolver novos sistemas para treinar os médicos, para serem especialistas em medicina de família – um processo que leva muitos anos para implementar (Gibbs *et al.*, 1999). Em contraste, a rápida introdução de clínicas de doenças crônicas conduzidas por enfermeiras, na Medicina de Família e Comunidade britânica, foi facilitada pelo alto nível de competências já adquiridas pelos enfermeiros de clínicas gerais e apoiado pela oferta de cursos de curta duração. Mesmo assim, o ritmo de desenvolvimento dos serviços, na década de 1990, muitas vezes ultrapassou a capacidade dos programas de treinamento para preparar os enfermeiros para esses novos papéis (Atkin *et al.*, 1994).

Atitudes profissionais

O fator mais difundido, que afeta o ritmo de mudança da combinação de competências, é a atitude dos profissionais de saúde para renegociarem novos limites entre si e outras disciplinas. No Reino Unido, inicialmente os GPs saudaram as funções ampliadas para os enfermeiros de clínicas gerais, onde esses médicos são capazes de cumprir seus compromi-

contratuais com mais facilidade. Isso, no entanto, está em contradição com a opinião dos enfermeiros, de que as modificações em sua função devem ser guiadas junto com as preocupações sobre o desenvolvimento da enfermagem como uma profissão autônoma, que é complementar, não subserviente, à medicina e aos profissionais médicos (Atkin e Lunt, 1996). À medida que a sobreposição entre o enfermeiro e os papéis do médico na atenção primária cresceu, os GPs começaram a temer que os enfermeiros corroessem o papel do médico (Wilson *et al.*, 2002). os GPs da Holanda têm sido relutantes em colocar enfermeiros, preferindo usar os enfermeiros que eles próprios treinaram. Por seu lado, os enfermeiros estão ansiosos que os profissionais de enfermagem possam usurpar o seu papel (Vogel, 1998).

Mecanismos de mudança

A combinação de competências pode ser alterada de acordo com o tipo de processos organizacionais utilizados para trazer as mudanças.

Dentro da prática geral, a combinação de competências pode ser provocada por:

- ▶ aprimoramento – ampliar a função ou as competências de um grupo profissional;
- ▶ substituição – trocar um tipo de profissional pelo outro;
- ▶ delegação – mudando a prestação de cuidados de um sênior / grau superior, para a uma pessoa de menor grau dentro de uma profissão;
- ▶ inovação – introdução de um novo tipo de trabalhador.

A combinação de competências pode ser alterada, mudando o limite entre a Medicina de Família e Comunidade e outros serviços do paciente. Isso pode incluir:

- ▶ transferência – deslocar a prestação de um serviço da Medicina de Família e Comunidade para outro setor de assistência médica, por exemplo, substituindo a Medicina de Família e Comunidade pela assistência hospitalar;
- ▶ relocação – mudar o local do serviço para a Medicina de Família e Comunidade, a partir de outro setor de assistência médica, sem alterar o prestador, por exemplo, operar uma clínica hospitalar em um ambiente de Medicina de Família e Comunidade;
- ▶ interação – com médicos / especialistas clínicos para educar e apoiar as equipes de atenção primária no cuidado dos pacientes.

Na prática, a combinação de competências é muitas vezes complexa, envolvendo mudanças interdependentes em uma série dessas facetas. Por exemplo, o tratamento da asma pode ser transferido dos hospitais para a Medicina de Família e Comunidade (transferência).

Para apoiar essa mudança, um enfermeiro pode adquirir conhecimentos especializados no tratamento da asma (aprimoramento), permitindo que ele aumente a gama de prestação de serviços e reduza a demanda do GP (substituição). Tarefas de rotina anteriormente realizadas pelo enfermeiro, como a recepção do paciente, por sua vez, pode ser delegada a um enfermeiro júnior (delegação) ou assistente (substituição). Enfermeiros ou médicos especialistas de hospitalares podem continuar a aconselhar e a apoiar a equipe de atenção primária em sua gestão de pacientes (liaison).

Impacto sobre a atenção: aprimoramento do papel, substituição, delegação e inovação

O objetivo primordial da combinação de competências é mudar para melhorar a eficácia e a eficiência da assistência médica. A questão é se ela faz isso na prática. A base de evidência para a mudança não é geralmente forte e tem ficado atrás dos desenvolvimentos dos serviços. Aqui, revisamos o impacto do aprimoramento das funções na eficácia e eficiência da assistência médica, a substituição, a delegação e a inovação dentro de equipes de clínicas gerais.

Aprimoramento

A promoção da saúde é uma das principais áreas em que os enfermeiros, que trabalham em funções ampliadas, aumentaram o leque de serviços disponíveis na atenção primária. Na maioria das clínicas gerais britânicas, os enfermeiros são responsáveis pela realização do controle de saúde dos pacientes bons, proporcionando estilo de vida e outras intervenções, em conformidade com as diretrizes do tratamento acordado (Atkin *et al.*, 1994). Dois grandes estudos de controle randômico mostraram que os benefícios para os pacientes desse tipo de estratégia de promoção de saúde não pesam a mais nos custos (Family Heart Study Group, 1994; OXCHECK Study Group, 1995). O problema não é que os enfermeiros não sejam capazes de prestar cuidados de alta qualidade, mas que os tratamentos que eles têm prestado não são suficientemente eficazes (Ebrahim e Davey Smith, 2002).

A situação é mais promissora na área de gestão de doenças crônicas. Aqui, há boas evidências de estudos controlados que os tratamentos a serem prestados pelos enfermeiros são eficazes. Os estudos de caso mostram que a qualidade da assistência prestada pelos enfermeiros pode ser elevada (Charlton *et al.*, 1991; Renders *et al.*, 2001). No entanto, as pesquisas sobre enfermeiros que atuam em funções ampliadas sugerem que, na realidade, muitos enfermeiros não estão suficientemente bem treinados (Atkin *et al.*, 1994). Mais

importante, há uma carência de evidências sobre a relação custo-efetividade das clínicas conduzidas por enfermeiros (Scott *et al.*, 1998).

As funções dos GPs também podem sofrer melhorias. Muitos GPs têm qualificações adicionais, que lhes permitem prestar serviços mais especializados. No Reino Unido, isso está se tornando mais formal, uma vez que os GPs com qualificações adequadas podem candidatar-se a “GPs com vantagens especiais” e, assim, receberem encaminhamentos de pacientes de clínicas vizinhas (Departamento de Saúde e Faculdade Real de Clínicos Gerais, 2002). A intenção é ampliar a assistência especializada na comunidade e, assim, reduzir tempos de espera e melhorar o acesso dos pacientes. A questão-chave que ainda tem que ser respondida é quais as atividades que os GPs irão desistir de se especializar? Será que o novo equilíbrio entre as competências gerais e as específicas resulta em um uso mais eficiente dos recursos e maiores benefícios aos pacientes?

Substituição

A substituição de enfermeiros por GPs é muito difundida nos Estados Unidos, e está tornando-se assim também no Reino Unido. Nesses dois países os enfermeiros são capazes de empreender uma formação avançada em diagnóstico e terapêutica, o que lhes permite gerenciar uma ampla variedade de problemas do paciente, sem fazer referência a um médico. Esses enfermeiros têm sido cada vez mais utilizados para fornecer assistência no primeiro contato para pacientes em cenários de Medicina de Família e Comunidade. Revisões sistemáticas das evidências disponíveis sugerem que estes enfermeiros geralmente alcançam bons resultados de saúde como médicos e podem ter habilidades interpessoais superiores (Horrocks *et al.*, 2002).

A substituição de enfermeiros por médicos pode ser esperada para reduzir os custos. Entretanto, a pesquisa sugere que não é necessariamente assim. Comparado com os médicos, os enfermeiros têm maior tempo de consulta, pedem mais exames e mais investigações e podem recordar pacientes com uma taxa mais elevada, eliminando assim a poupança líquida de custos salariais (Venning *et al.*, 2000; Horrocks *et al.*, 2002). Sob a perspectiva da economia da saúde, como um todo, é geralmente mais barato treinar enfermeiros do que treinar os médicos, mas as economias são novamente corroídas, porque os enfermeiros tendem a ter uma taxa de tempo de participação menor do que os médicos. A poupança líquida para o estado é, portanto, difícil de prever e pode diferir entre países e ao longo do tempo.

Delegação

Delegação do nível mais alto (sênior) para a equipe júnior dentro de uma mesma categoria profissional profissão, não é uma característica forte da Medicina de Família e Comunidade, que tem uma “organização” de estrutura plana. No entanto, quando os GPs se reúnem em grupos para atender, há um certo grau de diferenciação entre eles em suas funções clínicas. As médicas frequentemente têm responsabilidade de liderança para a gestão de problemas de saúde das mulheres, apenas porque os pacientes do sexo feminino têm uma preferência marcada para os médicos do sexo feminino (Chambers e Campbell, 1996). A suposição geral é que tal diferenciação de funções, dentro das equipes, pode melhorar a qualidade da prestação de cuidados aos pacientes (Landau, 2001).

Inovação

As novas designações profissionais são introduzidas por órgãos públicos de regulamentação da clínica para reconhecer, e, em seguida, regular trabalhadores da saúde assumindo novos papéis que exigem revisões radicais em sua formação, habilidades e competências. A criação de enfermeiro especialista, especialista de enfermagem clínica, e enfermeiros clínicos avançados são bons exemplos. Como mencionado, essa combinação de competências foca na revisão do trabalho realizado por diferentes tipos de profissionais de saúde, por isso é discutível se este deve ser considerado como uma “inovação” ou “aprimoramento”.

Nos Estados Unidos, um único profissional - o médico assistente - foi criado. Essa posição é usada alternadamente com o enfermeiro, para reforçar a capacidade de serviço de saúde em muitas áreas, especialmente na prática da família. Os médicos assistentes originam-se de uma grande variedade de locais, que podem incluir enfermagem, bem como outras áreas de assistência médica ou assistentes sociais (Hooker e Cawley, 2003). Pesquisas sugerem que há pouca distinção entre os profissionais de enfermagem e os médicos assistentes, em termos de qualidade e o alcance de suas competências ou custo-benefício, quando usados como substitutos do médico (Mittman *et al.*, 2002; Hooker e Cawley, 2003). Isso faz com que os médicos assistentes sejam uma opção atraente para expansão da capacidade de força de trabalho, quando há falta de pessoal médico e de enfermagem (Departamento de Saúde, 2000; Hutchinson *et al.*, 2001).

Impacto sobre os cuidados: transferência de serviços, mudança, ligação

A combinação de competências pode ainda ser alterada mudando a fronteira entre a Medicina de Família e Comunidade e outros serviços do paciente. Aqui nós revemos a evidência do impacto da transferência de serviços e de ligação aos cuidados de saúde a eficácia e eficiência.

Transferência

A crescente demanda e o custo do tratamento têm levado muitos gestores a transferir os serviços dos hospitais para a Medicina de Família e Comunidade, em um esforço para aprimorar ainda mais o acesso do paciente e limitar as despesas. Uma boa investigação sobre a relação custo-efetividade das transferências de tais serviços é escassa (Scott, 1996; Godber *et al.*, 1997). Em particular, as avaliações em geral não levam em consideração todas as implicações da transferência de recursos da atenção secundária para primária. Se os encaminhamentos dos GPs para os hospitais diminuírem, como consequência da transferência de serviços, em seguida, as economias em tempo dos médicos do hospital poderão ser utilizadas para outros fins. Isso só seria rentável, no entanto, se os benefícios dessas novas atividades compensarem os benefícios do serviço transferido para a Medicina de Família e Comunidade.

Na área de diabetes, uma revisão sistemática de estudos disponíveis sugere que a qualidade dos tratamentos atingidos pela Medicina de Família e Comunidade foi equivalente ao proporcionado por hospitais, desde que os tratamentos da Medicina de Família e Comunidade fossem estruturados - por exemplo, registros de paciente foram estabelecidos, os pacientes foram convocados para uma revisão regular, e as análises foram conduzidas de acordo com diretrizes clínicas (Griffin e Kinmonth, 2000). Outras pesquisas mostraram que os pacientes que frequentam consultórios de clínicas gerais reportaram uma melhoria do acesso aos tratamentos e à redução dos custos pessoais, principalmente através de tempos de viagem reduzidos. No entanto, os custos diretos de prestação de cuidados podem ser maiores na clínica, em geral, porque as clínicas consomem mais recursos do que os hospitais, ao fornecer o mesmo padrão de atendimento (Equipe de Avaliação da Assistência Integrada em Diabetes, 1994).

A cirurgia de pequeno porte é mais um serviço em que a transferência do hospital para a Medicina de Família e Comunidade se destina a melhorar o acesso do paciente e limitar

os custos. Esta foi introduzida no contrato dos GPs, em 1990, no Reino Unido, em que os médicos receberam incentivos financeiros para realizar pequenas cirurgias. A experiência mostrou que a qualidade dos tratamentos prestados na medicina geral era inicialmente deficiente, devido às insuficiências na formação do GP, problemas na manutenção de habilidades cirúrgicas, devido ao baixo volume de pacientes, e deficiências nos equipamentos e/ou procedimentos utilizados para esterilizar instrumentos cirúrgicos (Finn e Crook, 1998). O único estudo controlado, porém, não encontrou diferenças nos resultados entre hospitais e as clínicas gerais, com os pacientes tratados por GPs reportando uma maior satisfação e um menor tempo de espera. Os custos de uma cirurgia menor em clínicas gerais também foram mais baixos do que nos hospitais (O’Cathain *et al.*, 1992). Resultados semelhantes foram encontrados para GPs que fornecem diagnóstico de ultrassom (Wordsworth e Scott, 2002). No entanto, os custos não são necessariamente tidos como a impossibilidade de se negar a atividade hospitalar, enquanto o aumento da prestação de assistência médica na Medicina de Família e Comunidade levou a um aumento global da capacidade de serviço e custos, em vez de uma transferência do atendimento secundário para o primário, como se esperava (Lowy *et al.*, 1993).

Relocação

Espera-se que a adição de especialistas, nas equipes de Medicina de Família e Comunidade, possa melhorar a qualidade do atendimento e o acesso dos pacientes. Esses benefícios só foram parcialmente alcançados na Inglaterra, que experimentou trazer os médicos do hospital para as clínicas gerais, para proporcionar clínicas comunitárias. Uma revisão sistemática de pesquisas clínicas, comparando as clínicas comunitárias com os hospitais convencionais, descobriu que as clínicas comunitárias não são rentáveis (Powell, 2002). Embora elas aumentem o acesso e a satisfação do paciente, os resultados clínicos foram semelhantes e os custos da prestação de serviços foram maiores, por causa do aumento do tempo de viagem para médicos e menor número de pacientes atendidos. Outros benefícios esperados, como a difusão de conhecimentos e competências dos médicos especialistas do hospital para os GPs, não aconteceram, pois os dois grupos raramente interagem. Problemas de saúde mental constituem uma parte substancial da carga de trabalho, para as equipes de atenção primária na maioria dos países. O Reino Unido e os Estados Unidos experimentaram a adição de conselheiros de saúde mental às equipes de Medicina de Família e Comunidade, como forma de melhorar a qualidade, tanto da prestação de assistência médica, quanto à redução da carga de trabalho para o GP. Uma revisão sistemática da evidência disponível sugere que os conselheiros são tão eficazes como os GPs, no manejo de pacientes com transtornos mentais menores - mais eficaz no sentido de que os pacientes tratados pelos conselheiros

recuperaram-se mais rapidamente do que os pacientes tratados por clínicos gerais (Bower *et al.* 2002). No entanto, evidências de pesquisa também mostram que outros benefícios esperados de conselheiros, ligados às equipes de Medicina de Família e Comunidade, não são plenamente realizados (Bower e Sibbald, 2000). Especificamente, as alegações de que os conselheiros possam geralmente reduzir as consultas do GP, a prescrição e orientação fora do expediente para a doença mental, não estão bem fundamentadas. Além disso, os custos dos tratamentos não foram menores quando os conselheiros foram substituídos por médicos, no tratamento da doença mental menor (Bower *et al.*, 2002).

Ligação

Usar especialistas para aconselhar e apoiar os GPs na assistência aos pacientes é outra estratégia para aumentar as competências dos profissionais da atenção primária e, portanto, a qualidade da prestação do tratamento. Um número de modelos de ligação existe. Clínicos e especialistas do hospital podem entrar em acordos de tratamento compartilhado, que especificam a divisão das responsabilidades entre o GP e o especialista em gestão conjunta de um paciente, que o GP, de outra forma, seria incapaz ou não poderia administrar sozinho. Regimes de tratamentos compartilhados foram avaliados na gestão de doenças crônicas (asma e diabetes). A evidência empírica sobre a relação custo-benefício é mista. Para a asma, o cuidado compartilhado usou menos recursos (Grampian, Estudo da Asma na Atenção Integrada, 1994; Eastwood e Sheldon, 1996). Houve algumas diferenças em resultados clínicos e de saúde, mas os pacientes recebendo atendimento compartilhado ficaram menos satisfeitos. No tratamento de diabetes, a maioria dos estudos relatou que a saúde e os resultados clínicos foram semelhantes aos cuidados hospitalares convencionais (Greenhalgh, 1994). No entanto, os estudos que incluíram os custos produziram resultados conflitantes. Globalmente, mais evidências ainda precisam ser recolhidas, pois os resultados parecem ser específicos a cada contexto e dependem de uma boa comunicação entre especialistas e generalistas (Eastwood e Sheldon, 1996; Hampson *et al.*, 2002).

Como alternativa, os especialistas do hospital podem comprometer-se a melhorar as habilidades dos clínicos, através da oferta de educação ou de orientação centrada no tratamento de pacientes individuais. Uma revisão sistemática de estudos disponíveis, para este modelo de trabalho, concluiu que “a educação nas comunidades” pareceu ser “uma abordagem promissora para modificar o comportamento profissional de saúde” (Thomson O’Brien *et al.*, 2002). No entanto, a prova não foi forte. A maioria das avaliações de educação nas comunidades focaram exclusivamente sobre a prescrição do comportamento. Apenas um estudo mediu o resultado do paciente e alguns poucos examinaram o custo-benefício. Uma

revisão sistemática da investigação relacionada à saúde mental, também concluiu que havia uma escassez de boas evidências que servissem de base a quaisquer conclusões definitivas (Bower e Sibbald, 2000).

Aceitabilidade para os pacientes

Como os pacientes vem a combinação de competências? A resposta depende de como a experiência do tratamento diz respeito às suas expectativas - e as expectativas podem variar entre indivíduos, entre países e ao longo do tempo. Campbell *et al.* (2000) propõem que a qualidade do atendimento, para pacientes individuais, é determinada pelo acesso (Os pacientes podem chegar aos cuidados de saúde?) e eficácia (É bom quando se chega lá?). A eficácia é adicionalmente subdividida em tratamentos clínicos e interpessoais, a fim de refletir a importância de ambos para os pacientes. O atendimento clínico está preocupado com a qualidade técnica da prestação de assistência médica e, pergunta se a prestação dos serviços está de acordo com a melhor evidência disponível. O tratamento interpessoal está preocupado com a qualidade do relacionamento entre o paciente e o médico, que é parte integrante para determinar se o cuidado é holístico, humano e centrado na pessoa.

Acesso

Os pacientes relatam a melhoria do acesso aos especialistas do hospital com ambulatório deslocado (Griffin e Kinmonth, 2000) e clínicas de extensão (Powell, 2002) na prática geral. O aumento da especialização entre os GPs e enfermeiros, nas equipes de Medicina de Família e Comunidade, juntamente com a adição de outros tipos de profissionais de saúde, aumenta ainda mais a gama de serviços e cuidados de saúde disponíveis, a partir de conhecimentos das clínicas gerais locais.

Existem, no entanto, desvantagens notáveis. Aumentar o tamanho da equipe é conhecido por reduzir a continuidade pessoal do tratamento e a satisfação do paciente com o acesso ao tratamento. Isto porque os pacientes têm mais dificuldade para conseguir uma consulta com seu médico preferido em clínicas gerais maiores, embora o acesso rápido para os problemas graves pode ser mais fácil. Pacientes favorecem as clínicas pequenas e GPs em tempo integral, que estão em contradição com a tendência em muitos países de uma equipe com um tamanho maior e meio período de trabalho (parte Schers *et al.*, 2002; Wensing *et al.*, 2002).

Eficácia

As avaliações de pacientes em relação à qualidade técnica do atendimento são limitadas pela falta de conhecimentos médicos dos pacientes e, portanto, raramente investigadas. As avaliações profissionais da qualidade técnica do atendimento são analisadas acima. Embora haja uma escassez de boas provas, os resultados sugerem que a qualidade da prestação de assistência, geralmente, não é diminuída e às vezes pode ser melhorada, por meio de mudanças na combinação de competências.

As avaliações dos pacientes, em relação à qualidade interpessoal dos seus tratamentos, foram bem estudadas na área de substituição do médico pelo enfermeiro, mas não em outros tipos de combinação de competências. As revisões sistemáticas sugerem que os pacientes classificam as habilidades interpessoais dos enfermeiros mais altas do que a dos médicos (Horrocks *et al.*, 2002). A razão para isto é clara e, pode estar relacionada a uma série de fatores, incluindo o sexo dos enfermeiros, *status* social e o tempo de consulta. A grande maioria dos enfermeiros é do sexo feminino e as mulheres são geralmente consideradas mais cuidadosas do que os homens (Gray, 1982). Enfermeiros tendem a ter um *status* social inferior que os médicos, tornando-os mais acessíveis aos pacientes. Além disso, os enfermeiros tendem a ter consulta mais longas do que os médicos e a satisfação do paciente tende a ser maior com consultas mais longas (Freeman *et al.*, 2002). Também pode ser verdade que os enfermeiros, em virtude da sua formação, têm melhor desenvolvimento de habilidades interpessoais do que os médicos.

Alta satisfação com os enfermeiros não significa, contudo, que os pacientes prefiram enfermeiros aos médicos. As preferências dos pacientes, na maioria dos estudos, são mistas, com alguns pacientes preferindo serem atendidos por enfermeiros, enquanto outros preferem os médicos (Venning *et al.*, 2000; Horrocks *et al.*, 2002). As preferências podem estar relacionadas à natureza do problema apresentado. Laurant e colegas (2000) encontraram que os pacientes nos Países Baixos preferiam ver os seus GPs para a maioria dos aspectos de cuidado, enquanto favoreciam o enfermeiro para a educação/aconselhamento e controles de saúde regulares. Outros encontraram que os enfermeiros são aceitos quando o paciente crê que seu problema seja “menor” ou “de rotina”, mas os médicos são preferidos quando o problema é “sério” ou “difícil” (Drury, 1988).

O impacto nos profissionais

Alterar o modo como as pessoas trabalham pode ampliar a dedicação dos profissionais, para os quais as novas oportunidades são criadas (Leverment *et al.*, 1998). Indivíduos podem se sentir melhor amparados quando trabalham em equipe e um bom suporte pode compensar o estresse da procura de um cargo mais alto (Calnan *et al.*, 2000). No entanto, os trabalhos de reestruturação podem criar tanto perdedores como vencedores. Por exemplo, os GPs e enfermeiros podem ver os enfermeiros clínicos como concorrentes indesejáveis (Vogel, 1998).

No contexto de escassez de pessoal, a reorganização do trabalho pode ser entendida como a intensificação do trabalho (Leverment., 1998) e pode levar a trabalhar durante mais tempo, mais horas sozinho, em uma base rotineira, a fim de cumprir missões novas (Adams *et al.*, 2000). A transferência dos serviços de hospitais gerais para a Medicina de Família e Comunidade aumentará a carga de atenção primária, a menos que seja dotada de recursos adequados (Pedersen e Leese, 1997; Scott e Wordsworth, 1998). Adicionar enfermeiros para as equipes de Medicina de Família e Comunidade pode não ter o efeito pretendido de reduzir a carga de trabalho dos GPs (Laurant *et al.*, 2004).

Aumentar o tamanho da equipe aumenta os custos de transação, porque o pessoal precisa gastar cada vez mais tempo conversando uns com os outros, diminuindo a quantidade de tempo disponível para o tratamento direto do paciente (Barr, 1995). Um ponto crítico é atingido quando os custos de transação superam os benefícios do trabalho em grupo. Sistemas de registro compartilhado de pacientes, nos quais todos os membros da equipe podem contribuir e retirar a informação, têm sido defendidos como uma forma de reduzir os custos de transação (Rigby *et al.*, 1998). Registros médicos eletrônicos são a opção preferida, porque a informação pode ser transmitida rapidamente para quem e onde for necessário. Contudo, os desenvolvimentos nessa área são muitas vezes impedidos, pelo custo inicial elevado de informatização, a incompatibilidade dos sistemas informáticos utilizados por diferentes prestadores, e as preocupações sobre a confidencialidade das informações do paciente (Keeley, 2000).

Um bom trabalho de equipe é associado a uma melhor qualidade de atendimento (Goni, 1999; Bower *et al.*, 2003), mas pode ser difícil de alcançar (West e Poulton, 1997). Redesenhar as fronteiras entre os grupos profissionais e os papéis de trabalho estabelecidos exige excelente capacidade de gestão de recursos humanos. Consulta com os principais in-

interessados, um bom suporte para gerentes de nível médio, e a manutenção das lideranças pode ajudar a promover o sucesso. Esclarecimento de descrições de trabalho e a introdução de programas de indução (Koperski, 1997) como formação específica para o trabalho em equipe (Long, 1996) também podem ser úteis.

Se não forem tomadas medidas para gerir ativamente a transição para o trabalho ou o trabalho em equipe multiprofissional, as tensões podem surgir e os benefícios desejados podem não ser realizados (Landau, 2001).

Conclusão

A combinação de competências tanto determina e como é determinada por sistemas organizacionais e financeiros da assistência médica mais ampla. A correta combinação de tarefas e competências que os profissionais da atenção primária deverão proceder é, portanto, fortemente dependente do contexto.

Alterar combinações de competências em uma parte do sistema pode ter impacto em outras partes, com consequências imprevisíveis. Ao considerar as mudanças de perfis de tarefas e a combinação de competências, os gestores precisam pesar e fazer acordos entre potenciais custos e benefícios. Por exemplo, maiores equipes de atenção primária podem melhorar a eficiência, através da melhoria da qualidade dos tratamentos clínicos, as economias de escala e escopo, e reduzir o tempo de espera para os pacientes. No entanto, isso também pode aumentar os custos de transações e reduzir a continuidade da satisfação do paciente e a qualidade do tratamento interpessoal.

Os gestores que assumem que os perfis de tarefas e combinação de competências podem ser alterados dentro dos orçamentos existentes estão ignorando as realidades complexas do trabalho dos profissionais de saúde. Mudar as tarefas existentes e combinação de competências pode causar o aumento dos custos, a curto prazo, porque os serviços provavelmente vão expandir para uma nova área e os serviços existentes contrataram muito mais lentamente. Não vai ser a curto prazo, onde novas tarefas e funções serão incorporadas dentro de novos empregos e instituições e onde programas de treinamento são alterados, para refletir esses novos papéis, que os ganhos de eficiência virão em breve.

A mudança nas tarefas de médicos da atenção primária, e na medida em que eles são clínicos ou são capazes de especializarem-se, também destaca importantes acordos.

Clínicos da atenção primária são tidos como os pivôs de um sistema eficaz de custos de tratamentos médicos, porque atuam como os coordenadores para os especializados. No entanto, quando existem incentivos para os cuidados médicos de atenção primária para especializarem-se, que efeito isso terá sobre o acesso, sobre o papel de coordenador, na continuidade do tratamento, e serviços similares hospitalares? Alguns países, com fortes sistemas de saúde, baseados na atenção primária, estão incentivando seus GPs a tornarem-se mais especializados (por exemplo, o Reino Unido). Outros países, com uma forte ênfase na atenção especializada, estão tentando substituir os médicos especialistas pelos clínicos gerais (por exemplo, Estônia). Isso enfatiza o papel do contexto em que essas reformas opostas podem ser eficientes em seus respectivos países.

Se a mudança da combinação de competências é a solução mais adequada de um problema percebido, dependerá do contexto específico em que a mudança está prevista. Gestores e gerentes precisam analisar cuidadosamente a natureza do “problema” que pretendem resolver e identificar soluções adequadas, levando em consideração o maior potencial e efeitos, em longo prazo, no sistema de atendimento. O tamanho e a composição ideal para a equipe variam de país para país e, ao longo do tempo, dependendo da combinação disponível do pessoal de saúde, a economia de trabalho e as prioridades concedidas aos diferentes aspectos da qualidade da prestação de cuidados.

Referências

- Adams, A., Lugsden, E., Chase, J., Arber, S. and Bond, S. (2000). Skill-mix changes and work intensification in nursing, *Work, Employment and Society*, 14: 541–555.
- Atkin, K. and Lunt, N. (1996). Negotiating the role of the practice nurse in general practice, *Journal of Advanced Nursing* 24: 498–505.
- Atkin, K., Hirst, M., Lunt, N. and Parker, G. (1994). The role and self-perceived training needs of nurses employed in general practice: observations from a national census of practice nurses in England and Wales, *Journal of Advanced Nursing* 20: 46–52.
- Baker, D. and Klein, R. (1991). Explaining outputs in primary health care: population and practice factors, *British Medical Journal* 303: 225–229.
- Barr, D.A. (1995). The effects of organizational structure on primary care outcomes under managed care, *Annals of Internal Medicine* 122: 353–359.
- Boerma, W.G.W. (2003). *Profiles of General Practice in Europe*. Utrecht: NIVEL.
- Bower, P. and Sibbald, B. (2000). Systematic review of the effect of on-site mental health professionals on the clinical behaviour of general practitioners, *British Medical Journal* 320: 614–617.
- Bower, P., Rowland, N., Mellor Clark, J., Heywood, P., Godfrey, C. and Hardy, R. (2002). *Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care*. Cochrane Review, in: *The Cochrane Library*, Issue 1, Oxford: Update Software.

Bower, P., Campbell, S., Bojke, C. and Sibbald, B. (2003). Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study, *Quality and Safety in Health Care* 12: 273–279.

Buitink, J.A. (ed.) (2000). *De eerstlijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief* [Primary mental health care in perspective]. Utrecht/Amsterdam: LHV, LVE, VOG.

Calnan, M., Wainwright, D., Forsythe, M. and Wall, B. (2000). *Health and Related Behaviour within General Practice in South Thames*. Canterbury: Centre for Health Services Studies, University of Kent.

Campbell, S.M., Roland, M. and Buetow, S. (2000). Defining quality of care, *Social Science and Medicine* 51: 1611–25.

Chambers, R. and Campbell, I. (1996). Gender differences in general practitioners at work, *British Journal of General Practice* 46: 291–93.

Charlton, I., Charlton, G., Broomfield, J. and Mullee, M.A. (1991). Audit of the effect of a nurse run asthma clinic on workload and patient morbidity in general practice, *British Journal of General Practice* 41: 227–231.

Commonwealth Department of Health and Family Services (1996). The organisation of general practice, in *General Practice in Australia: 1996*: 107–134, Canberra: Commonwealth Department of Health and Family Services.

De Vries, I. (2001). Praktijkondersteuning (2) [Support in general practice (2)] *Medisch Contact* 56: 1402.

Department of Health (2000). *The NHS Plan 2000*. London: Department of Health. Department of Health (2002). *Extending Independent Nurse Prescribing within the NHS in England*. London: Department of Health.

Department of Health and Royal College of General Practitioners (2002). *Implementing a Scheme for General Practitioners with Special Interests*. London: Department of Health.

Diabetes Integrated Care Evaluation Team (1994). Integrated care for diabetes: clinical, psychosocial, and economic evaluation, *British Medical Journal* 308: 1208–12.

Drury, M., Greenfield, S., Stillwell, B. and Hull, F.M. (1988). A nurse practitioner in general practice: patients perceptions and expectations, *Journal of the Royal College of General Practitioners* 38: 503–505.

Eastwood, A.J. and Sheldon, T.A. (1996). Organisation of asthma care: what difference does it make? A systematic review of the literature, *Quality in Health Care* 5: 134–143.

Ebrahim, S. and Davey Smith, B. (2002). Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease (Cochrane Review), in *The Cochrane Library*; Issue 3. Oxford: Update Software.

Family Heart Study Group (1994). Randomised controlled trial evaluation cardiovascular screening and intervention in general practice: principal results of British Family Heart Study, *British Medical Journal* 301: 1028–1030.

Finn, L. and Crook, S. (1998). Minor surgery in general practice – setting the standards, *Journal of Public Health Medicine* 20: 169–174.

Freeman, G.K., Horder, J.P., Howie, J.G.R. et al. (2002). Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context, *British Medical Journal* 324: 880–882. Gibbs, T., Mulka, O., Zaremba, E. and Lysenko, G. (1999). Ukrainian general practitioners; the next steps, *European Journal of General Practice* 5(1): 29–32.

- Godber, E., Robinson, R. and Steiner, A. (1997). Economic evaluation and shifting the balance towards primary care: definitions, evidence and methodological issues, *Health Economics* 6: 275–294.
- Goni, S. (1999). An analysis of the effectiveness of Spanish primary health care teams, *Health Policy* 48: 107–117.
- Grampian Asthma Study of Integrated Care (GRASSIC) (1994). Integrated care for asthma: a clinical, social and economic evaluation, *British Medical Journal* 308: 559–564.
- Gray, J. (1982). The effect of a doctor's sex on the doctor-patient relationship, *Journal of the Royal College of General Practitioners* 32: 167–169.
- Greenhalgh, P.M. (1994). *Shared Care Diabetes: A Systematic Review*. Occasional Paper 67. London: Royal College of General Practitioners.
- Griffin, S. and Kinmonth, A.L. (2000). *Diabetes Care: The Effectiveness of Systems for Routine Surveillance for People with Diabetes*. Cochrane Review, in *The Cochrane Library*, Issue 1, Oxford: Update Software.
- Hampson, J.P., Roberts, R.I. and Morgan, D.A. (2002). Shared care: a review of the literature, *Family Practice* 19: 53–56.
- Hirst, M., Atkin, K. and Lunt, N. (1995). Variations in practice nursing: implications for family health services authorities, *Health and Social Care in the Community*, 3: 83–97.
- Hooker, R. and Cawley, J. (2003). *Physician Assistants in American Medicine*, 2nd edition. New York: Churchill Livingstone.
- Horrocks, S., Anderson, E. and Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equal care to doctors, *British Medical Journal* 324: 819–823.
- Hutchinson, L., Marks, T. and Pittilo, M. (2001). The physician assistant: would the US model meet the needs of the NHS? *British Medical Journal* 323: 1244–1247.
- Keeley, D. (2000). Information for health – hurry slowly, *British Journal of General Practice* 50: 267–8.
- Koperski, M. (1997). *Nurse Practitioners in General Practice: Strategies for Success*. London: Camden and Islington Health Authority/London Implementation Zone Educational Initiative.
- Landau, J. (2001). *Organising General Practitioners into Group Practices. The City of and Province of Milan, Italy*. Milan: Bocconi University.
- Laurant, M., Hermens, R., Braspenning, J. and Grol, R. (2000). *De huisarts en de praktijkverpleegkundige in Midden Brabant. Eindrapport: Resultaten effect- en procesevaluatie*. [The general practitioner and the nurse practitioner in Midden Brabant. Final report: results from the effect and process evaluation] Nijmegen: WOK/UMCN.
- Laurant, M.G.H., Hermens, R.P.M.G., Braspenning, J.C.C., Sibbald, B. and Grol, R.P.T.M. (2004). Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial, *British Medical Journal* 328(7445): 927.
- Leverment, Y., Ackers, P. and Preston, D. (1998). Professionals in the NHS – a case study of business process re-engineering, *New Technology, Work and Employment* 13: 129–39. Long, S. (1996). Primary health care team workshops, *Journal of Advanced Nursing* 23:935–41.
- Lowy, A., Brazier, J., Fall, M., Thomas, K., Jones, N. and Williams, B.T. (1993). Minor surgery by general practitioners under the 1990 contract: effects on hospital workload, *British Medical Journal* 307: 413–417.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland and Landelijke Huisartsen Vereniging (1999). *Convenant LHV, ZN en VWS inzake de versterking van de huisartsenzorg* [Covenant LHV (National Association General Practitioners), ZN (National Insurance Company) and VWS (Department of Health) concerning reinforcement of primary health care]. Den Haag/Utrecht: 30 June 1999. Mittman, D.E., Cawley, J.F. and Fenn, W.H. (2002). Physician assistants in the United States, *British Medical Journal* 325: 485–487.

Nijland, A., Groenier, K., Meyboom-de Jong, B., De Haan, J. and Van der Velden, J. (1991). Determinanten van het delegeren van (medisch-technische) taken aan de praktijkassistenten [Determinants of substitution of (medical) tasks to a practice nurse], *Huisarts en Wetenschap* 34: 484–487, 499.

O’Cathain, A., Brazier, J.E., Milner, P.C. and Fall, M. (1992). Cost-effectiveness of minor surgery in general practice: a prospective comparison with hospital practice, *British Journal of General Practice* 42: 13–17.

OXCHECK Study Group (1995). Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECK study, *British Medical Journal* 310: 1099–1104.

Pedersen, L.L. and Leese, B. (1997). What will a primary care led NHS mean for GP workload? The problem of the lack of an evidence base, *British Medical Journal* 314: 1337–1341.

Powell, J. (2002). Systematic review of outreach clinics in primary care in the UK, *Journal of Health Services Research and Policy* 17: 177–183.

Renders, C.M., Valk, G.D., Griffin, S.J., Wagner, E.H., Eijk, J.T. and Assendelft, W.J.J. (2001). Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings, *Diabetes Care* 24: 1821–1833.

Rigby, M., Roberts, R., Williams, J. et al. (1998). Integrated record keeping as an essential aspect of a primary care led health service, *British Medical Journal* 317: 579–582.

Schers, H., Webster, S., Van den Hoogen, H., Avery, A., Grol, R. and Van den Bosch, W. (2002). Continuity of care in general practice: a survey of patients’ views, *British Journal of General Practice* 52: 459–462.

Scott, A. (1996). Primary or secondary care? What can economics contribute to evaluation at the interface? *Journal of Public Health Medicine* 18: 19–26.

Scott, A. and Wordsworth, S. (1998). The effects of shifts in the balance of care on general practice workload, *Family Practice* 16: 12–17.

Scott, A., Currie, N. and Donaldson, C. (1998). Evaluating innovation in general practice: a pragmatic framework using programme budgeting and marginal analysis, *Family Practice* 15: 216–22.

Sekenski, E., Sansom, S., Bazell, C., Salmon, M. and Mullan, F. (1994). State practice environments and the supply of physician assistants, nurse practitioners, and certified nurse-midwives, *New England Journal of Medicine* 331: 1266–1271.

Spitzer, W.O., Sackett, D.L., Sibley, J.C. et al. (1974). The Burlington randomized trial of the nurse practitioner, *New England Journal of Medicine* 290: 251–256.

Thomson O’Brien, M.A., Oxman, A.D., et al. (2002). Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Review, in *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software.

Venning, P., Drurie, A., Roland, M., Roberts, C. and Leese, B. (2000). Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care, *British Medical Journal* 320: 1048–53.

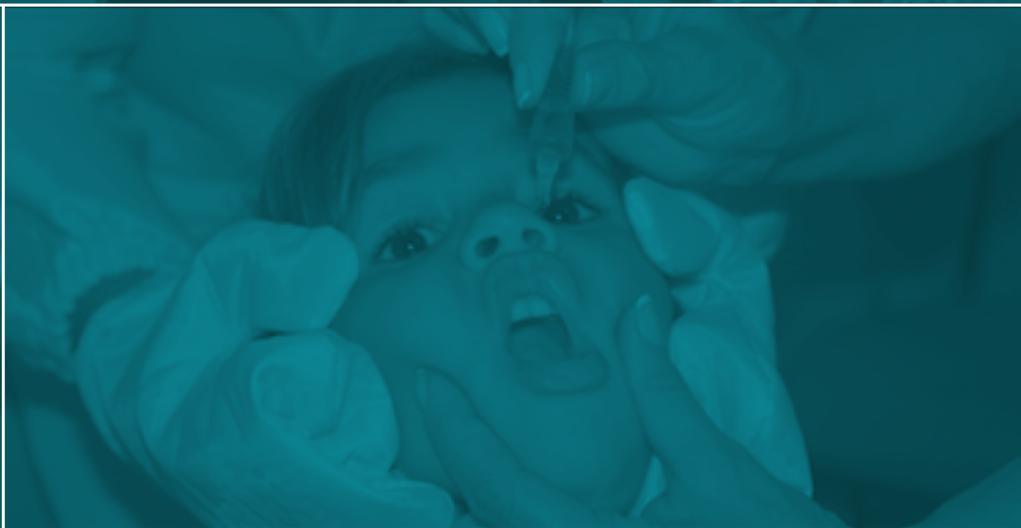
Vogel, J. (1998). NVDA wil meer overleg over komst praktijkverpleegkundige. [NVDA wants to confer about the entry of nurse practitioners], *De huisarts in Nederland* 12: 13–15.

Wensing, M., Vedsted, P., Kersnik, J. *et al.* (2002). Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison, *International Journal for Quality in Health Care* 14: 111–18.

West, M.A. and Poulton, B.C. (1997). A failure of function: teamwork in primary health care, *Journal of Interprofessional* 11: 205–216.

Wilson, A., Pearson D. and Hassey, A. (2002). Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care – the GP perspective, *Family Practice* 19: 641–46.

Wordsworth, S. and Scott, A. (2002). Ultrasound scanning by general practitioners: is it worthwhile? *Journal of Public Health Medicine* 24: 89-94





capítulo nove

Mudança nos papéis dos profissionais na formação em atenção primária

Jan Heyrman, Margus Lember, Valentin Rusovich e Anna Dixon



A Medicina de Família e Comunidade/medicina de família tem papel central na atenção em saúde, ajudando a manter o foco nas necessidades do paciente. Tanto os especialistas em políticas (Starfield, 1998) como as organizações oficiais (WONCA/OMS, 2002), apoiam essa visão, acreditando que o equilíbrio na atenção em saúde deveria mudar do desenvolvimento dirigido à oferta para o estabelecimento de necessidades e prioridade voltada para a comunidade. Dado que o desafio principal da atenção em saúde é encontrar e manter um equilíbrio apropriado entre qualidade, equidade e custo-efetividade, é natural esperar que a atenção primária (AP) tenha uma contribuição central (Boelen, 1999).

Formação, treinamento e credenciamento são instrumentos importantes na adaptação dos profissionais da atenção primária a esses desafios novos. Esse capítulo avalia a evolução e o treinamento profissional no fortalecimento do papel da atenção primária dentro dos sistemas europeus de atenção primária. A educação pode ser vista como o marco da autorregulamentação. Analisamos também o papel das organizações profissionais no desenvolvimento de um novo papel para a AP. Colocar a AP na direção do sistema de atenção em saúde exige liderança e apoio profissional. Associações e colégios profissionais podem ter um papel-chave no campo crítico da educação e treinamento e, de modo mais geral, no fortalecimento da posição política e profissional da AP.

Atores e etapas principais na educação em APS

Em 1999, a EURACT (Academia Europeia de Professores de Médico de Família e Comunidade, a diretoria educacional da WONCA-Europa) coletou informações sobre o impacto dos agentes centrais, governos, profissionais da medicina e grupos científicos, além de universidades em etapas educacionais diferentes da profissão de GP (EURACT, 1999). A pesquisa cobriu tanto a educação básica em medicina, a residência, treinamentos específicos e formação médica continuada (FMC) em 27 países europeus. Esse capítulo mapeia as posições de força dos atores diferentes em estágios diferentes do processo de formação e treinamento médico baseado na evidência gerada pela EURACT e por outras fontes.

Organizações profissionais

A história e a influência dos órgãos profissionais de GP não é comparável entre a Europa ocidental e oriental. Em alguns países da antiga URSS, nos estados independentes recentes, existem há menos de três a cinco anos, no Báltico foram estabelecidos há mais de 10 anos e alguns países da Europa central e oriental há mais tempo. Na maior parte da Europa ocidental, as associações de profissionais de GP foram criadas a partir da década

de 1960. Até hoje, muito pouca evidência comparativa sobre as associações profissionais foi coletada através da Europa.

Na maioria dos países europeus, as organizações profissionais são os principais órgãos regentes na formação médica continuada e no aprendizado ao longo da vida. A graduação encontra-se nas mãos das universidades, mas as organizações profissionais têm também alguma influência sobre o conteúdo assim como no recrutamento para as vagas de residência. No meio está o período crucial de treinamento da especialização, o qual em quatro países (incluindo a Noruega e o Reino Unido) é responsabilidade do profissional, mas, na maioria dos países (10, incluindo a Bélgica, Finlândia e os Países Baixos), esse treinamento é organizado pelos departamentos acadêmicos das universidades. Na Dinamarca, o Estado ou as prefeituras tem essa responsabilidade. Para completar o quadro da diversidade, em alguns países da Europa central, oriental e do sul, o treinamento da especialização em Medicina de Família e Comunidade ainda está na fase 'inicial' e os órgãos profissionais de GP são fracos ou ausentes.

Universidades e Ministérios da Educação

A formação básica em medicina na Europa é, majoritariamente, responsabilidade dos ministérios e departamento de educação, com a universidade fornecendo o cerne do treinamento médico (ver Quadro 9.1). Progressista em nível científico, mas bastante conservadora em nível de política de saúde, elas caracterizam-se, em geral, por um domínio forte da atenção centrada na especialização. As universidades e as faculdades de medicina são os provedores mais importantes da pós-graduação especializada em 10 países, enquanto as escolas independentes de pós-graduação são responsáveis por isso em quatro países.

Ministérios da Saúde

Os ministérios são a autoridade máxima na maioria dos países europeus para o treinamento da especialização em GP. Em mais da metade da Europa, eles controlam também a FMC. Os Ministérios da Saúde e os colegiados de medicina são os responsáveis em todos os países onde um procedimento formal de credenciamento tenha sido estabelecido. Em diversos países europeus, o ministério da saúde também está envolvido no planejamento de recurso humano na atenção em saúde.

Quadro 9.1 O papel do governo, de profissionais e das universidades na formação em AP

	Treinamento Especialista, ST: formação em AP	ST: formação em Hospital	Credenciamento FMC	Provedores FMC
Bélgica	GP	GP	G	U + P + S + PI
Bósnia e Herzegovina	U	H	G	U
Croácia	U	U + H + GP	G	Vários diferentes
República Tcheca	PS	H	G	n.d.
Dinamarca	S	H + GP	P	Vários diferentes
Estônia	U	H	n.d.	U
Finlândia	U	U	G	U + S + G + PI
França	U	U + HG	S	
Alemanha	P	P	G	P + S + H
Grécia	GP	H	G	P + PI
Hungria	U	U + H	G	U
Irlanda	GP	S	G	S
Israel	U	H	n.d.	U + HI
Itália	PS	PS	G	P + PI
Lituânia	U	U	G	U
Países Baixos	GP	GP	G	P + S
Noruega	P	H	G	P
Polónia	PS	H + GP	n.d.	Vários
Portugal	GP	H	G	Vários
Romênia	GP	S	PS	GP
Eslováquia	GP	PS	G	PS
Eslovênia	U	H	n.d.	U + P + PI
Espanha	GP	GP	G	S + U + PI
Suécia	G	G	G	G
Suíça	P	H	G	P + S + H
Turquia	n.d.	U + H	n.d.	P
Reino Unido	GP	S	G	Vários diferentes

Fonte: EURACT (1999).

*G= Governo (nacional ou municipal), P= Grupos Profissionais, S=Sociedades científicas (incluindo colégios e estruturas educacionais em GP), U=Universidades como uma faculdade, GP= Departamentos de GP, PS= Escolas de Pósgraduação, HI = Seguro de Saúde, PI=Indústria Farmacêutica, n.d.= não disponível

O número de profissionais em saúde e doutores médicos por subespecializações é uma variável crucial na alocação de recursos e controle de gastos (ver Quadro 9.2). O número de GP *versus* especialistas é importante também no rastreamento das mudanças no equilíbrio da atenção em saúde para as profissões em GP.

Órgãos de treinamento privado e a indústria farmacêutica

No campo do treinamento de especialista em AP, alguns provedores adicionais de formação tais como GP ou programas internacionais de apoio estavam presentes.

Quadro 9.2 Recursos Humanos em AP através da Europa

	Recursos humanos em práticas em AP (% do total de GP ativos)			AP sobre o total de médicos formados	
	GP Treinados	GP Treinados em Serviço	Sem treino GP	Total anual de médicos graduados	GP anual graduados (%do total)
Albânia	3	32	65	175	10
Áustria	65	34	1	1100	64
Bélgica	100	0	0	700	43
Bósnia e Herzegovina	1	n.d.	99	120	25
Croácia	26	n.d.	74	400	3
República Tcheca	99	0	1	1000	7
Dinamarca	100	0	0	600	30
Estônia	80	n.d.	20	85	21
Finlândia	50	0	50	500	18
França	40	0	60	4000	50
Alemanha	72	0	28	10000	18
Grécia	100	0	0	2000	10
Hungria	96	0	4	1000	10
Irlanda	45	0	55	n.a.	(75 GP)
Israel	33	0	67	800	25
Itália	100	n.d.	0	2000	18
Lituânia	71	29	0	650	31
Países Baixos	85	0	15	1500	24
Noruega	51	0	49	550	36
Polônia	29	0	71	2500	40
Portugal	100	n.d.	0	1100	36
Romênia	16	n.d.	84	2500	16
Eslováquia	100	0	0	700	11
Eslovênia	60	n.d.	40	150	27
Espanha	50	0	50	5000	38
Suécia	80	0	20	600	17
Suíça	98	0	2	600	n.d.
Turquia	2	0	98	4500	3
Reino Unido	75	0	25	4500	44

Nota: n.d. = não disponível. Quando os dados sobre 'Treinamento em GP em serviço não eram disponíveis, supõe-se que estejam incluídos nos dados "GP Treinados".

Fonte: EURACT (2004).

O panorama da FMC mostrou-se o mais diverso (EURACT, 1999), já que as instituições variam de universidades a instituições privadas independentes e estavam envolvidas na formação profissional. Em vários países, o papel importante da indústria farmacêutica era também notável.

Quatro modelos de governança na Europa

Foram propostos quatro modelos de formação em GP baseados nos dados da EURACT (1999). Contudo, nenhum país se adequa exatamente aos modelos ideais e alguns não se adequam muito bem a qualquer modelo.

Modelo regido pela regulamentação

Esse modelo, existente predominantemente na Áustria, Alemanha e em alguns países da Europa Central e Oriental (Croácia, Eslovênia), caracteriza-se por universidades independentes e fortes e/ou um papel importante das associações médicas. Regulamentações restritas relacionadas à formação básica e FMC estão presentes. As associações médicas têm também um papel central na pós-graduação médica.

Modelo regido pela profissão

Esse modelo, fundado na Irlanda e no Reino Unido, caracteriza-se por um papel forte das organizações profissionais de GP, as quais são independentes e desenvolveram os seus métodos pedagógicos próprios. O papel da universidade é menor e os departamentos de Medicina de Família e Comunidade têm normalmente elos fortes com as organizações profissionais. O agente dominante na formação do médico de família e comunidade é a organização profissional.

Modelo regido pela ciência

O modelo regido pela ciência está nos Países Baixos e em alguns dos países do norte da Europa (por ex., Estônia, Finlândia). Caracteriza-se pelo papel predominante das universidades, as quais são responsáveis pela maior parte da formação na graduação e muito da pós-graduação.

Modelo liberal

Esse modelo existe na Bélgica, França, Grécia e Itália. Caracteriza-se por instituições independentes em nível de pós-graduação que têm elos com organizações profissionais. Há riqueza de organizações profissionais e de treinamento que, algumas vezes, são concorrentes entre si.

O papel das organizações internacionais

As duas organizações internacionais chaves e ativas na atenção a saúde europeia são o escritório europeu da Organização Mundial de Saúde (OMS-Europa), e a União Europeia (UE). Vale a pena mencionar o papel importante dada a AP em Saúde em todas as estratégias projetadas pela OMS-Europa em 1983, assim como o marco de referência crítico de 1986, quando uma diretriz da UE foi aprovada recomendando o estabelecimento da AP como uma especialização na Europa. Em 1995, a UEMO (*Union européenne des médecins omnipraticiens (União Europeia dos Médicos de Família e Comunidade)*), o sindicato do GP, teve sucesso ao fazer a UE aceitar o treinamento compulsório da especialização por, no mínimo, dois anos, o qual foi ampliando para três anos em 2006 (UEMO, 1995). No início da década de 1990, a OMS iniciou um programa 'Mudando a Formação Médica', o que visava alterar a formação 'focada em problema' para 'focada na comunidade'. Em 1998, obteve a aprovação da UE de um documento intitulado 'Estrutura para a Medicina de Família e Comunidade na Europa' dando um apoio claro ao desenvolvimento da formação em AP e indicando as condições estruturais e as melhorias necessárias exigidas para atingir essa meta (WHO, 1998).

Outras organizações internacionais proeminentes e ativas no setor de AP europeia são as associações de profissionais em AP WONCA ('World Organization of National Colleges and Academies (Organização Mundial de Colégios e Academias Nacionais)) e o seu ramo WONCA Europa. Em junho de 2002, a WONCA desenvolveu um documento condensado que definiu as competências centrais dos GPs e do seu papel no sistema de atenção em saúde. De forma impressionante, a WONCA teve sucesso também em obter que todos os países europeus adotassem o mesmo (WONCA Europa, 2002). Em 2004, a EURACT propôs a sua primeira versão da Agenda Educacional de GP/MF, na qual seis competências centrais foram traduzidas em objetivos de aprendizado; as consequências para os métodos educacionais, para os métodos de avaliação foram esboçadas e foi estabelecido um cronograma para a integração no currículo escolar (Heyrman, 2004).

Os programas europeus de apoio para o desenvolvimento da formação em AP nos países da Europa Central e Oriental e dos novos países da ex-União Soviética também foram de importância vital. Na década de 1990 existiram diversas iniciativas envolvendo o Banco Mundial, o programa Phare da UE, a OMS, a USAID e o Instituto Open Society. Esses forneceram uma gama ampla de políticas de apoio. A sua realização mais marcante foi o seu investimento em capacitação no treinamento de pessoas para liderar a formação em AP nesses países.

O desenvolvimento da formação em Medicina de Família e Comunidade na Europa

Dois modelos básicos estiveram historicamente em uso na Europa. Na França e Grã Bretanha a formação de médicos no século XIX concentrava-se nos hospitais enquanto na Alemanha e na Escandinávia era dada nas universidades (Vuori, 1979; Ko Ko, 1994). As prioridades eram estabelecidas pelos hospitais e pela ciência, não pelos pacientes ou pela AP. Nos Estados Unidos, Abraham Flexner preparou, em 1910, um currículo ideal para medicina com um componente apreciável de ciências básicas.

Após a Segunda Guerra Mundial, iniciou-se uma fragmentação maciça da prática da medicina em diferentes especializações. O médico da família permaneceu como uma não especialização. Vagarosamente, os profissionais da AP começaram a criar uma especialização como um tipo inovador de supra-especialização (Starfield, 1998). A primeira cadeira de Medicina de Família e Comunidade na Europa foi criada no Reino Unido em Edimburgo, em 1963, seguida em 1966 pelos Países Baixos e, em 1968 pela Bélgica. Esses acadêmicos criaram o grupo Leeuwenhorst, o qual definiu um perfil muito amplo de tarefa para AP, indo desde a prevenção até a atenção terminal. A cooperação com outros colegas, médicos e não-médicos e uma responsabilidade profissional em relação à comunidade foram mencionadas como cruciais na sua exposição em O médico de família e comunidade na Europa, a qual se tornou um elemento central em muitos dos currículos do médico de família e comunidade em toda a Europa (Grupo Leeuwenhorst, 1974; Novo Grupo Leeuwenhorst, 1981). No início da década de 1990, a maioria dos médicos de AP já era especialista em muitos países da Europa ocidental (Boerma and Fleming, 1998), e a AP tinha obtido um papel proeminente dentro dos sistemas de atenção em saúde em muitos países que têm financiamento público, assim como nos Países Baixos.

Os desenvolvimentos na Europa oriental e central, com os sistemas tipo Semashko, foram inicialmente na direção oposta, com a AP tendo um papel cada vez mais subordinado à atenção subespecializada. No final da década de 1980/início da década de 1990, na maioria dos países da Europa Centra e Oriental, tornara-se óbvio que a especialização tinha exaurido os seus limites. O uso mais eficiente dos recursos num momento de declínio econômico foi o argumento usado pelas organizações internacionais e políticos nacionais para promoverem a Medicina de Família e Comunidade Schepin *et al.*, (1996). Foram criados, nas universidades, departamentos de medicina familiar e profissionais selecionados

foram enviados para a Europa ocidental para se tornarem instrutores (Lember, 1996, 2002; Kuznethova *et al.*, 2000).

O papel da AP na graduação

A Medicina de Família e Comunidade tem uma posição central no ensino de graduação em medicina. Como esse foco procura introduzir a dimensão comunitária na formação básica em medicina, um primeiro desafio é obter um local apropriado como um departamento na estrutura da faculdade. Uma pesquisa realizada pela EURACT em 1997 cobriu 297 faculdades de medicina em 26 países europeus. Havia a graduação da medicina familiar em todos os países, mas somente em 191 faculdades. A Medicina de Família e Comunidade era ensinada em cada escola de medicina em 18 dos 26 países. A extensão e os métodos da formação eram bastante diferentes. Em alguns países, a Medicina de Família e Comunidade era uma cadeira obrigatória, em outros não. A maior parte do ensino em nível de graduação em Medicina de Família e Comunidade era feito em anexos clínicos aos GPs na comunidade na maioria das escolas de medicina. As provas finais foram introduzidas em 14 países. Métodos novos de instrução ativos para a grade curricular na graduação em medicina também foram desenvolvidos.

Alguns documentos discorrem sobre a natureza da contribuição da GP à formação básica em medicina. O grupo Leeuwenhorst emitiu a declaração pioneira sobre a contribuição do médico de família e comunidade na Formação Médica em nível de Graduação, a qual enfatizava a centralização integral na pessoa *versus* o foco na doença ou órgão da AP (Grupo Leeuwenhorst, 1977), além do seu papel-chave dentro da atenção em saúde como uma profissão. A partir de então, uma discussão abriu-se sobre as habilidades ou competências específicas que deveriam ser ensinadas pelos departamentos de graduação em GP. Uma publicação pela Universidade de Dundee resume os resultados dessa discussão num modelo para a especificação dos resultados da aprendizagem (Harden *et al.*, 1999), a qual pode ser aplicada à GP:

- ▶ o foco na atenção clínica nas doenças comuns, mais prevalentes;
- ▶ ensino nas habilidades de comunicação: a chave para a relação paciente-médico;
- ▶ ensino nas habilidades organizacionais: GPs são administradores de recursos para os seus pacientes;
- ▶ ensino de valores profissionais: GP melhor situados discute as escolhas de valor;
- ▶ ensino de crescimento profissional: supervisão comunitária e necessidades do paciente.
- ▶ Um documento holandês interessante (Grundmeijer e Rutten, 1996) define a

contribuição possível da AP nos 180 pontos finais educacionais e as 250 áreas problemas na formação médica. Classifica as áreas educacionais em três grupos:

- ▶ conteúdo que é melhor ensinado pelo departamento de AP;
- ▶ conteúdo que é melhor ensinado onde o ensino de AP é feito pelos departamentos especializados;
- ▶ conteúdo que não pertence a AP.

Especialização em Medicina de Família e Comunidade

Um trabalho recente (EURACT, 2004) mostra que as regulamentações europeias são claramente eficazes: até a data do estudo (2004), em todos os 15 estados membros da UE e também em, pelo menos, 13 países em adesão ou pré-adesão, a especialização em nível de pós-graduação em Medicina de Família e Comunidade foi introduzida com média de três anos, a qual é o período mínimo na Europa desde fevereiro de 2001 (ver Quadro 9.3). O equilíbrio entre a GP prescrita *versus* treinamento em hospital é diferente em cada país. Varia de três anos numa GP prescrita na Bósnia e Herzegovina a quatro anos e meio dos cinco anos de especialização num treinamento em hospital na Suíça. Quase 40.000 especialistas em GPs são treinados e 10.000 terminam a especialização a cada ano. Em dois terços desses países, há um manual local em medicina familiar disponível.

O desenvolvimento de especialistas em AP na Europa não foi uma tarefa fácil. O desenho de programas de formação acadêmica teve que ser paralelo à construção de programas de treinamento 'em serviço', os quais atenderiam os médicos jovens assim como aprimorariam as habilidades de GP não treinados ativos no campo. Na Europa do norte, esse processo começou durante a década de 1970, na Europa do sul durante a década de 1980, e a partir da década de 1990 na Europa central e oriental (ver Caixa 9.1).

Esses desenvolvimentos foram certamente passos positivos na direção correta, mas, infelizmente, representam mais práticas de modelo do que exemplos comuns na maioria dos países europeus. A qualidade e o conteúdo do treinamento variam bastante através da Europa. Em diversos países da UE, particularmente os países ex-Semashko, não existem práticas de ensino suficientes para GP jovens e a formação ainda é, em grande medida, baseada no hospital, com muitos dos tópicos educacionais delegados aos departamentos de especialização da universidade (Shabrov *et al.*, 2001). Esses tipos de problemas são inevitáveis num período de grande mudança. A tarefa das primeiras cadeiras em Medicina de Família e Comunidade na região era ganhar aceitação para implantar as mudanças. Alguns

autores relataram mudanças educacionais e pesquisa relevante nesses países como sendo de grande importância e interesse (Barr e Schmid, 1996). Numa próxima geração, os GPs acadêmicos poderiam ser recrutados a partir da primeira geração de GP bem treinados.

Quadro 9.3 Especialização nos países europeus: duração (anos) por condição

	Duração	GP	Hospital	Saúde Pública	Conteúdo explícito
Albânia	2	0.2	1.6	0.2	N
Áustria	3	0.5	2.5	0	N
Bélgica	3(1+2)	2.5	0.5	0	N
Bósnia e Herzegovina	3 3	0	0	Y	
Croácia	3	1	1.2	0.6	Y
República Tcheca	3	0.5	1.3	0	N
Dinamarca	3.5	1	2.5	0	N
Estônia	3	1.5	1.5	2 semanas	Y
Finlândia	6	4	2	0	Y
França	3	0.5	2.5	0	Y
Alemanha	5	2	3	0	Y
Grécia	4	0.9	3.1	0	N
Hungria	5	3.5	1	0.5	Y
Irlanda	3	1	2	0	Y
Israel	4	2	2	0	Y
Itália	2	0.5	1.5	0.5	N
Lituânia	3	0.5	2.5	0	Y
Países Baixos	3	2	0.8	0	Y
Noruega	5	4	1	0.5	Y
Polônia	4	2	2	0	N
Portugal	3	2	1	0	N
Romênia	3	1.25	1.66	0.09	N
Federação Russa	2	0.2	1.8	60 horas	
Eslováquia	3	0.5	2.5	0	Y
Eslovênia	4	2	2	0	Y
Espanha	3	1.5	1.5	seminários	N
Suécia	5	3	2	0	Y
Suíça	5	0.5	4.5	0	N
Turquia	3	0	3	0	N
Reino Unido	3	1	2	0	Y

Fonte: EURACT (2004).

Caixa 9.1 Re-treinamento na Europa Central e Oriental

Com o auxílio de projetos internacionais, em regiões diferentes da Europa Central e Oriental, o complexo processo integrado de re-treinamento e inovação estrutural em AP poderia ser acelerado. Por exemplo, na Bielorrússia, entre 1998–2001, uma rede de práticas em AP melhor equipada foi criada na região de Minsk apoiada pelo projeto holandês-bieloruso MATRA. Práticas modelo foram adotadas nas quais os GP jovens podiam ‘aprender fazendo’ sob a supervisão de GP mais experientes (Rusovitch et al., 2000).

Credenciamento e recredenciamento

A combinação da confiança pública declinante nas profissões e os avanços rápidos na prática médica geraram uma demanda para os médicos serem re-certificados. A sociedade tem o direito de pedir garantias. Os governos, na maioria dos países, introduziram ou consideraram a implantação de um sistema com nomes diferentes, mas paralelos, tais como re-validação, novo registro, re-licenciamento ou recredenciamento para os médicos. Introduzir o recredenciamento não é somente uma questão técnica relacionada em como re-credenciar, qual a frequência e por quem, mas também uma questão política preocupada com a relação de profissionais individuais, órgãos profissionais, provedores e usuários da atenção em saúde, autoridades regulamentadoras, o estado e o público. As ferramentas tradicionais de avaliação são a avaliação de créditos, revisão pelos pares e inspeção ou auditoria externa. Uma alternativa poderia ser os exames, um processo mais simples de administrar, mas com menor validade externa. Uma abordagem baseada em exames foi criticada por criar um aprendizado voltado para a avaliação (Jolly et al., 2001). Nos Estados Unidos, onde o recredenciamento obrigatório foi implantado, já em 1969, pela Junta Americana de Clínica Familiar, foram relatadas dificuldades em conceber medidas de avaliação justas baseadas nos resultados em pacientes (Norcini, 1999). Parece não haver método comprovado algum para demonstrar a competência e o profissionalismo do médico (Smith, 2000).

O quadro seguir fornece um panorama do recredenciamento de GP na Europa (Quadro 9.4). Identifica os objetivos do recredenciamento, considera os métodos mais apropriados e, finalmente, reflete as questões políticas associadas com a implantação do recredenciamento. Trata também dos arranjos mais novos tais como o Planejamento do Desenvolvimento Profissional Contínuo, o qual usa ferramentas de avaliação mais novas como a agenda de aprendizagem pessoal e o portfólio individual.

Objetivos, métodos e órgãos responsáveis

O credenciamento, primeiramente, visa assegurar que os médicos estejam numa condição física e mental adequada para clinicar sem colocar em risco os seus pacientes. Essa questão é pertinente em vista dos estudos que realçam os problemas com o alcoolismo, o abuso de drogas e tensão entre os profissionais de saúde (Firth-Cozens e Greenhalgh, 1997; Weir, 2000; Gossop *et al.*, 2001). Também, quando se permite os médicos clinicarem além da idade de aposentadoria, é importante assegurar que ainda são capazes na prática médica. O credenciamento visa, em segundo lugar, assegurar que os médicos estejam 'atualizados'. No contexto do desenvolvimento rápido na tecnologia médica, o credenciamento também está preocupado em assegurar que a clínica do médico baseie-se no conhecimento médico mais atual. Terceiro, o credenciamento põe ênfase cada vez maior em assegurar qualidade e normas de atenção em saúde. Uma das metas é identificar, em sua etapa inicial, aqueles médicos que têm subdesempenho. Outros objetivos do credenciamento poderiam ser assegurar que os médicos sigam normas éticas de alto nível, melhorem a atenção ao paciente e aprimorem o desenvolvimento profissional continuado (Buckley, 1999). Pode também haver objetivos não expressados, por exemplo, a profissão pode introduzir o credenciamento numa tentativa de manter a sua posição bem como o controle sobre o credenciamento.

Quadro 9.4 Regulamentação do credenciamento na Europa

Procedimento desenvolvido		Frequência/anos	Órgão Responsável*	Sistema Crédito	Avaliação por pares	Exames
Bélgica	S	3	G+P+U S	S	N	
Croácia	S	6	P	S	S	N
República Tcheca	S	5	P	S	N	N
Estônia	S	5	G+P S	N	N	
Hungria	S	5	U	S	S	N
Irlanda	N			S	N	N
Israel	N		P	S	N	N
Itália	S	5	G	S	N	N
Lituânia	S	5	G	S	N	N
Países Baixos	S	5	P	S	S	N
Noruega	S	5	G	S	S	N
Polônia	N			S	N	N
Romênia	S	5	S	S	N	N
Eslováquia	S	5	P	S	N	N
Eslovênia	S	7	P	S	N	S
Espanha	N			S	N	N
Suíça	N			S	N	N
Turquia	N			S	N	N
Reino Unido	S	5	P	S	S	N

*Governo (G), Profissional (P), sociedades científicas (S) ou Universidades (U).

Fonte: EURACT (2004).

Existem responsabilidades diferentes associadas com o processo de credenciamento: normas de fixação, atividades de credenciamento FMC, atividades provedoras de FMC, inspeção e revisão pelos pares, treinamento reparador e credenciamento. Para cada uma dessas, é necessário que seja feita uma divisão clara para assegurar a coordenação e o reconhecimento mútuo.

A frequência do credenciamento depende de uma série de fatores: sejam medidas já estabelecidas para identificar prática débil seja um médico que tenha sido reprovado previamente no credenciamento, ou a rapidez dos desenvolvimentos num campo em particular, sejam os recursos disponíveis para o credenciamento ou se a prática é apoiada por outras iniciativas de qualidade (por exemplo, FMC obrigatório, diretrizes de clínica, informação para receituário). Alguns desses fatores podem justificar o diferencial na frequência do credenciamento para especializações diferentes, para médicos em etapas diferentes em suas carreiras

e para médicos diferentes dependendo dos seus antecedentes. Na prática, para assegurar consistência em toda a profissão, é provável que a frequência do credenciamento seja padronizada. Entretanto, deve ser dada consideração à ideia de uma convocação mais cedo para os médicos cuja avaliação anterior tenha identificado debilidades em suas práticas. Normas em desenvolvimento para o reconhecimento mútuo da atividade FMC na Europa poderia ter um peso na frequência do credenciamento (ver a seguir).

Quais órgãos serão responsáveis pela supervisão do processo de credenciamento, fixação de normas e inspeção, além de fiscalizá-las? A FMC pode ser fornecida pelas universidades, hospitais, sociedades de especializações ou autoridade locais de saúde.

As experiências na Grécia e na Espanha sugerem que o credenciamento desses cursos e atividades deveria ser realizado por um único órgão (UEMS Comitê Consultor Europeu em FMC, 2001). Scrivens (2002) faz a distinção entre a regulamentação profissional voluntária e regulamentação estatal obrigatória. As regulamentações estatais normalmente estabelecem normas mínimas, enquanto os órgãos de classe estabelecem normas de alto nível aos quais os médicos precisam atender. A maioria dos países tem um órgão central responsável pelo licenciamento de todos os médicos bem como sociedades de especializações que são responsáveis pela formação e treinamento nos campos de especializações particulares. O credenciamento, na maioria dos países, será responsabilidade do órgão credenciador tais como o Conselho Geral de Medicina no Reino Unido, enquanto os órgãos de classe estabelecem as normas (por ex. aprovação dos cursos de FMC). Entretanto, devido a expansão rápida do número de cursos de FMC, é limitada a sua capacidade de assegurar que todas as atividades seja de qualidade alta. Outros conflitos de interesse podem surgir quando a FMC é organizada por órgãos com interesse comercial em AP (tais como a indústria farmacêutica ou de tecnologias médicas).

No Reino Unido (Caixa 9.2), os órgãos adquirentes estabelecem regras e regulamentações considerando a prática de médicos sob contrato e solicitam o envolvimento no procedimento do credenciamento. A escolha de que o credenciamento se aplica a todos os médicos no seu registro ou somente os médicos sob contrato com o serviço público não foi totalmente esclarecida. Na Alemanha e na Suíça, a participação na FMC é essencial na relação contratual com os fundos de seguro médico. Entretanto, caso o credenciamento vise proteger os interesses dos pacientes, deveria se ampliar aos médicos clinicando no setor privado. Nos países onde existe taxa pelo serviço tais como a Bélgica e a França, os pagamentos diferem de acordo com o credenciamento. As fiscalizações nos Países Baixos são realizadas por três

pares – um que tenha sido fiscalizado recentemente, um que deverá ser fiscalizado e um que preside o grupo (Swinkels, 1999).

Caixa 9.2 Recredenciamento no Reino Unido

As propostas no Reino Unido responsabilizam os colégios reais e as sociedades de especializações pelo fornecimento da orientação sobre qual o tipo de com-provação é necessária para o recredenciamento (Du Boulay, 2000). Espera-se, também, que estas organizações forneçam apoio e novo treinamento para aqueles médicos que não conseguiram satisfazer as normas. CGM estabeleceu os princípios do recredenciamento (Conselho Geral de Medicina, 2001). O Colégio Real de Médicos de Família e Comunidade já publicou diretrizes para a boa prática que tratam destas e identificam os padrões esperados de um GP (Colégio Real de Médicos de Família e Comunidade, 2002). Para avaliar todos os médicos regularmente, os avaliadores adequados precisam ser selecionados e treinados. Estes, provavelmente, são pares, assim há implicações de se desviar o pessoal treinado da linha de frente da atenção em saúde. Avaliadores leigos podem ser usados para avaliar as dimensões da atenção que não a competência técnica (Southgate e Pringle, 1999), entretanto, os médicos provavelmente serão extremamente relutantes em aceitar a avaliação de outros que não a dos pares.

Nos países da antiga União Soviética existia um sistema de cinco exames anuais (credenciamento) obrigatórios para todos os médicos. A participação na FMC, experiência profissional, além do desenvolvimento de especialização eram levados em consideração. Todos os médicos eram divididos em três grupos de qualificação e existiam pequenas diferenças salariais de acordo com as suas qualificações.

Desde o estabelecimento do Conselho Europeu de Credenciamento para a Formação Continuada em Medicina (EUACCME), em 2000, o reconhecimento mútuo da FMC para as diferentes especializações (mas não para os GPs) é possível através da transferência de créditos da FMC entre países europeus, entre diferentes especializações, entre sistemas de crédito europeus e norte-americanos e no caso de migração de um especialista dentro da Europa (Comitê Europeu Consultor em FMC UEMS, 2001). Caso a movimentação livre de profissionais deva ser totalmente feita, aí os procedimentos de normatização para o recredenciamento precisariam ser acordados em nível da União Europeia. Mesmo se normas forem delegadas para as organizações nacionais, alguns princípios e aspectos técnicos básicos precisam ser acordados de antemão. Portanto, antes da FMC e do recredenciamento serem implantadas na Europa, é necessária uma compreensão melhor das consequências possíveis. A avaliação do impacto do recredenciamento (incluindo a vantagem comparativa dos diferentes métodos e frequências da sua aplicação) seria benéfica para ver se os benefícios (em termos de qualidade aprimorada da AP) são maiores do que os custos.

Até o momento, não há movimento específico da Medicina de Família e Comunidade no reconhecimento mútuo das atividades da FMC num contexto europeu.

Aspectos políticos

A proteção pública da prática incompetente foi delegada tradicionalmente à profissão através do estabelecimento de normas de treinamento, qualificações e códigos de prática. O declínio da confiança pública e do respeito tem o significado de que tais estruturas parecem não mais ser adequadas. A autorregulamentação tem sido, em geral, questionada. Em vista disto, tanto o governo como os órgãos de classe têm atuado para conseguir que a confiança pública seja mantida. Aqui, os aspectos políticos da implantação do credenciamento são considerados resumidamente.

(a) *Legislação*. Caso o estado seja forçado a agir através da legislação, pode ser para aprimorar o poder e o escopo dos órgãos autorreguladores criados por lei ou para estabelecer órgãos independentes para monitorar e fiscalizar o desempenho. A introdução do credenciamento poderia exigir emendas à legislação base, relacionada ao registro dos médicos e precisaria de apoio da associação médica nacional.

(b) *Autorregulação*. Para antecipar a ação do estado, os órgãos de classe em diversos países estabeleceram os seus próprios programas de desenvolvimento profissional. Muito da controvérsia política sobre o credenciamento está dentro da profissão entre especializações diferentes que buscam controlar as normas pelas quais serão avaliadas. Os médicos da AP precisam estabelecer as suas próprias normas dada a natureza geral da prática da AP comparada à prática especializada baseada em hospital.

(c) *Custos do credenciamento*. Para assegurar que o credenciamento seja implantado, a responsabilidade financeira do seu custo precisa ser identificada e orçada. Os custos diretos do treinamento e de administração talvez sejam os mais óbvios, mas outros custos econômicos, tais como tempo de atendimento dos pacientes ou das atividades de registro, podem ter um impacto negativo sobre o provimento do serviço. Um ambiente de apoio ao processo de credenciamento exigirá que gestores e fornecedores de atenção em saúde criem 'período protegido para a formação, treinamento e avaliação' nos contratos de serviço e na prática diária. Além disso, os usuários da atenção em saúde terão que reconhecer a necessidade de se investir na formação para assegurar que a prática seja do padrão mais elevado (Du Boulay, 2000). O financiamento das avaliações precisa, também, ser adequado para que os recursos não sejam desviados do atendimento ao paciente. Os custos do recre-

denciamento não serão insignificantes e terão de ser pagos em algum ponto no sistema, seja pelos profissionais, órgãos de classe ou pelos usuários (Hayes, 2001). Os custos e os benefícios do recredenciamento deveriam, sem dúvida, ser avaliados para assegurar que um porrete não é usado para quebrar uma noz, porque acredita-se que a prevalência de médicos com sério subdesempenho seja baixa (menos de 5%) (Newble, 2001).

(d) *Conformidade com o recredenciamento.* Para assegurar que os médicos cumpram o recredenciamento, as sanções precisam ser claras. Em muitos países, a premissa é que o direito de clinicar seja retirado. Contudo, em alguns países tais como os Países Baixos, as sanções ainda não estão organizadas sistematicamente e podem ser impostas à discrição das associações médicas (Swinkels, 1999). No Reino Unido, caso o subdesempenho não possa ser cuidado localmente, uma referência pode ser feita ao GMC, o qual tem o poder de retirar o registro de um médico (Southgate e Pringle, 1999). Todavia, caso o objetivo seja aprimorar o provimento da atenção em saúde, então um médico que não consiga satisfazer as exigências do recredenciamento precisam receber apoio e treinamento corretivo. O processo precisa ser estabelecido claramente com processos de apelação que estipularia se o médico seria suspenso pendente a treinamento suplementar, em qual ponto teriam o registro cassado irrevogavelmente e qual o critério a ser satisfeito para que seja readmitido.

O ciclo do aprendizado durante a vida: desde a formação continuada em medicina até o desenvolvimento profissional contínuo

O aprendizado durante a vida, a flexibilidade e capacidade de adaptação a novas regras e desafios foram transformadas no novo ideal. Isso também é verdade para os GPs, embora para se permanecer na corrente das evoluções médicas seja muito desafiador. Isso é essencial, entretanto, caso a reivindicação da posição no banco do motorista deva ter algum significado. A ênfase tradicional na 'formação médica continuada' foi amplamente comprovada como sendo um fracasso em mudar a competência e o desempenho diário dos participantes. Os resultados da análise de um campo amplo de estudos eficazes sobre métodos diferentes (Davis *et al.*, 1995) foram muito claros: o aprendizado durante a vida através de seminários, semanas de novos treinamentos e leitura regular comprovam não causar quase impacto algum nas alterações no desempenho da prática. Essas ferramentas educacionais parecem trazer algum conhecimento novo, mas se o conhecimento adquirido não pode ser implantado rapidamente, é esquecido facilmente.

O simples registro do comparecimento na FMC não assegura a realização dos objetivos do recredenciamento. É ainda possível ser incompetente na prática (Smith, 2000). A participação na FMC pode ser motivada por outros incentivos (financeiros e não-financeiros) tais como encontro com amigos, o sentimento de pertencer a um grupo, criação de rede, férias gratuitas, etc. Há também o perigo de que o recredenciamento forneça desestímulos à participação no desenvolvimento profissional em vez de estimulá-lo (Buckley, 1999).

Num documento de política conjunto da diretoria de garantia de qualidade e da diretoria educacional da WONCA Europa (EQUIP e EURACT, 2003), um pleito é feito para integrar programas separados do aprendizado FMC e das atividades de melhoria da qualidade em um só processo. As exigências emergentes dos sistemas de atenção em saúde com foco em resultado e custo-eficácia combinadas com os novos paradigmas de aprendizado com foco no conhecimento, competência e desempenho, estabeleceram o cenário para o Planejamento do Desenvolvimento Profissional Continuado (PDPC). Isso envolve integrar as opções mais tradicionais para a FMC e as iniciativas mais ocasionais no Desenvolvimento da Qualidade. Os princípios básicos são: as prioridades com o paciente e com a comunidade relacionadas com atenção em saúde deveriam ser centrais; o PDPC deveria basear-se nas práticas do trabalho diário dos aprendizes; as metas devem ser estabelecidas pela GP e/ou a prática; e a integração deveria ser um processo contínuo e uma série de esforços esporádicos. Os instrumentos centrais são o plano de desenvolvimento pessoal e o portfólio de aprendizagem. Deveria basear-se nos princípios do aprendizado adulto. Durante o processo, os dados deveriam ser coletados e os desempenhos analisados utilizariam as diretrizes baseadas em evidências. Para torná-lo um processo continuado, a prática e as estratégias de reforço deveriam ser otimizadas.

O “guia do bom PDPC” (Grant e Chambers, 1999), publicado pelo Centro Conjunto para a Formação em Medicina, tenta fazer do PDPC um instrumento em nível de organização estrutural, administrado claramente em nível fiduciário, grupo de AP ou de clínica, na busca da qualidade aprimorada na atenção ao paciente e do desenvolvimento do serviço. Os Planos de Desenvolvimento Pessoal (PDPs) têm que iniciar a partir das necessidades individuais mas deveriam ser colocados no contexto da prática ou do serviço para o reforço ou a divulgação e deveriam ser discutidos com colegas para participarem do plano de negócios de uma unidade clínica que os torna abertos para o escrutínio e passíveis de serem monitorados. Esses planos deveriam refletir os interesses pessoais mas deveriam englobar também as necessidades corporativas. Os grupos de Práticas ou de AP deveriam ter uma política de PDPC, por escrito e clara, além de um tempo projetado disponível, tendo em mente que a

gestão de recursos também se trata de direcionar melhor e de assegurar valor ao dinheiro. Uma cultura voltada para a educação deveria ser apoiada com foco na auditoria, efetividade e pesquisa clínica.

Em nível de governo nacional, um papel central no processo PDPC deveria vir dos órgãos e procedimentos de credenciamento. A FMC tradicional tem um sistema baseado em créditos que são adquiridos coletivamente em seminários ou encontros. A meta primordial é que os médicos ganhem conhecimento profissional. Caso o foco mude para competência e desempenho, o processo de credenciamento deveria ser adaptado para o novo paradigma. Isso exigiria uma mudança fundamental na contagem de créditos e monitoramento da audiência para avaliar os planos de desenvolvimento pessoal e monitorar o envolvimento num processo de controle de qualidade. Isso poderia implicar em ampliar o campo do credenciamento incorporando um novo conjunto de instrumentos para descobrir quais são as necessidades de aprendizagem e como podem ser satisfeitas. É claro que um sistema flexível de credenciamento é importante, o qual incluiria o credenciamento (avaliação de competência) e ambos credenciamentos, prático e profissional (avaliação de desempenho) numa maneira transparente e de apoio que é supervisionada pelas autoridades nacionais apropriadas.

Quadro 9.5 Características da FMC e de PDPCna Europa

Compulsório		Órgão responsável*	Inclui portfólio/ plano de aprendizagem	Procedimentos de retorno	Diretrizes oficiais
Áustria	N	P	N	S	S
Bélgica	S	G	N	S	S
Bósnia e Herzegovina	N P	N	N	N	
República Tcheca	S	P	S	S	S
Dinamarca	N	P+S S	S	S	
Estônia	S	P+G N	S	S	
Finlândia	N	n.d.	N	N	N
França	S	P	N	S	S
Alemanha	N	P	N	S	S
Grécia	N	P	N	S	S
Hungria	S	U	S	S	S
Irlanda	N	S	N	S	S
Israel	S	U	N	S	S
Itália	S	P+S N	S	S	
Lituânia	S	S+U N	S	S	
Países Baixos	S	P	N	S	S
Noruega	S	G	S	S	S
Polônia	N	n.d.	N	S	S
Portugal	N	n.d.	N	S	S
Romênia	S	P+G+U N	N	S	
Eslovaquia	S	U	N	S	S
Eslovênia	N	P+S N	S	S	
Espanha	N	n.d.	N	S	S
Suécia	N	G	N	n.d.	n.d.
Suíça	N	P	N	N	N
Turquia	N	P+U+S N	N	N	
Reino Unido	N	n.d.	S	S	S

Nota: *Governo (G), Profissão (P), Sociedades científicas (S) ou Universidades (U); n.d. = não disponível.

Fonte: EURACT (2004).

No momento, o PDPC é mais um conceito do que uma realidade. O Quadro 9.5 mostra os países que não adotaram sistemas de credenciamento novos como um todo mas que incluem cada vez mais elementos como revisão pelos pares e outros procedimentos de retorno dentro das diretrizes oficiais. Portfólios individuais que já sejam utilizados nos currículos novos para a formação básica em medicina e treinamento de especialização ainda são raramente usados na formação médica continuada.

Conclusões

Globalmente, o modelo de atenção centrada em especialização está predominantemente nas escolas de medicina. Em alguns países, contudo, há mais insumo dos departamentos de GP, trazendo a perspectiva comunitária para o currículo. Em termos de treinamento de especialização amplamente aceito, a medicina familiar como profissão, pelo menos em seus documentos e papéis de posição, está ciente das necessidades mutantes da sociedade, da nova ênfase na força do paciente e na prevenção e filtragem baseada na população. O acesso igualitário, a cooperação e a orientação comunitária servem agora como marco básico da disciplina na Europa. O que permanece obscuro, no presente, é o impacto desses princípios no conteúdo real do ensino e do treinamento.

A Medicina de Família e Comunidade obteve, em décadas recentes, uma posição mais central na maioria dos sistemas de atenção em saúde europeus, devido a sua posição sólida de primeira linha de atenção, bem como a sua aparição como uma disciplina científica e como uma especialização na pesquisa acadêmica. As organizações nacionais e internacionais de GP tiveram um papel principal para se alcançar isso, do mesmo modo que o apoio financeiro correspondente e de outros recursos dedicados a promover a Medicina de Família e Comunidade. Procedimentos oficiais e recredenciamentos são, cada vez mais, introduzidos como garantia de qualidade que fortalecerá ainda mais os médicos GP como profissionais. A realização dessa meta exige também uma série de fatores políticos: mudanças na legislação, delegação da implantação para órgãos autorreguladores, estimativa de custos diretos e indiretos do recredenciamento, estabelecimentos de penalidades e sanções a serem impostas pelo não cumprimento, alocação de responsabilidades claras pelo financiamento e implantação, além de adoção de normas comuns na União Europeia. Os métodos adotados deveriam ser também facilmente incorporados no trabalho diário dos médicos e causar interrupções mínimas no provimento do serviço. Para dar à formação continuada um equilíbrio melhor com competência e desempenho na prática diária, uma nova ênfase é necessária no Planejamento do Desenvolvimento Profissional Continuado em termos de

conteúdo e sistema controle para o futuro. No momento, isso ainda é, sobretudo, um tema para publicações e seminários, já que não foi ainda integrado no campo da prática diária. Todavia, como um ideal a ser atingido, parece ser bastante promissor.

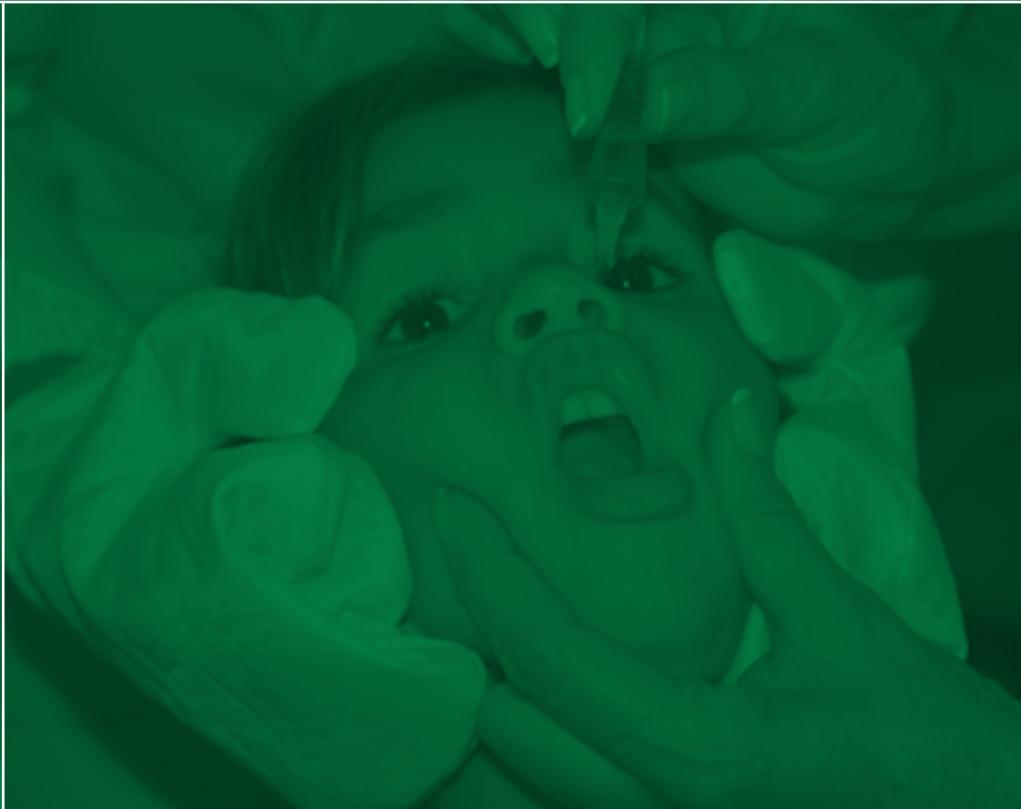
Os grupos acadêmicos e profissionais nos países da linha de frente do desenvolvimento da Medicina de Família e Comunidade precisarão assegurar adaptação contínua às novas necessidades profissionais e dos pacientes. Os países que tiverem 'adoção atrasada' enfrentarão uma tarefa enorme de mudar a prática, de treinar e formar, tudo ao mesmo tempo. Mudança pequena, mas incremental é a única forma realista para implantar mudança desse escopo nesses países. Os mecanismos de credenciamento e reconhecimentos serão essenciais para assegurar o reconhecimento da Medicina de Família e Comunidade como especialização. A inércia, a resistência dos especialistas e de outros provedores de AP 'concorrentes' tais como pediatras, não deveria também ser subestimada. Implantar mudanças exigirá recursos humanos e financeiros. As associações de profissionais de Medicina de Família e Comunidade, recentemente fundadas, e as medidas de amplo apoio social que buscam melhor atender as necessidades da comunidade podem atuar como motores da reforma nos países com os sistemas de atenção em transição. O fortalecimento da posição dos órgãos de classe dos GPs é, assim, crucial para a sustentabilidade das reformas da atenção em saúde voltadas para AP.

Referências

- Barr, D.A. and Schmid, R. (1996). Medical education in the former Soviet Union, *Academic Medicine* 71: 141–145.
- Boelen, C. (1999). Adapting health care institutions and medical schools to societies' needs, *Academic Medicine* 74(8): S11–S20.
- Boerma, W.G.W. and Fleming, D.M. (1998). *The Role of General Practice in Primary Health Care*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Buckley, G. (1999). Revalidation is the answer, *British Medical Journal* 319 (7218): 1145–1146.
- Davis, D.A., Thomson, M.A., Oxman, A.D. et al. (1995). Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies, *Journal of the American Medical Association* 274(9): 700–705.
- Du Boulay, C. (2000). Revalidation for doctors in the United Kingdom: the end or the beginning? *British Medical Journal* 320(7248): 1490.
- EQUIP and EURACT (2003). Continuing professional development in primary health care: Quality development integrated with continuing medical education (http://www.equip.ch/groups/cme/rep/CME_QD.pdf, accessed 3 March 2004).
- EURACT (1999). *Position on Specific Training of General Practitioners in Europe*. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice (EURACT).

- EURACT (2004). *EURACT Statement on Selection of Trainers and Teaching Practices for Specific Training in General Practice*. Tartu: European Academy of Teachers in General Practice (EURACT).
- Firth-Cozens, J. and Greenhalgh, J. (1997). Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care, *Social Science and Medicine* 44(7): 1017–1022.
- Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching*. Boston: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin 4.
- General Medical Council (2001). *Good Medical Practice*. London: General Medical Council (<http://www.gmc-uk.org/standards/good.htm>, accessed 3 March 2004).
- Gossop, M., Stephens, S., Stewart, D. et al. (2001). Health care professionals referred for treatment of alcohol and drug problems, *Alcohol and Alcoholism* 36(2): 160–164.
- Grant, J. and Chambers, E. (1999). *The Good CPD Guide: A Practical Guide to Managed CPD*. London: Joint Centre for Education in Medicine.
- Grundmeijer, H. and Rutten, G. (eds) (1996). *Leerdoelen in de huisartsgeneeskunde [Educational objectives in GP health care]*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Harden, R.M., Crosby, J.R., Davis, M.H. and Friedman, M. (1999). AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 5 – From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes, *Medical Teacher* 21(6): 546–552.
- Hayes, S. (2001). GMC's proposals for revalidation. Appraisal is helpful only if done well, *British Medical Journal* 322(7282): 358.
- Heyrman, J. (2004). *Educational Agenda*. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice EURACT.
- Jolly, B., McAvoey, P. and Southgate, L. (2001). GMC's proposals for revalidation. Effective revalidation system looks at how doctors practise and quality of patients' experience, *British Medical Journal* 322(7282): 358–359.
- Ko Ko, U. (1994). Education for medical practice for tomorrow, *Medical Education* 28: 54–61.
- Kuznethova, O.U., Yaremenko, L.N. and Frolova, E.V. (2000). Postgraduate education of family physicians in Saint-Petersburg – History, development and perspectives, *Russian Family Doctor* 1: 13–17.
- Leeuwenhorst Group (1974). *The General Practitioner in Europe. A Statement by the Working Party appointed by the Second European Conference on the Teaching of General Practice*. Dublin: Leeuwenhorst Group.
- Leeuwenhorst Group (1977). *The Contribution of the General Practitioner to Undergraduate Medical Education*. Statement by the Leeuwenhorst Group. Dublin: Leeuwenhorst Group.
- Lember, M. (1996). Family practice training in Estonia, *Family Medicine* 28: 282–286.
- Lember, M. (2002). A policy of introducing a new contract and funding system of general practice in Estonia, *International Journal of Health Planning and Management* 17: 41–53.
- Leeuwenhorst Group (1981). *A description of the work of a general practitioner. A revised statement by the Leeuwenhorst Working Group*. Dublin: New Leeuwenhorst Group,
- November 1981 (<http://euract.org/html/doc003.shtml>, accessed 3 March 2004).
- Newble, D. (2001). GMC's proposals for revalidation. Purpose of revalidation process must be agreed on, *British Medical Journal* 322(7282): 358.

- Norcini, J.J. (1999). Recertification in the United States, *British Medical Journal* 319(7218): 1183–1185.
- Royal College of General Practitioners (2002). *Good Medical Practice for General Practitioners*. London: Royal College of General Practitioners.
- Rusovich, V., Boerma, W.G.W. and Schellevis, F. (2000). Going ahead with the primary care in Belarus, Pilot project in Minsk region, *Medizina* (Belarussian) 1: 15–17.
- Schepin, O.P., Dmitrieva, N.V. and Korotkih, R.V. (1996). Theoretical and organizational aspects of primary health care in Russia, *Problemy Sotsialnoi Gigieny Istorii Meditsiny* 2: 3–7.
- Scrivens, E. (2002). Accreditation and the regulation of quality in health services. Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems, in Saltman, R.B. Busse R. and Mossialos, E. *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Buckingham: Open University Press.
- Shabrov, A.V., Dosenko, M.S. and Yubrina, I.V. (2001). Family medicine tutors training as a component of educational process in general practice, *Russian Family Doctor* 4: 56.
- Smith, R. (2000). Should GMC leaders be put to the sword? No, doctors must work together, *British Medical Journal* 321(7253): 61.
- Southgate, L. and Pringle, M. (1999). Revalidation in the United Kingdom: general principles based on experience in general practice, *British Medical Journal* 319(7218): 1180–1183.
- Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. Oxford: Oxford University Press.
- Swinkels, J.A. (1999). Reregistration of medical specialists in the Netherlands, *British Medical Journal* 319(7218): 1191–1192.
- UEMO (1995). *Consensus Document on Specific Training for General Practice. European Union of General Practitioners Reference Book 1995/96*, 65–69. Stockholm: European Union of General Practitioners (UEMO).
- UEMS European Advisory Committee on CME (2001). *Update on Structure of National CME*. Brussels: European Union of Medical Specialists (UEMS). (<http://www.uems.be/eaccme.htm>, accessed 20 May 2002).
- Vuori, H. (1979). *Lääketieteen historia [Medical history]*. Jyväskylä: Gummerus.
- Weir, E. (2000). Substance abuse among physicians, *Canadian Medical Association Journal* 162(12): 1730.
- WHO (1998). *Framework for Professional and Administrative Development of General Practice/Family Medicine in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WONCA Europe (2002). *The European Definition of General Practice/Family Medicine 2002*. Singapore: World Organization of Family Doctors (WONCA) (<http://euract.org/html/page03a.shtml>, accessed 3 March 2004).
- WONCA/WHO (2002). *Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine – A Guidebook 2002*. Singapore: World Organization of Family Doctors (WONCA).





capítulo dez

Gestão do comportamento da atenção primária através de sistemas de pagamento e de incentivos financeiros

Stefan Greß, Diana M. J. Delnoij e Peter P. Groenewegen



Introdução

Esse capítulo avalia a influência dos sistemas de pagamento e de incentivos financeiros nos médicos da atenção primária. Esse tema é amplo e não é novo. Há uma verdadeira montanha de literatura teórica e empírica sobre a influência dos sistemas de pagamento no comportamento, em geral, dos médicos. Além disso, também é claro que o impacto real dos sistemas de pagamento e os seus incentivos dependem enormemente do contexto do sistema de saúde assim como de outros incentivos (não financeiros). Embora a literatura sobre os sistemas de pagamento para os médicos em geral e para os GPs em particular foi de grande valia para se escrever esse capítulo, também tem um inconveniente: a ênfase está puramente nos efeitos dos sistemas de pagamento. Contudo, deveríamos estar cientes de que os sistemas de pagamento somente funcionam dentro e interagindo num contexto institucional mais amplo. Os elementos específicos das instituições de atenção em saúde que funcionam bem em seu contexto institucional original tornam-se sem uso quando transferidos para outros sistemas de atenção em saúde. A estabilidade dos arranjos institucionais influencia, também, se certos elementos funcionam ou não.

Os sistemas de pagamento e os incentivos financeiros são importantes, mas outros incentivos também são relevantes. Um dos nossos argumentos nesse capítulo é que os incentivos dos sistemas de pagamento atraem, provavelmente, muita atenção, não porque sejam os mais importantes em direcionar o comportamento dos profissionais da atenção em saúde, mas porque podem ser manipulados mais facilmente do que outros incentivos.¹

O foco principal desse capítulo é descrever os efeitos (potenciais e reais) dos sistemas de pagamento e dos incentivos financeiros sobre o comportamento dos médicos da atenção em saúde. Para responder a essa questão da pesquisa, nós analisamos primeiro os efeitos pretendidos dos sistemas de pagamento e dos incentivos financeiros (seção dois). Entretanto, os efeitos reais dependem não somente do comportamento e sistemas de valores dos médicos, mas, também, dos incentivos dentro do contexto nos quais reagem aqueles incluídos no sistema de pagamento. Portanto, o próximo passo é analisar a interação potencial do contexto do sistema de saúde e sistemas de pagamento (seção três). Na seção quatro, descrevemos os efeitos dos sistemas de pagamento e dos incentivos financeiros nos provedores, pacientes e na sociedade com base em estudos empíricos (mudanças nos) dos

¹ Entretanto, é importante observar que o nosso capítulo ainda é muito focado nos incentivos financeiros para os médicos da atenção primária – embora levemos em conta o contexto do sistema de saúde. Mencionamos outros incentivos – tais como as condições de trabalho ou oportunidades de carreira – somente de forma marginal e onde apropriado já que o tratamento extenso deles constituiria num outro capítulo. Para um resumo dos incentivos não-financeiros ver Chaix-Couturier *et al.* (2000).

sistemas de pagamento (em outras palavras: descrevemos os efeitos reais). Na seção final, traçamos algumas conclusões de política a partir das nossas conclusões.

A nossa análise baseia-se numa extensa revisão de literatura que foi realizada na primavera e verão de 2002. Onde apropriado, ilustramos as nossas conclusões com exemplos de país.

Efeitos pretendidos dos sistemas de pagamentos e incentivos financeiros

Focalizamos nos sistemas de pagamento mais comuns e nos seus efeitos pretendidos. Cada sistema pode ser distinguido pelo tipo de unidade pelo qual está sendo paga.

Nos sistemas *honorários-por-serviço* o pagamento é feito por unidades de serviço. Na teoria, os médicos e os pacientes poderiam negociar o preço pelos serviços individuais a cada contato. De fato, os sistemas de *honorários-por-serviço* são normalmente baseados em tabelas de honorários que classificam as atividades dos médicos com níveis variados de precisão.

A renda do médico nos sistemas de *honorários-por-serviço* é determinado pelo número de serviços multiplicado pelo preço do serviço. Em geral, os *honorários-por-serviço* têm a intenção de permitir aos médicos reagir de forma flexível às necessidades dos pacientes e também conceder a eles um nível alto de autonomia. Contudo, as intervenções pelas autoridades de saúde e pelas seguradoras de saúde visando conter os riscos ou mudar os preços relativos dos serviços provavelmente terão efeitos nas decisões clínicas (Groenewegen e Calnan, 1995). As recompensas financeiras estão diretamente conectadas com o trabalho desempenhado. Os sistemas de *honorários-por-serviço* ainda são comuns na Europa e bastante populares com os profissionais médicos. O Quadro 10.1 mostra que somente alguns países baseiam-se completamente nos *honorários-por-serviço* (por exemplo, a Bélgica, França e Luxemburgo). Em outros países, os médicos recebem *honorários-por-serviço* por grupo de pacientes (por exemplo, os pacientes com seguro social de saúde na Alemanha e pacientes com seguro de saúde privado nos Países Baixos).

Nos sistemas baseados em *captação* o pagamento é feito por pacientes individuais. Ao provedor é pago uma soma em dinheiro especificada pela atenção a pacientes individuais por um período de tempo especificado. Os pacientes têm, normalmente, que registrar-se com um médico individual ou grupos de médicos. O pagamento é independente da extensão

dos serviços exigidos pelos pacientes individualmente. De modo ideal, os pagamentos aos médicos têm ajustes de riscos pelas diferenças na morbidade dos pacientes para reduzir os incentivos da seleção por risco. De fato, os pagamentos variam principalmente de acordo com a idade dos pacientes, mas não são, normalmente, tão refinados para refletir as diferenças na utilização do serviço. Em alguns países existem os pagamentos por pacientes que vivem em áreas carentes (ver Caixa 10.2). A renda dos médicos é determinada pela captação (ajustado por risco) multiplicada pelo número de pacientes individuais registrados com o médico. Pode haver limite em relação ao número máximo de pacientes registrados por um médico e/ou pagamentos por captação regressiva acima de um teto de pacientes. A captação tem a intenção de assegurar o acesso dos serviços de atenção primária em saúde para cada paciente registrado. Além do que, os incentivos para a demanda induzida pela oferta são reduzidos e os incentivos pela atenção continuada são aumentados. Nos sistemas europeus de atenção primária baseados na captação não são tão comuns quanto os sistemas dos honorários-por-serviço (ver Quadro 10.1). O pagamento por captação, na maioria, está combinado com alguns pagamentos de honorários-por-serviço.

Nos sistemas de *salário*, o médico é pago por unidades de tempo. A remuneração independe do volume de serviços e independe do número de pacientes. Provedores assalariados trabalham dentro de um cronograma definido; em alguns países lhes é permitido tratar privadamente os pacientes após a carga horária. A renda do médico é determinada pelo conteúdo do contrato de trabalho. Os salários dependem, sobretudo, da qualificação do médico e do perfil de tarefa dele/dela e dão um nível de renda alto aos médicos. Os sistemas de salário ainda são predominantes nos países de economias de transição na Europa central e oriental embora estejam sendo substituídos cada vez mais por outros sistemas de pagamento. Um sistema de pagamento assalariado tem a intenção de combinar a segurança de uma renda básica aos médicos com acessibilidade alta pelos pacientes. O pagamento assalariado na Europa oriental é substituído pela captação e por honorários-por-serviço. Contudo, os salários ainda são muito comuns em Portugal, na Escandinávia e na Espanha (ver Quadro 10.1).

Embora os honorários-por-serviço, a captação e o salário sejam os três sistemas básicos de pagamento para os GP, existem muitas variedades de cada um deles. Uma das variedades mais interessante é a *captação integrada*. Os sistemas de captação integrada combinam um pagamento pela captação pelos serviços fornecidos pelos provedores diferentes ou por níveis de atenção diferentes. Em contraste com a simples captação, outras despesas tais como remédios, serviços de especialistas ou mesmo serviços na atenção secundária podem

ser incorporados nos pagamento de captação integrada. os GPs podem mesmo agir como mantenedores de fundos pela compra de atenção hospitalar para os seus pacientes.² Assim, a renda do médico é determinada por pagamentos de captação integrada multiplicados pelos pacientes registrados menos os pagamentos a outros provedores ou a outros níveis de atenção. A captação integrada tem a intenção de prover até mesmo melhores incentivos para a continuidade e generalização da atenção. Ao mesmo tempo, exige mecanismos bem desenvolvidos para a alocação e o monitoramento dos pagamentos de captação. Até agora, os sistemas de captação integrada não tiveram muito sucesso na Europa.

Os sistemas mistos de pagamento vêm em três variedades. A primeira é que os GPs são pagos de acordo com um sistema misto para todos os seus pacientes, consistindo sobretudo de um pagamento básico (salário ou captação) e pagamentos adicionais para dar incentivos para certas tarefas. Os pagamentos alvo são usados para atingir níveis predefinidos de serviços, tais como parte da população participando em programas de triagens. Os pagamentos por função são usados para recompensar médicos por serviços não incluídos em seus contratos básicos, tais como o provimento de serviços de emergência após o seu horário de trabalho. Aqui o sistema de pagamento é misto em nível de paciente (para exemplos, ver Caixa 10.1). A segunda variedade é que o GP é pago de acordo com um sistema diferente para grupos de pacientes diferentes, por ex., de acordo com a situação do seguro. Aqui, o sistema é misto em nível de GP (para exemplos, ver Caixa 10.2). A terceira variedade de sistema de pagamento misto é que alguns GP são assalariados e outros pagos em honorários-por-serviço ou captação. Aqui, é misto em nível de sistema de atenção em saúde.

2 A revitalização da ideia fiduciária no Serviço Nacional Britânico de Saúde é chamada de Comissionamento Baseada em Clínica. A partir de abril de 2005, clínicas individuais de GP tiveram a oportunidade de manter orçamentos para a atenção primária e secundária dos seus pacientes. Os próprios Fundos Fiduciários de atenção primária continuarão a ser legalmente responsáveis pelo processo de contratação, mas qualquer economia que resulte da gestão mais eficiente das referências será compartilhada entre as clínicas e os PCTs, sendo toda essa economia reinvestida na atenção ao paciente (Departamento de Saúde, 2004).

Caixa 10.1 Sistemas mistos de pagamento em nível de pacientes

O sistema de pagamento aos GP sob o NHS, através de diversas reformas, no Reino Unido manteve o princípio do pagamento de captação usado desde muito antes de 1948. Hoje, o sistema de pagamento dos GPs no Reino Unido consiste de um misto complexo de subvenções, pagamento de captação, pagamentos-alvo e honorários-por-serviços (Departamento de Saúde, 2002). Como resultado da introdução dos pagamentos-alvo para as atividades de prevenção, houve um crescimento marcante no número de enfermeiras trabalhando na Medicina de Família e Comunidade. Essas enfermeiras práticas assumem a promoção de saúde, junto com todo um campo de outras tarefas, por exemplo, no campo da atenção aos doentes crônicos (Atkin *et al.*, 1994; Hibble, 1995).

O governo italiano, bem recentemente, reformou o sistema de pagamento dos GPs no NHS. Os GP, na Itália, são autônomos e recebem um pagamento de captação, com um máximo de 1.500 pacientes por GP. Agora, a captação tem uma parte variável (30%) e uma parte fixa (70%). O componente variável é definido pelas Autoridades de Saúde (AS) individuais que têm, primeiro, de definir as prioridades que podem, então, ser ligadas ao desempenho do GP via o componente variável do pagamento de captação. Um estudo recente concluiu que até agora 61 autoridades de saúde (das 196 autoridades de saúde na Itália, 162 responderam a um questionário) definiram os alvos para o componente variável. Os alvos são, na maioria, relacionados aos custos dos remédios (42 ASs), custos por hospitalização (31 ASs) e os custos por diagnóstico e testes laboratoriais (13 ASs)³. Não há, até agora, informação alguma sobre o resultado desses pagamentos baseados em desempenho (Vendramini, 2002). Contudo, sabemos por experiência de outros países que as despesas com atenção em saúde podem diminuir quando os provedores da atenção primária têm incentivos para cortar custos dos remédios ou das hospitalizações (Wilton e Smith, 2002).

Os GPs, particularmente na segunda e terceira variedades, podem não mostrar os efeitos comportamentais dos sistemas de pagamento puros; na segunda variedade por que podem haver forças contra o tratamento diferenciado de pacientes diferentes pelos mesmos GP; na terceira variedade por que um grupo de GP pode ser o dominante, estabelecendo normas para outros grupos. Os incentivos do serviço assalariado com relação ao número de horas trabalhadas, por exemplo, funcionam diferentemente num sistema com GP predominantemente assalariados ou num sistema com GP predominantemente pagos por honorários-por-serviço.

³ Alguns GPs, de modo interessante, optaram em não receber qualquer incentivo ligado aos seus objetivos. Eles recusaram o pagamento relacionado ao seu desempenho uma vez que consideram o cumprimento desses objetivos como parte do seu trabalho.

O Quadro 10.1 dá um resumo dos sistemas de pagamento de GP em 2004 nos 15 países da União Europeia e cinco países em pré-adesão. No Quadro 10.1 fica claro que a maioria dos países tem um sistema misto e que, em mais da metade desses casos, o pagamento é misto em nível de pacientes ou CGP. Isso implica que os GPs nesses países não estão expostos a incentivos “puros”.

Houve uma tendência clara na Europa na direção dos sistemas mistos de pagamento. Em teoria, os sistemas mistos de pagamento (em nível de GP) podem combinar as vantagens dos diversos sistemas de pagamento e evitar as suas desvantagens.

Caixa 10.2 Sistemas misto de pagamento em nível de GP

Os incentivos financeiros e os sistemas de pagamento na atenção primária alemã diferem de modo bastante significativo dependendo da situação do seguro dos pacientes. Todos os médicos da atenção primária na Alemanha têm um misto de pacientes assegurados socialmente e privadamente. Os médicos recebem pagamentos de honorários-por-serviço tanto para os pacientes com seguro social como privado. Entretanto, existem diferentes tabelas de honorários para cada tipo de paciente. Permite-se que os provedores cobrem honorários muito mais altos dos pacientes com seguro privado do que aqueles assegurados socialmente. A diferença pode mesmo ser maior caso o paciente e o médico acordem absterem-se de aplicar a tabela (privada) de honorários. A tabela de honorários para pacientes com seguro de saúde privado baseia-se parcialmente na tabela de honorários para os pacientes com seguros de saúde social. Entretanto, como as seguradoras de saúde privadas não têm qualquer relação contratual com os médicos da atenção primária, esta tabela de honorários é editada através de portaria do governo federal. A tabela para o paciente com seguro social é determinada conjuntamente pelas maiores organizações de provedores e os fundos de saúde. Como não há orçamento para os serviços fornecidos aos pacientes com seguro privado, os médicos tentam compensar a renda estagnada ou mesmo diminuída dos pacientes dos fundos de saúde com o tratamento dos pacientes com seguro privado. Conseqüentemente, o tratamento preferencial destes pacientes é bastante comum e as despesas das seguradoras privadas de saúde com a atenção ambulatorial é muito elevada.

Entretanto, mesmo nas organizações de Atenção Gerenciadas dos Estados Unidos, a maioria dos sistemas de pagamento é relativamente simples para assegurar custos administrativos baixos e transparência alta. Esses limites dos sistemas de pagamento sublinham a importância de métodos não financeiros de motivar os médicos – tais como triagem e seleção, estabelecimento explícito do desempenho desejado e o monitoramento do seu cumprimento (Robinson, 2001).

Interação dos sistemas de pagamento e incentivos financeiros com o contexto do sistema de saúde

Em geral, é muito difícil separar a análise dos incentivos financeiros do contexto geral do (financiamento) sistema de atenção em saúde. Assim, as experiências feitas com incentivos financeiros num país e os resultados obtidos podem não ser diretamente reproduzidos num outro a menos que reformas estruturais importantes sejam realizadas. Deve-se ter em mente que outros incentivos não-financeiros tais como diretrizes de prática obrigatória

afetam o comportamento e, possivelmente, a renda do médico (Chaix-Couturier *et al.*, 2000). Especificamente, os sistemas de pagamento estabelecem incentivos financeiros para o comportamento dos médicos. Entretanto, o método de pagamento é somente um fator determinando o resultado da atenção primária para os pacientes. Portanto, é difícil determinar se o comportamento dos provedores de atenção primária correlaciona-se com métodos particulares de pagamento. Adicionalmente, seria impossível reformar os métodos de pagamento sem levar em conta o contexto do sistema de saúde em atenção primária (De Maeseneer *et al.*, 1999). Basicamente, os fatores mais importantes na atenção primária do contexto do sistema de saúde consistem na forma que o acesso financeiro aos serviços de saúde está organizado (benefícios-em-espécie *versus* benefícios-em-dinheiro; cobrança formal e informal do usuário *versus* acesso gratuito), o processo de referência à atenção secundária e terciária (extensão do papel de guardiões dos provedores da atenção primária) e o mecanismo de alocação dos pacientes aos provedores da atenção primária (listas de pacientes fixos *versus* livre escolha de provedores pelos pacientes).⁴

Quadro 10.1 Sistemas de pagamento de GP em 2004 nos 15 Estados Membros da EU e estados em adesão selecionados

País	Sistema de Pagamento	Observações
Áustria	Misto, nível de paciente	Sistema de vale que liga pacientes a um GP por um período de 3 meses. O pagamento consiste numa taxa fixa pelo período de 3 meses (independente do número de serviços exigidos) mais honorários-por-serviço (Hofmarcher and Rack, 2001).
Bélgica	Honorários-por-serviço	(Kerr, 2000)
Dinamarca	Misto, nível de paciente	Captação (cerca de um terço da sua renda) e honorários-por-serviço adicional (Vallgarda <i>et al.</i> , 2001).
Finlândia	Misto, nível de sistema de saúde	Em centros de saúde “regulares” (sistema dominante anteriormente): salário, algumas vezes com bônus, mais pagamentos extras para certificados de saúde. Nas clínicas “médicos pessoais” (hoje cobrindo cerca de 55% da população): salário (60%), captação (20%), honorário-por-serviço (15%), complementação local (5%) (Järvelin 2002).
França	Honorários-por-serviço	(fonte: autores)
Alemanha	Honorários-por-serviço	Honorários-por-serviço, segundo uma Escala Uniforme de Valor (EBM) que liga os “pontos” reembolsáveis a um orçamento global negociados com os fundos de saúde (Busse, 2000b).

4 É claro que existem incentivos não-financeiros que também influenciam o comportamento do médico. De acordo com De Maeseneer *et al.* (1999) eles podem ser agrupados em fatores referentes às características do paciente (número e tipo de doença, doenças agudas *versus* crônicas, diagnósticos *versus* procedimentos terapêuticos e capacidade de pagar), características pessoais do médico (idade, gênero, experiência, qualificação) e o seu/sua ambiente organizacional (clínica individual *versus* grupo, nível de concorrência local, volume de atividade).

País	Sistema de Pagamento	Observações
Grécia	Salário	Além dos salários, muitos médicos recebem honorários-por-serviço da clínica particular (Tragakos e Polyzos, 1996).
Irlanda	Misto em nível GP	Pacientes nos GMS (Serviços Médicos Gerais; cerca de 30% da população) são listados a um GP que recebe uma taxa de captação por dependente por idade/gênero. O restante da população tem seguro privado dentro do Seguro de Saúde Voluntário e paga honorários-por-serviço, e são depois (parcialmente) reembolsados (fonte: autores).
Itália	Misto, nível de paciente	Captação mais honorários por serviços específicos e premiação por redução efetiva de custo (Donatini <i>et al.</i> , 2001).
Luxemburgo	Honorários-por-serviço	(Kerr 1999)
Países Baixos	Misto em nível GP	Captação para pacientes com seguridade pública (61%) e honorários-por-serviço para os pacientes com seguro privado (39%). (fonte: autores).
Portugal	Misto em nível GP e sistema de saúde	Sistemas de pagamento: Setor público salário (mais clínica particular honorários-por-serviço para 50% dos GP). Contratos independentes honorários-por-serviço (Dixon 1999).
Espanha	Sistema de Pagamento	Modelo "tradicional" (GP independente, autônomo) → captação. "Equipes de atenção primária" (modelo dominante; centros de saúde) → salário (Rico, 2000).
Suécia	Misto, nível de sistema de saúde	Em centros de saúde pública (86% dos GP) → Salário + honorário por paciente (Hjortsberg e Ghatnekar 2001). GP trabalhando como contratantes privados (mas pagos via impostos também) são pagos pela captação (40–70% da renda) e uma taxa menor por paciente consultado.
Reino Unido	Misto, nível de paciente	Pagamento consiste na captação (50% da renda), complemento, honorários-por-serviço e pagamento relacionado ao desempenho (Robinson, 1999).
Países em adesão		
República Tcheca	Misto, nível de paciente	Reembolso consiste, sobretudo, da captação mais honorários-por-serviço (cerca de 30% da renda) p/ serviços 'desejáveis' (Busse, 2000a).
Hungria	Misto, nível de sistema de saúde	GP têm quatro opções de emprego. A maioria (77%) trabalha sob contrato com o governo local e recebem uma captação; 21% trabalham como assalariados do governo local; 3% são contratantes independentes do Fundo de Seguro de Saúde, pagamento sob captação; e uns poucos GP são contratados por hospitais. (Gaál <i>et al.</i> , 1999)
Polônia	Captação	(Karski e Andrzej, 1999).
Eslováquia	Misto, nível de paciente	Pagamento consiste de uma taxa de captação (60% da renda) e honorários-por-serviço (40%) (Hlavacka e Skackova, 2000).
Eslovênia	Misto, nível de sistema de saúde	Médicos da atenção primária são assalariados ou como autônomos pagos na base honorário-por-serviço (Albreht <i>et al.</i> , 2002).

Os pagamentos honorários-por-serviço pelas seguradoras privadas de saúde estão normalmente combinados com benefícios em dinheiro e reembolsados pelos pacientes com seguros privados de saúde.⁵

Nos sistemas financiados por impostos ou baseados em contribuições, a cobrança dos usuários é menor e os benefícios são concedidos seja em dinheiro ou em espécie. Entretanto, nos sistemas de atenção em saúde com pagamento honorários-por-serviço não há o papel de cão de guarda para os provedores da atenção primária. Os pacientes também, normalmente, têm livre escolha dos provedores e não estão numa lista fixa de provedores da atenção primária. Consequentemente, a posição do GP como o médico do primeiro contato com o sistema da atenção em saúde fornecendo atenção continuada, generalizada e coordenada é bastante frágil. Além disso, o acesso para os pacientes é dificultado pelos mecanismos de cobrança e de desembolso para os usuários.

Os pagamentos pela captação são normalmente financiados através de tributação ou contribuições de seguridade social em saúde e não através dos prêmios pagos aos seguros privados de saúde. A cobrança ao usuário e os benefícios em dinheiro são muito menos comuns do que nos sistemas de pagamento honorário por serviço. A captação implica listas fixas de pacientes e, desse modo, escolha limitada de provedores para os pacientes, uma escolha que está restrita pelo fato de que os GPs sob pagamento por captação normalmente são também os cães de guarda da atenção especializada. Consequentemente, os GPs têm uma posição sólida como provedores da atenção primária em saúde pela avaliação das necessidades ou urgências dos pacientes no acesso à atenção secundária e terciária. O acesso pode ser dificultado pelas estratégias de seleção de risco devido à captação não ajustada a risco. Mais ainda, sob o pagamento de captação, os médicos podem sentir-se encorajados a prover serviços de prevenção já que reduzem custos futuros (Boyden e Carter, 2000; Gosden *et al.*, 2001). E porque os GPs sob pagamento de captação por terem listas fixas de pacientes, teoricamente, estão numa posição excelente para prover serviços que são visados para a população.

O sistema de pagamento mais complexo com relação ao contexto do sistema de saúde é o de captação integrada. Numa escala significativa era encontrado na Europa somente

⁵ Na maioria dos países europeus existem os sistemas financiados com recursos públicos ou baseados em contribuições assim como seguro privado de saúde – e provedores de atenção primária obtêm renda de fontes diferentes via sistemas de pagamento diferentes.

no esquema de financiamento do Reino Unido. Em teoria, pelo menos, pode ser aplicado também nos sistemas de seguridade social de saúde. Os GPs têm incentivos consideráveis para reduzir o acesso dos pacientes a atenção secundária e terciária, o que, por sua vez, aumenta os incentivos à seleção de risco inerente nos pagamentos da captação simples. Por outro lado, a captação integrada baseada nos pagamentos por captação ajustada por risco aumenta muito os incentivos para a atenção interdisciplinar coordenada através da gestão ativa de doenças além dos limites da atenção primária.

Os pagamentos de salários aos GP normalmente são financiados através da tributação e menos frequentemente através de contribuições. Sobretudo, os pacientes não são registrados nos GP individuais, mas devem receber a sua atenção primária em saúde nos centros de saúde ou nas policlínicas. O médico atendente pode ser diferente de um contato para o outro. Formalmente, não existem cobranças ou cobranças pequenas, mas nos países de economia em transição as cobranças ao usuário informal ('dinheiro no envelope') ainda são bastante comuns. Mais ainda, o nível de remuneração baixa nesses países aumenta o incentivo para o desenvolvimento de sistemas paralelos de atenção privada (100% dos usuários cobrados). Isso, por sua vez, pode minar ainda mais o funcionamento do sistema assalariado oficial.

Figura 10.1 Incentivos dos sistemas de pagamento e do contexto do sistema de saúde para os valores centrais da atenção primária.

Sistema Pagamento	Contexto Sistema de Saúde			Incentivos pelos valores centrais da atenção primária				
	Cobrança a usuário, benefício em dinheiro	Listas fixas de paciente	Função de guarda do GP	Primeiro-contato	Acessibilidade	Continuidade	Abrangência	Coordenação
Honorários p/-serviço (Integrado)	Sim	Não	Não	0	–	–	–	–
Captação	Não	Sim	Sim	+	+ ¹	+	+	+
Salário	Não	Não	Não	0	+ ²	–	+	0

Notas: + incentivos positivos, – incentivos negativos, 0 neutro.

¹ Incentivos negativos no caso de pagamentos por captação não ajustado para risco.

² Incentivos negativos no caso de cobrança (informal) dos usuários.

Fonte: adaptado parcialmente a partir de De Maeseneer *et al.* (1999).

A Figura 10.1 resume os incentivos de honorários-por-serviço, captação, captação integrada e salário baseado em seus efeitos pretendidos, contexto do sistema de saúde e

os valores centrais da atenção primária como descritos por Starfield (1996), e Boerma e Fleming (1998):

- ▶ atenção primária deveria ser o primeiro ponto de contato das pessoas com os problemas (novos) de saúde.
- ▶ atenção primária deveria ser contínua e abrangente.
- ▶ atenção primária deveria ser a coordenadora da atenção em outras partes do sistema de atenção em saúde.
- ▶ atenção primária deveria ser acessível aos pacientes, sem distinção da sua idade, gênero ou enfermidade e a outros provedores de atenção em saúde.

Efeitos do mundo real dos sistemas de pagamento e incentivos financeiros

Impacto no comportamento do provedor

Primeiro, deveria ser observado que a maioria da literatura focaliza sobre os efeitos pretendidos e os incentivos econômicos dos sistemas de pagamento. Além disso, a maioria dos estudos empíricos sobre os efeitos reais dos sistemas de pagamento não satisfazem os padrões e critérios metodológicos altos (De Maeseneer *et al.*, 1999; Chaix-Couturier *et al.*, 2000). Aqueles que satisfazem esses critérios concluem que são quantitativamente menores do que o esperado (Gosden *et al.*, 2001).

Porém, em tudo e por tudo, a evidência disponível afirma que os sistemas de pagamento influenciam o comportamento do médico (Gosden *et al.*, 2004). Entretanto, do ponto de vista econômico, os médicos tentam não só maximizar a renda e minimizar a sua carga de trabalho. A sua função de utilidade consiste também de outros elementos sem-preço, tais como restrições éticas, normas profissionais que podem diluir ou mesmo remover completamente os incentivos para o médico fornecer atenção ineficaz simplesmente aumentando a sua renda e, assim, limitar a demanda induzida pela oferta.⁶ Desse modo, os sistemas de pagamento não têm sempre o mesmo efeito no comportamento do médico (Jegers *et al.*, 2002). Entretanto, duas tendências podem ser deduzidas dos estudos disponíveis (De Maeseneer *et al.*, 1999; Chaix-Couturier *et al.*, 2000; Gosden *et al.*, 2001; Gosden *et al.*, 2004).

6 Isso é ilustrado muito bem num recente estudo norueguês (Grytten e Sörensen, 2001). O estudo comparou médicos de atenção primária no sistema de honorário-por-serviço e os seus colegas assalariados com relação à sua resposta ao aumento da concorrência. Nenhum dos dois grupos de médicos aumentou o seu resultado como resposta a um aumento da densidade de médicos. Isso poderia ser esperado para o grupo assalariado enquanto fornece evidência contra a hipótese de indução para o grupo dos médicos com honorário-por-serviço.

A primeira tendência é que sob os sistemas de pagamento de honorário-por-serviço os médicos tendem a delegar menos tarefas a outros provedores de atenção em saúde do que sob os sistemas de pagamento por captação (integrada) ou de salário. Isso não é surpresa já que os sistemas de pagamento de honorários-por-serviço contêm incentivos para maximizar a renda ao maximizar os serviços autoproduzidos que, é claro, significa também horas de trabalho mais longas.⁷As autoridades de saúde ou seguradoras de saúde tentam reagir à tendência da expansão dos serviços sob os sistemas de honorários-por-serviço com o estabelecimento de orçamentos (negociados) para os serviços de atenção primária. Também tentam direcionar o comportamento do provedor alterando os preços relativos dos serviços, por exemplo, ao reduzir os preços relativos dos procedimentos técnicos e ao aumentar os preços relativos do tempo gasto na consulta individual. Ainda que os sistemas de pagamento de honorário por serviço dos médicos também permitem um grau de flexibilidade alto (Engström *et al.*, 2001). Os sistemas de honorário por serviço são mais abertos à fraude do que outros sistemas de pagamento, uma vez que os GPs podem reivindicar serviços que não forneceram. Embora a fraude certamente andasse no sentido contrário dos padrões profissionais, não é estranha nos sistemas de honorário-por-serviço.

A segunda tendência está mais intimamente relacionada à primeira. Embora possa haver ‘subdelegação’ nos sistemas de honorário-por-serviço, poderá haver “superdelegação” nos sistemas de salário e de captação. Em captação existem, de fato, incentivos para os médicos reterem a atenção, resultando no subtratamento dos pacientes. os GPs podem reduzir a sua carga de trabalho sem reduzirem a sua renda ao referirem os seus pacientes para outros provedores e podem aumentar a renda aumentando o número de pacientes em suas listas (Lynch, 1998). Os médicos assalariados podem usar o tempo livre para tratar de pacientes particulares para aumentar a sua renda e os médicos sob captação podem maximizar a sua renda ao aumentar o número de pacientes na sua lista de pacientes. Para os médicos nos sistema de captação com pagamentos ajustados por risco ruins, é lucrativo atrair riscos favoráveis (custos de atenção em saúde com indivíduos são menores do que os pagamentos de captação por indivíduo) e ativamente afastar-se dos riscos não-favoráveis (custos da atenção em saúde com indivíduos são maiores do que os pagamentos de captação por indivíduo). Entretanto, esse tipo de comportamento é rigorosamente restringido pelas normas éticas e, até agora, há pouca evidência disto na Europa (Lynch, 1998). Embora os pagamentos

7 Os incentivos para os médicos induzirem a demanda são, é claro, somente eficazes se o custo marginal na produção dos serviços de atenção em saúde for menor do que a renda marginal. Outra pré-condição é a incerteza sobre o tratamento apropriado – caso existam diretrizes padronizadas e bem documentadas é muito mais difícil para os médicos induzirem a demanda (Flierman e Groenewegen, 1992). Finalmente, os incentivos para a demanda induzida pela oferta são maiores caso exista uma oferta em demasia de médicos de atenção primária – os médicos podem ter carga de trabalho baixa e podem tentar atingir a sua renda alvo. Ver também Gosden *et al.* (2001).

da captação ajustada sejam tecnicamente e administrativamente complexos, eles reduzem enormemente os incentivos para a seleção de riscos em situações onde as restrições éticas contra a seleção de risco possam ser menos efetivas (Hutchinson *et al.*, 2000).

Impacto no acesso e na satisfação do paciente

No sistema de honorário por serviço, a combinação da livre escolha dos provedores e a tendência para a subdelegação contribui mais para o fato dos pacientes consumirem mais serviços do que nos sistemas de pagamento de captação ou de salário. Os pacientes visitam diversos GP no curso da mesma enfermidade e os GPs podem ter diagnósticos e procedimentos terapêuticos diferentes. Procedimentos terapêuticos não-compatíveis (por ex., medicamento diferente resultando numa combinação perigosa de drogas) podem colocar em perigo a saúde do paciente. Entretanto, sem a evidência da condição de saúde do paciente e dos resultados clínicos, não está claro se o aumento no consumo dos serviços, em si, é perigoso ou benéfico para os pacientes (Gosden *et al.* 2001).

Os sistemas de captação fornecem um nível mais alto de atenção coordenada para o paciente (Engström *et al.*, 2001). Como tem que se registrar com um GP específico e os GPs normalmente coordenam outros níveis de atenção, a informação sobre as necessidades do paciente é muito menos fragmentada do que nos sistemas honorário-por-serviço. É claro, devido às listas fixas de pacientes e a função de guarda do GP, a livre escolha do provedor fica restrita. Entretanto, os pacientes normalmente são livres para se registrarem com outro GP após um período de tempo especificado. Embora esse mecanismo aumente as opções de escolha para os pacientes, o mesmo dá oportunidades para a seleção de risco pelos GP nos sistemas (integrados) de captação. Ainda que esse comportamento seja bastante raro na Europa, existem incentivos para os GPs forçarem os riscos desfavoráveis a procurarem outros médicos. Esse comportamento acabaria com as vantagens dos sistemas de captação com relação à atenção primária coordenada e continua para o grupo de pacientes mais necessitados.

Nos sistemas assalariados, os pacientes reclamam com frequência dos médicos descorteses. Esse comportamento reflete provavelmente a motivação baixa dos provedores que têm oportunidades muito limitadas para aumentar a renda.⁸ Além disso, a clínica particular

8 Contudo, um estudo recente do Reino Unido mostra que a moral do GP e a satisfação com o emprego não têm necessariamente de ser menor nos sistemas assalariados do que nos sistemas de captação/honorários-por-serviço. Contratos assalariados no Reino Unido estão associados com níveis mais baixos de tensão, níveis mais altos de satisfação com renda e horas de trabalho e o mesmo nível de satisfação geral daqueles GP não assalariados (Gosden *et al.*, 2002). Essa tendência é um exemplo do fato que os sistemas de pagamento podem ter efeitos diferentes dependendo se são o sistema dominante ou não. Os GP assalariados no Reino Unido são uma minoria e a situação seria provavelmente bastante diferente caso todos os GP no Reino Unido fossem assalariados.

pode não ser só financeiramente, mas também mais recompensadora profissionalmente. Particularmente nos sistemas de saúde subfinanciados nos países da Europa central e oriental, os pacientes têm que se valer de pagamentos extras para obter a atenção e os recursos dos médicos.⁹

É claro, essas cobranças substantivas ao usuário, com frequência, são desvantajosas para os pacientes de baixa renda que podem não ser capazes de pagar adicionais por serviços ostensivamente gratuitos. Assim, as duas funções centrais do pagamento assalariado – segurança de renda para os médicos e acesso livre para os pacientes – não se concretizam na maioria das vezes nos sistemas de atenção em saúde subfinanciados com médicos assalariados na atenção primária.

Impacto nos custos

Os legisladores acreditam que os sistemas de pagamento sejam cruciais para se atingir os objetivos gerais da política de saúde num nível de sistema – tais como aumento de eficiência, receptividade e equidade do sistema de saúde, mas também para atingir os objetivos de contenção de custos. Entretanto, nem todo sistema de pagamento é adequado para se atingir todos os objetivos ao mesmo tempo.

Na teoria, o preço e o volume dos serviços nos sistemas honorários-por-serviço são por tempo indefinido. Portanto, as tabelas e os orçamentos dos honorários supostamente influenciam o grupo de serviços assim como o preço e o volume. Os custos transacionais são altos para a negociação das tabelas de honorários, monitoramento de fraudes, controle dos orçamentos e, é claro, estabelecer as contas individuais dos provedores individuais – seja diretamente com o paciente (benefícios em dinheiro) ou com as autoridades de saúde ou seguradoras de saúde (benefícios em espécie).

Os sistemas honorários-por-serviço ainda podem ser preferidos a outros sistemas de pagamento devido ao alto grau de escolha para os pacientes. Entretanto, essa opção de escolha cria custos maiores da atenção em saúde devido à atenção menos coordenada e

⁹ Por exemplo, a remuneração dos médicos na Polônia é relativamente baixa e provê poucos incentivos pecuniários ao trabalho. A remuneração é baixa não somente em comparação com outros setores da economia, mas também vis-à-vis o restante do setor público. O salário mensal médio no setor de saúde em 1986 era 84% do salário médio do setor público. Os salários com frequência são complementados com os pagamentos das consultas pelo setor privado e pelos pagamentos informais diretos os quais constituem uma fonte importante de ganhos para os provedores. De acordo com um estudo estimando as despesas com atenção em saúde na Polônia em 1994, os pagamentos informais feitos pelos pacientes aos médicos contribuem em até o dobro do salário do médico (Chawla *et al.*, 1998). Um estudo mais recente estima que 40% das despesas com atenção em saúde ainda são financiadas pelos pagamentos informais (McMenamin e Timonen, 2002).

menos integrada. Esses custos são financiados pela cobrança ao usuário para os pacientes e/ou através de impostos, contribuições ou prêmios mais altos.¹⁰

Os custos transacionais dos sistemas de pagamento de captação são menores do que aqueles dos sistemas de honorários-por-serviço já que o pagamento baseia-se em pacientes individuais – o qual é simples de calcular – e não nos serviços individuais. Os custos da regulamentação, particularmente da captação integrada, podem ser altos devido à necessidade do desenvolvimento e refinamento das fórmulas de ajuste de risco. Entretanto, os sistemas de captação tendem a ter um efeito de contenção sobre os custos da atenção em saúde (Delnoij *et al.*, 2000) e fornecem um ambiente financeiro estável e ao mesmo tempo há menor escolha para os pacientes.

Os sistemas de pagamento assalariado têm custos transacionais muito baixos já que os médicos recebem pagamentos predeterminados por unidade de tempo de acordo com as suas qualificações e tarefas. Além disso, esses pagamentos são facilmente contabilizados numa visão orçamentária – que pode ser a razão pela qual são frequentes nos sistemas financiados por impostos. Entretanto, os custos sociais dos salários subfinanciados podem ser bastante substantivos. Caso os médicos sintam que têm de aumentar a sua renda com o tratamento de pacientes particulares e/ou aumentar a cobrança informal, a confiança dos pacientes no sistema é erodida. Entretanto, é importante observar que essa erosão da confiança pode não ser causada por um sistema de pagamento específico (nesse caso, os salários), mas pelo subfinanciamento do sistema de pagamento específico. Obviamente, os legisladores tendem a preferir os salários caso queiram manter orçamentos rígidos ou subfinanciados – precisamente porque os salários são fáceis de serem administrados e controlados.

Conclusões de política

Os sistemas de pagamento e de incentivos financeiros influenciam o comportamento dos provedores de atenção. Contudo, exatamente como e até que ponto vai depender de uma série de outras influências tais como restrições éticas e profissionais e o contexto do sistema de saúde. Assim, a experiência de um país com sistemas de pagamentos e de incentivos financeiros não podem ser facilmente reproduzidos em outro país – mesmo se houver um nível alto de similaridades culturais e institucionais.

¹⁰ Esse desenvolvimento é ilustrado pelo “Retrocesso na Atenção Gerenciada” nos Estados Unidos. A fatia do mercado para os planos de atenção em saúde com honorários-por-serviço está crescendo novamente – com mais escolha de provedores mas cobrança maior aos usuários e/ou prêmios mais altos (Draper *et al.*, 2002).

Muita coisa foi publicada sobre os efeitos dos sistemas de pagamento e de incentivos financeiros no comportamento do médico (atenção primária). Contudo, a maioria dessas publicações cobre somente os efeitos pretendidos e esperados dos sistemas de pagamento e de incentivos financeiros. Além disso, a evidência empírica dos estudos com padrões metodológicos altos é escassa. Do mesmo modo, os legisladores deveriam ser muito cuidadosos sobre a distinção entre os efeitos pretendidos e os reais. Os padrões metodológicos provavelmente apenas tornam os resultados dos estudos em elementos dos sistemas de pagamento menos aplicáveis. A evidência disponível sugere que os sistemas de pagamento honorário-por-serviço tendem a aumentar o volume dos serviços fornecidos aos pacientes. Essa tendência de uma superprovisão pode ser prejudicial para os pacientes e caro para a sociedade – a qual é a razão por que as autoridades de saúde e/ou seguradoras de saúde tentam limitar o volume dos serviços. Os sistemas de pagamento honorários-por-serviço normalmente estão combinados com uma livre escolha dos médicos o que aumenta as oportunidades de escolha para o paciente, mas, por sua vez, diminui também os incentivos para um sistema de atenção primária bem coordenado. Os legisladores deveriam estar cientes dessa troca. Os provedores da atenção primária que pagam pelos salários ou de captação nos sistemas de atenção em saúde subfinanciadas têm incentivos altos seja para tratar os pacientes particularmente e/ou elevar a cobrança informal ao usuário. Ambas as práticas podem colocar em risco o acesso à atenção primária em saúde para aquelas pessoas mais necessitadas. Assim, os legisladores deveriam ser cuidadosos em prover o financiamento adequado aos médicos da atenção primária assalariados para colher as vantagens potenciais dos salários – alta segurança de renda para os médicos da atenção primária, alta acessibilidade dos pacientes e custos transacionais baixos para a sociedade.

Há uma tendência ao subprovisionamento dos serviços nos sistemas de pagamento de captação. Como os sistemas de pagamento de captação normalmente estão combinados com listas fixas de pacientes e uma função de cão de guarda do médico da atenção primária, os mesmos também restringem as oportunidades de escolha pelos pacientes. Ao mesmo tempo, fornecem incentivos grandes para o provimento da atenção primária abrangente e bem coordenada e têm custos transacionais baixos para a sociedade. Contudo, os legisladores deveriam certificar-se em ajustar os pagamentos da captação por morbidade dos pacientes individuais para minimizar os incentivos aos médicos de elevarem a renda através da seleção de riscos. Isso é particularmente verdade nos sistemas integrados de pagamento de captação onde os médicos da atenção primária agem como fiduciários aos serviços na atenção secundária para os serviços providos por outros provedores de atenção.

Alternativamente, a ideia de cão de guarda poderia estar em contraste com as preferências dos consumidores modernos e conscientes da atenção em saúde. Nós deveríamos pensar sobre os modos de reconciliar esses dois aspectos. Por um lado, a escala aumentada da Medicina de Família e Comunidade é possível para os pacientes terem mais escolha dentro do painel de GP trabalhando numa clínica. A questão do cão de guarda como restrição da liberdade do consumidor poderia ser solucionada na forma feita na Dinamarca, com dois tipos de seguridade, uma que dá mais liberdade, mas exigindo uma partilha maior dos custos e outra que restringe a liberdade em troca de nenhuma participação no custo. Um perigo da coexistência de um sistema duplo (o qual – aliás – não parece se aplicar à Dinamarca) é que aqueles que aceitam as restrições de escolha normalmente são uma porção mais rica da população. Esse é, por exemplo, o caso das Organizações Mantenedoras de Saúde nos Estados Unidos e parece também ser o caso na Suíça (Colombo, 2001).

Os sistemas de pagamento não são o fator mais influente que guia o comportamento dos profissionais, mas aquele que é o mais fácil para os legisladores modificar. Sendo esse o caso, os legisladores deveriam certificar-se de que – caso não possam resistir a vontade de reformar os sistemas de pagamentos do médico – pelo menos os incentivos para os provedores diferentes estejam alinhados. Caso se combine o pagamento da captação para os GPs com especialistas salarizados (como no Reino Unido), há o risco de se ter uma lista de espera para a atenção especializada. Caso se combine o pagamento da captação para os GPs com pagamento honorário-por-serviço para os especialistas, corre-se o risco de referência em excesso e despesas altas com a atenção especializada – embora as taxas relativamente baixas de referências dos GPs holandeses não apoiem essa hipótese (Fleming, 1993). É exatamente esse tipo de “exceção” empírica às expectativas de bom senso sobre os efeitos dos sistemas de pagamento que sublinha o argumento básico com o qual iniciamos esse capítulo: os sistemas de pagamento funcionam dentro e em interação com um contexto institucional mais amplo. Esse contexto institucional pode reforçar ou reagir aos incentivos introduzidos nos sistemas de pagamento. Portanto, deveríamos tentar pesquisar os efeitos dos sistemas de pagamento como parte das configurações dos elementos do sistema de atenção em saúde.

Referências

Albrecht, T., Cesen, M., Hindle, D. *et al.* (2002). *Health Care Systems in Transition: Slovenia*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Atkin, K., Hirst, M., Lunt, N. and Parker, G. (1994). The role and self-perceived training needs of nurses employed in general practice: observations from a national census of practice nurses in England and Wales, *Journal of Advanced Nursing*, 20(1): 46–52.

- Boerma, W.G.W. and Fleming, D.M. (1998). *The Role of General Practice in Primary Health Care*. London: World Health Organization.
- Boyden, A. and Carter, R. (2000). *The appropriate use of financial incentives to encourage preventive care in general practice*. West Heidelberg, Centre for Health Program Evaluation, Research Report 18.
- Busse, R. (2000a). *Health Care Systems in Transition: Czech Republic*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Busse, R. (2000b). *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Chaix-Couturier, C., Durand-Zaleski, I., Jolly, D. and Durieux, P. (2000). Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues, *International Journal for Quality in Health Care*, 12(2): 133–142.
- Chawla, M., Berman, P. and Kawiorska, D. (1998). Financing health services in Poland: New evidence on private expenditures, *Health Economics*, 7: 337–346.
- Colombo, F. (2001). Towards more choice in social protection? Individual choice of insurer in basic mandatory health insurance in Switzerland. Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 53. Paris: OECD.
- De Maeseneer, J., Bogaert, K., De Prins, L. and Groenewegen, P.P. (1999). A literature review, in Brown, S. (ed.) *A Literature Review. Physician Funding and Health Care systems – An International Perspective*. London: The Royal College of General Practitioners: 18–32.
- Delnoij, D.M.J., Van Merode, G., Paulus, A. and Groenewegen, P.P. (2000). Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *Journal of Health Services Research and Policy*, 5(1): 22–26.
- Department of Health (2002). *Primary Care: GPs' Fees and Allowances and Superannuation* (<http://www.doh.gov.uk/pricare/fees.htm>, accessed 13 May 2002).
- Department of Health (2004). *Practice Based Commissioning. Engaging Practices in Commissioning*. London: Department of Health Publications (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/03/59/04090359.pdf>, accessed 21 October 2004).
- Dixon, A. (1999). *Health Care Systems in Transition: Portugal*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Donatini, A., Rico, A., D'Ambrosio, M.G., et al. (2001). *Health Care Systems in Transition: Italy*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Draper, D., Hurley, R., Lesser, C. and Strunk, B. (2002). The changing face of managed care, *Health Affairs*, 21(1): 11–23.
- Engström, S., Foldevi, M. and Borgquist, L. (2001). Is general practice effective? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 19: 131–44.
- Fleming, D.M. (1993). *The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Flierman, H.A. and Groenewegen, P.P. (1992). Introducing fees for services with professional uncertainty, *Health Care Financing Review*, 14(1): 107–15.
- Gaál, P., Rékassy, B. and Healy, J. (1999). *Health Care Systems in Transition: Hungary*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I.S. et al. (2001). Impact of payment method on behavior of primary care physicians, *Journal of Health Services Research and Policy*, 6(1): 44–55.

- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I.S. *et al.* (2004). Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behavior of primary care physicians (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Chichester: John Wiley & Sons.
- Gosden, T., Williams, J., Petchey, R., Leese, B. and Sibbald, B. (2002). Salaried contracts in UK general practice: a study of job satisfaction and stress, *Journal of Health Services Research and Policy*, 7(1): 26–33.
- Groenewegen, P.P. and Calnan, M. (1995). Changes in the control of health care systems in Europe. Implications for professional autonomy, *European Journal of Public Health*, 5(4): 240–244.
- Grytten, J. and Sörensen, R. (2001). Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway, *Journal of Health Economics*, 20: 379–393.
- Hibble, A. (1995). Practise nurse workload before and after the introduction of the 1990 contract for general practitioners, *British Journal of General Practice*, 45(390): 35–37.
- Hjortberg, C. and Ghatnekar, O. (2001). *Health Care Systems in Transition: Sweden*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Hlavacka, S. and Skackova, D. (2000). *Health Care Systems in Transition: Slovakia*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Hofmarcher, M.M. and Rack, H. (2001). *Health Care Systems in Transition: Austria*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Hutchinson, B., Birch, J.H.S., Lomas, J., Walter, S.D., Eyles, J. and Stratford-Devai, F. (2000). Needs-based primary medical care capitation: Development and evaluation of alternative approaches, *Health Care Management Science*, 3: 89–99.
- Järvelin, J. (2002). *Health Care Systems in Transition: Finland*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D. and Gilles, W. (2002). A typology for provider payment systems in health care, *Health Policy*, 60: 255–273.
- Karski, J.B. and Koronkiewicz, A. (1999). *Health Care Systems in Transition: Poland*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Kerr, E. (1999). *Health Care Systems in Transition: Luxembourg*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Kerr, E. (2000). *Health Care Systems in Transition: Belgium*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Lynch, M. (1998). Financial incentives and primary care provision in Britain: do general practitioners maximize their income? in Zweifel, P. (ed.) *Health, the Medical Profession and Regulation*. Boston/Dordrecht/London: Kluwer Academic Publishers.
- McMenamin, I. and Timonen, V. (2002). Poland's health reform: politics, markets and informal payments, *Journal of Social Policy*, 31(1): 103–18.
- Rico, A. (2000). *Health Care Systems in Transition: Spain*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Robinson, J. (2001). Theory and practice in the design of physician payment systems, *The Milbank Quarterly*, 79(2): 149–77.
- Robinson, R. (1999). *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Starfield, B. (1996). Is strong primary care good for health outcomes? in Griffin, J. (ed.) *The Future of Primary Care: Papers for a Symposium held on 13 September 1995*. London: Office of Health Economics.

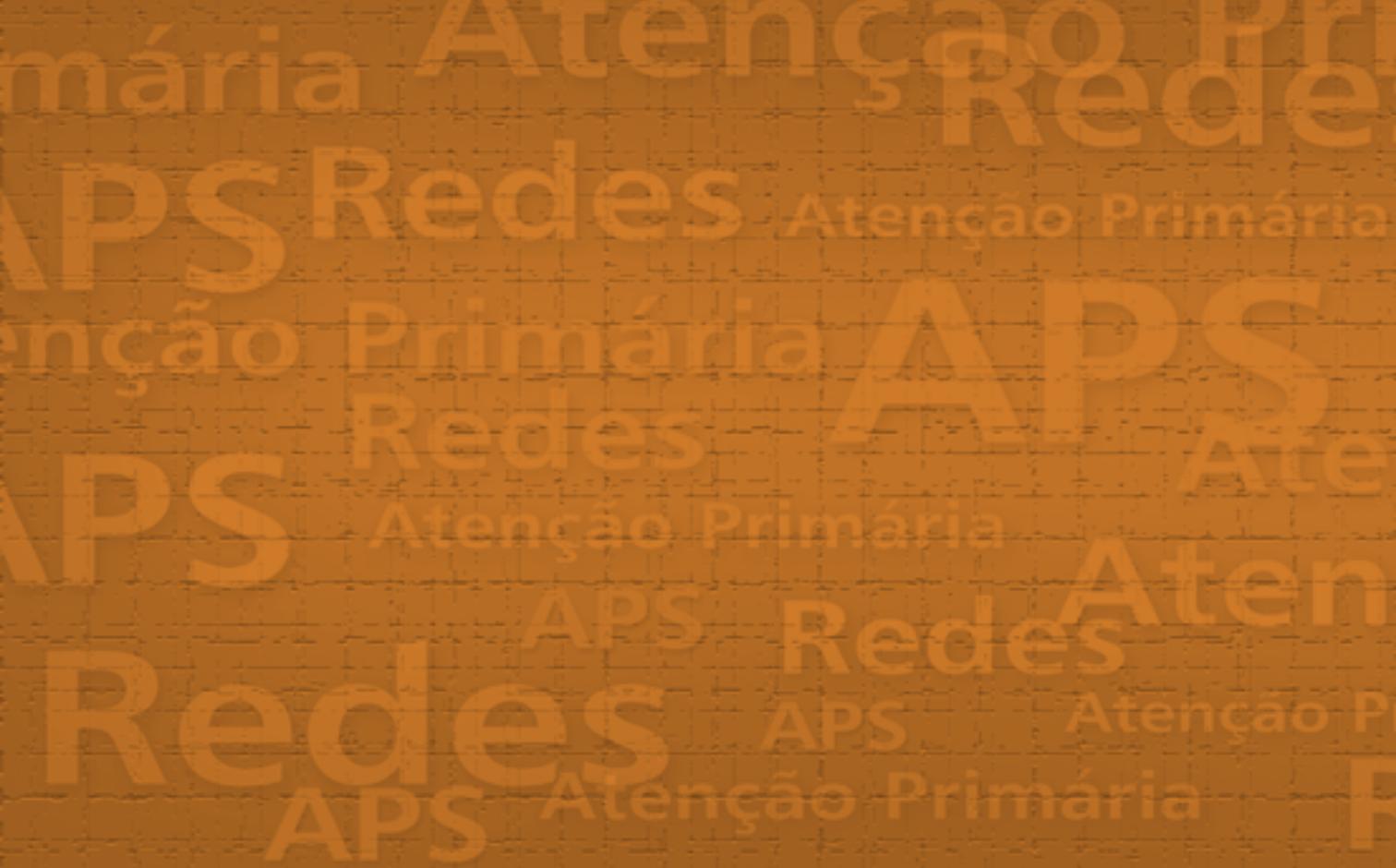
Tragakes, E. and Polyzos, N. (1996). *Health Care Systems in Transition: Greece*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Vallgarda, S., Krasnik, A. and Vrangbaek, K. (2001). *Health Care Systems in Transition: Denmark*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Vendramini, E. (2002). Budgets for general practitioners: an Italian survey, Paper pre- sented at the European Health Management Organization Conference in Gdansk, 26–28 June, 2002.

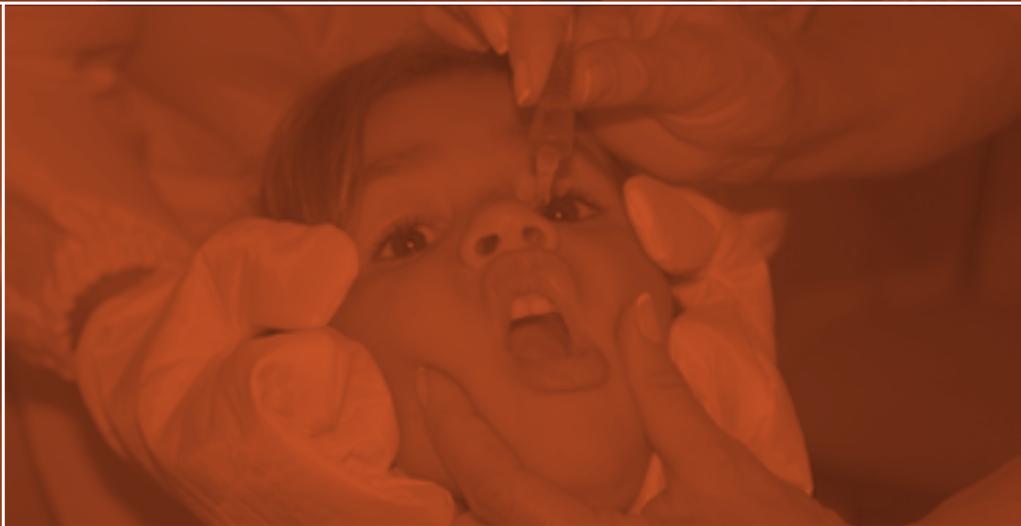
Wilton, P. and Smith, R. (2002). Devolved budgetary responsibility in primary care, *European Journal of Health Economics*, 3(1): 17–25.





Mudança nos padrões de qualidade







capítulo onze

Melhorar a qualidade e o desempenho da atenção primária

Richard Baker, Michel Wensing e Bernhard Gibis



Introdução

Duas características distinguem os métodos para melhorar a qualidade e o desempenho da atenção primária. A primeira é a adoção relativamente rápida dos sistemas de aprimoramento da qualidade em toda a Europa ocidental durante os últimos 15 anos, seguida pelo início da sua introdução na Europa oriental e central (CEE), no contexto de uma tendência pan-europeia do papel mais importante dos serviços de atenção primária em saúde. A segunda é a extensão da diversidade na escolha dos sistemas e abordagens. Na primeira seção desse capítulo, definimos o que queremos dizer com melhoria da qualidade e do desempenho. Esboçamos, então, alguns dos métodos de melhoria da qualidade empregados na atenção primária na Europa e resumimos a evidência sobre a eficácia desses métodos. O progresso em países diferentes é, então, considerado com os países sendo colocados em um dos três grupos, de acordo com o nível de desenvolvimento dos sistemas de melhoria de qualidade. Discutimos, então, as tendências no sentido da emergência de padrões europeus comuns e a importância crescente do envolvimento do paciente nas atividades de melhoria da qualidade. Na seção final, consideramos as implicações dessas tendências e refletimos sobre as exigências para programas bem-sucedidos de melhoria de qualidade na atenção primária.

Um resumo das características dos sistemas de saúde e das reformas nos serviços de saúde em países diferentes não está incluído já que estão descritos em detalhes em outros capítulos. Não tratamos, também, com o uso de estratégias de alto nível para influenciar a qualidade da atenção, por exemplo, os arranjos para aquisição, concorrência administrada ou regulamentação. O nosso foco é na atenção clínica e preventiva de primeira linha provida pelos GP, enfermeiras de atenção primária e enfermeiras, além das equipes nas quais trabalham. Como os profissionais da atenção primária têm uma posição variada, mas, frequentemente, central nos sistemas de atenção em saúde, os processos de melhoria de qualidade sólidos são de ampla importância.

Qualidade e melhoria da qualidade

Entre as muitas definições de qualidade na atenção em saúde, uma delas, proposta por Donabedian (1980), é especialmente valiosa: “qualidade é uma propriedade de, e um juízo sobre, um elemento da atenção”. O conceito de juízo é a chave para a compreensão do significado de qualidade – juízes diferentes chegam a conclusões diferentes, de acordo com as suas preferências e prioridades. Donabedian sugeriu que os juízes poderiam ser categorizados em três grupos e, nesse capítulo, chamaremos esses grupos de pacientes

(para incluir todos os atuais, passados e futuros usuários potenciais da atenção em saúde), profissionais (todos os profissionais da atenção em saúde) e planejadores (para incluir legisladores, financiadores e gestores). Porém, não se pode esperar que pacientes, profissionais e planejadores concordem sempre sobre as características desejáveis da atenção.

O mecanismo de equilíbrio se encontra num misto de regulamentação profissional, legislação nacional e políticas e diretrizes dos serviços de saúde que regem a prática clínica (Baker, 2001; Baker e Grol, 2002). Essas exposições explícitas são complementadas por códigos de comportamento implícitos que circunscrevem a relação entre os médicos e a sociedade. As sociedades nas quais vivemos, portanto, tomam as decisões ulteriores sobre quais preocupações têm prioridade ou, em outras palavras, quem tem a autoridade para definir os elementos particulares da qualidade e estabelecer os padrões de desempenho. O processo de adoção dos métodos de melhoria da qualidade na atenção primária europeia ilustra não somente as naturezas variadas das nossas diferentes sociedades, mas, também, três tendências gerais – a primeira envolve a substituição gradual dos códigos implícitos que regem as relações profissional/paciente por regras e regulamentações, a segunda envolve uma partilha mais igualitária do poder entre os três juízes da qualidade e uma consequente redução de poder entre os profissionais, e a terceira envolve a condição crescente da GP dentro dos serviços de saúde na maioria dos países.

A partir da década de 1980, uma variedade de métodos de melhoria da qualidade foram adotados pelos profissionais da atenção primária (Grol *et al.*, 1994; Grol *et al.*, 1997), e na maioria dos países europeus, diversos métodos têm sido usados e estruturas de apoio foram introduzidas. Contudo, a extensão em que as tendências em relação aos códigos explícitos e transferência de poder ocorreram variou. A influência principal nesses processos foi o nível de desenvolvimento dos serviços de atenção primária em cada país, sendo os países com a atenção primária mais desenvolvida os primeiros a introduzir os programas de melhoria da qualidade. Influências adicionais incluem atitudes culturais relacionadas aos profissionais em países diferentes, a ocorrência imprevisível de eventos adversos na atenção em saúde, a estrutura dos sistemas de saúde e o local da atenção primária naqueles sistemas e a existência de liderança coerente dentro da profissão da clínica familiar.

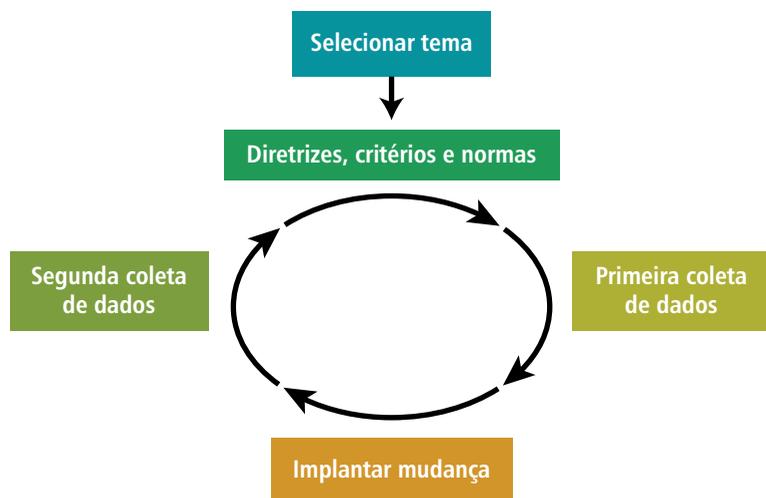
Os métodos de melhoria da qualidade compartilham três elementos-chaves. O primeiro é a especificação do desempenho desejado, seja na forma de diretrizes clínicas, trilhas de atenção, critérios de revisão ou políticas clínicas. O segundo elemento consiste em diversas maneiras de mudar a prática clínica. Inúmeras abordagens foram usadas, todas com níveis

variáveis de sucesso. Incluem palestras, formação em grupos pequenos, visitas educacionais de assistência um-a-um, auditoria e retorno, sistemas de avisos, apoio clínico remoto (informatizado), além de intervenções mediadas de pacientes tais como diretrizes para pacientes ou treinamento para aumentar a firmeza do pacientes nas consultas. O terceiro elemento é mensuração. O desempenho deve ser medido para determinar se ocorreu melhora e em que medida de modo que mais estratégias para mudar o desempenho possam ser visadas apropriadamente. Normalmente, o desempenho é medido antes do uso das estratégias de mudança e novamente na sequência, além desse processo ser visto como um ciclo – o ciclo da melhoria da qualidade (Figura 11.1).

Como mudança é imprevisível, a mensuração tem que ser repetida várias vezes e, em anos recentes, a atenção voltou-se para a introdução de sistemas de monitoramento para coletar dados sobre aspectos do desempenho de modo continuado. A disponibilidade aprimorada dos dados do desempenho aumenta a pressão pela exposição pública do desempenho dos provedores, além de possibilitar o uso de técnicas emprestadas da indústria como tabelas de controle e, provavelmente, tais desenvolvimentos se tornarão bem generalizados num futuro próximo (NICE, 2002).

A difusão da melhoria da qualidade na atenção primária por toda a Europa

O Escritório Regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou uma iniciativa de Programas Modelo de Atenção em Saúde e Garantia da Qualidade. Embora algumas atividades localizadas de melhoria da qualidade tenham sido realizadas, por um número pequeno de profissionais da atenção primária, foi a partir daí que a melhoria da qualidade na atenção em saúde começou a ser vista como um tema importante por líderes profissionais de saúde e dos planejadores de serviços na Europa.

Figura 11.1 O ciclo da melhoria de qualidade

Os profissionais de saúde tomaram a liderança na promoção da melhoria de qualidade. Por exemplo, o Sindicato Europeu dos Médicos de Família e Comunidade (UEMO), em 1994, emitiu uma declaração sobre a melhoria de qualidade na qual aconselhava os governos e a UE a se comprometerem com a implantação dos sistemas de melhoria de qualidade para a Medicina de Família e Comunidade que incluísse os recursos adequados para a criação de estruturas de apoio, melhoria na formação de qualidade, além do emprego de uma variedade de métodos específicos (UEMO, 1997). O documento argumentava que a melhoria de qualidade deveria ser “uma prioridade para todos os GP, uma parte da sua vida profissional normal, e ações deveriam ser urgentemente adotada para promover tal atitude”. A seção europeia da Organização Mundial das Academias e Colégios Nacionais de Médico de Família e Comunidade e Medicina da Família (WONCA) estabeleceu o Partido Europeu de Trabalho em Qualidade na Clínica de Família (EQuiP), em 1992, sob a presidência de Richard Grol e com membros vindos de seis países. Até 2002, EQuiP tinha delegados de 27 países europeus, incluindo várias das nações reformadas da CEE.

A aceitação pelos legisladores da necessidade de sistemas de melhoria de qualidade na atenção primária foi sinalizada pela Recomendação R (97)17 do Conselho da Europa, publicada em 1997. Essa aconselhava os 44 países-membros do Conselho (em 2004) no estabelecimento de programas de melhoria de qualidade na atenção em saúde, incluindo a atenção primária. As condições enfatizadas como importantes para estabelecer a melhoria de qualidade foram as políticas, incluindo leis, regulamentações e declarações de missão,

estruturas, incluindo comitês locais e nacionais e diretorias, além de recursos como pessoal para realizar as atividades específicas de melhoria de qualidade, tempo e dinheiro para profissionais e equipes, educação e ferramentas tais como equipamentos de informática.

A introdução progressiva da melhoria de qualidade num número de países cada vez maior teve dois elementos – a introdução de políticas nacionais e financiamento para criar programas de melhoria de qualidade de diversos tipos e o uso de um número crescente de métodos específicos.

Métodos usados e evidência da sua eficácia

Delineamos, nessa seção, os métodos de melhoria de qualidade mais comumente usados e consideramos a sua eficácia. Uma variedade ampla de métodos de melhoria de qualidade está disponível e métodos diferentes têm sido mais ou menos populares em países diferentes (Quadro 11.1). As pesquisas realizadas pela EQuiP no início e na metade da década de 1990 fornecem alguma informação (Grol *et al.*, 1994; Grol *et al.* 1997), ainda que dados mais recentes sobre as atividades sejam limitados. Auditorias rigorosas e pesquisas com pacientes foram comuns tanto em 1991-92 como em 1994-95 como meio de se coletar dados, mas já em 1994-95, um número crescente de países melhorara os sistemas de registro computadorizados que apoiava o monitoramento do desempenho. Com relação aos métodos de alterar o desempenho, material educacional, cursos e CME, além de grupos de formação pequenos foram mais comumente usados (Quadro 11.2). Contudo, os métodos CME são relativamente ineficazes em promover mudanças e não serão discutidos em detalhes aqui.

Quadro 11.1 Métodos usados para coletar dados de desempenho nos países europeus em 1991–2 e 1994–5

	1991–2 (n=17)*		1994–5 (n=26)**	
	N	%	N	%
Produto ou dados de morbidez	14	82.4	20	76.9
Dados da utilização/custos	13	76.5	19	73.1
Pesquisas com pacientes	14	82.3	18	69.2
Auditoria rigorosa	14	82.3	14	53.8
Monitoramento computadorizado	–	–	14	53.8

Fonte: Grol *et al.* (1994), Grol *et al.* (1997).

Quadro 11.2 Métodos usados para implantar mudança no desempenho nos países europeus, 1991–2 e 1994–5

	1991–2 (n=17)		1994–5 (n=26)	
	N	%	N	%
Materiais educacionais escritos	17	100	26	100
Cursos, CME	17	100	26	100
Formação em grupos pequenos	17	100	25	96.2
Grupos de revisão de pares	12	70.6	15	57.7
Visitas clínicas	10	58.8	13	50.0
Melhoria de qualidade continuada / círculos de qualidade	8	47.1	11	42.3

Fonte: Grol *et al.* (1994), Grol *et al.* (1997).

- ▶ A literatura de pesquisa mostra que a melhoria de qualidade pode ser eficaz na atenção primária, mas também que nenhum dos métodos é sempre eficaz (Quadro 11.3). Educação passiva, tais como materiais escritos e cursos, tendem ser eficazes, enquanto intervenções multifacetadas tendem ser mais eficazes. Essas conclusões são consistentes com a literatura de pesquisa mais ampla sobre as estratégias de melhoria de qualidade (Bero *et al.*, 1998).

Círculos de qualidade / grupos de revisão de pares

Embora a expressão “círculo de qualidade” seja usada na indústria para se referir a um tipo específico ou grupo reunido dentro da estrutura dos programas de qualidade total, na atenção primária na Europa a expressão é usada como sinônimo de grupos de revisão de pares. Tipicamente, a revisão de pares é realizada por um grupo de 5–10 profissionais que se reúne em intervalos regulares por período prorrogado (Grol, 1994). As atividades realizadas incluem o estabelecimento de critérios, coleta de dados, avaliação do trabalho de cada um e fazendo arranjos específicos para alcançara a mudança no desempenho. As primeiras experiências com os grupos de revisão de pares aconteceram nos Países Baixos no início da década de 1980. A experiência inicial foi positiva, e a Associação Holandesa de GP decidiram que a participação nos grupos de revisão de pares fosse parte obrigatória de um esquema de garantia de qualidade e de credenciamento.

Quadro 11.3 Revisões da formação continuada e melhoria de qualidade na atenção primária

Autor	Área (número de estudos)	Conclusões
Buntinx <i>et al.</i> (1993)	Ordem de teste preventivo e de diagnóstico (26)	Efeitos variados: melhoria de 5–50% nas medidas de volume. Lembretes parecem ser mais efetivos do que retornos em adesão às diretrizes clínicas.
Hulscher <i>et al.</i> (1999)	Prevenção (58)	Diferenças na intervenção posterior entre grupos de intervenção e de controle variaram amplamente dentro e entre categorias de intervenções. A maioria das intervenções foi tida como efetiva em alguns estudos, mas não em outros.
Lancaster <i>et al.</i> (1998)	Parar de fumar (obscuro)	Melhoria clara no processo da atenção. 1 a cada 50 pacientes que foram aconselhados a parar de fumar decidiram parar de fumar.
Wensing <i>et al.</i> (1998)	Todas as áreas incluídas (61)	Transferência de informação foi efetiva somente em 2 dos 18 grupos, enquanto as combinações de transferência de informações e aprendizagem através da influência social ou apoio gerencial foram efetivas em 4 dos 8 e 3 de 7 grupos, respectivamente. A informação ligada ao desempenho foi efetiva em 10 entre 15 grupos, mas a combinação da transferência de informação e informação ligada ao desempenho foi efetiva somente em 3 entre 20 grupos.
Worrall <i>et al.</i> (1997)	Todas as áreas incluídas (13)	Seis estudos envolveram os sistemas restantes, enquanto os outros usaram oficinas com grupos pequenos ou sessões educativas. Cinco entre 13 estudos apresentaram efeitos significativos nos resultados em pacientes.

A experiência nos Países Baixos influenciou a adoção dos grupos de revisão de pares em outros países. Por exemplo, os grupos de CME bem-sucedidos na Irlanda evoluíram gradualmente para incluir as atividades de revisão de pares (Boland, 1991), e os círculos de qualidade foram introduzidos na Alemanha a partir de 1993 onde os moderadores receberam treinamento e, agora, um programa nacional substantivo está em atividade (Gerlach e Beyer, 1998). Contudo, surgiram na Alemanha preocupações de que alguns grupos não são moderados adequadamente e os esforços das associações regionais de apoiar os grupos diferem acentuadamente. A participação foi voluntária e os métodos usados pelos círculos são variáveis e não foram moderados adequadamente (Gerlach *et al.*, 1999).

Os grupos de revisão de pares podem ser especialmente talhados para os países nos quais a atenção primária é fornecida, em grande parte, somente pelos GP. As reuniões do grupo regular possibilitam tais clínicos a se encontrar com os seus pares e trocar ideias. Nos países

em que predominam grandes equipes de atenção primária, outros sistemas de melhoria de qualidade tendem a ter preferência. Existe evidência limitada sobre a melhoria de qualidade de grupos pequenos como uma estratégia única, mas sugere que pode ser efetiva. Os estudos em melhoria da prevenção na atenção primária apresentaram efeitos entre -4% a +31% (Hulscher *et al.*, 1999). Treinar os profissionais de saúde para auxiliar pacientes a parar de fumar resultou num número maior de pacientes que receberam aconselhamento sobre fumo, realizou consultas sobre parar, etc. (Lancaster *et al.*, 1998).

Visita clínica

A visita clínica foi implantada em diversos países. A experiência na Suécia dá um exemplo. Os dados foram coletados na preparação da visita e após ela, o “feedback” é oferecido para promover reflexão. Embora a atividade envolva vários profissionais de uma vez, e toma tempo, é relatada como benéfica e como forma de ultrapassar o isolamento que, algumas vezes, ocorre na atenção primária (Eliasson *et al.*, 1998).

No Reino Unido, as visitas clínicas foram introduzidas na década de 1970 para avaliar aquelas práticas que se desejava realizar para treinar os GPs novos. O Colégio Real de Médicos de Família e Comunidade, em 1990, introduziu um sistema de concessão de bolsas pela avaliação do desempenho dos GPs que demonstrassem padrões especialmente altos. Os critérios explícitos foram desenvolvidos e o método de avaliação envolvia a observação da consulta do médico (normalmente em vídeo) e uma visita à clínica para avaliar os procedimentos e entrevistar o médico. Esse sistema foi desenvolvido, desde então, para premiar a associação ao colégio. O Prêmio Qualidade Clínica (QPA) é um método a mais para as equipes de atenção primária que desejam alcançar o reconhecimento da qualidade alta na atenção ao paciente. A clínica fornece evidência ao colégio sobre os aspectos do seu desempenho e uma visita de avaliação é realizada. O desenvolvimento dessa abordagem envolve o engajamento da equipe clínica num programa de desenvolvimento (Macfarlane *et al.*, 2004).

A experiência de esquemas, tais como esses, sugere que as visitas clínicas podem servir para desafiar os clínicos e equipes a reverem e melhorarem o seu desempenho e uma equipe internacional está avaliando um sistema pretendido para uso generalizado na Europa (Elwyn *et al.*, 2004). Podem fornecer também algum reconhecimento dos padrões altos. Ao possibilitar a troca de ideias, representam uma alternativa aos grupos de revisão de pares naqueles países nos quais clínica em grupo é comum. Dois estudos sobre prevenção na atenção primária apresentou uma diferença grande nos efeitos (mudança de 5 e 44%) (Hulscher *et al.*, 1999). Uma revisão dessa abordagem em todos os setores de atenção em

saúde identificou três estudos, os quais apresentaram uma variação de efeitos de 24 a 50% (Thomson *et al.*, 1998).

Diretrizes

Na maioria dos países, os arranjos existem para produzir diretrizes nacionais para influenciar o desempenho dos profissionais da atenção primária. Os GPs nos Países Baixos estavam entre os primeiros a introduzir programas de desenvolvimento de diretrizes nacionais e a sua experiência é um exemplo que pode ser alcançado.

As diretrizes clínicas atuais compreendem o cerne das atividades de melhoria de qualidade dos Colégio Holandês de Médicos de Família e Comunidade (NHG). Desde 1989, cerca de 70 diretrizes nacionais foram desenvolvidas relacionadas a uma gama ampla de doenças e reclamações (Timmermans e In't Veld, 2001). Um procedimento de desenvolvimento estruturado é usado, o qual combina avaliação sistemática da evidência de pesquisa e o juízo de GP experientes. As diretrizes são atualizadas regularmente e publicadas nos jornal científico do Colégio Holandês. O colégio apoia a implantação das diretrizes através do desenvolvimento de uma gama de materiais, incluindo cartões que resumem o conteúdo das diretrizes, pacotes para a formação individual e em grupo, testes de conhecimento, material de informação escrita do paciente, um sistema de receituário eletrônico e as visitas clínicas por consultores clínicos experientes (Timmermans and In 't Veld, 2001). As diretrizes também são usadas no treinamento vocacional dos GPs. Um estudo amplo, em 1999, demonstrou que a adesão às diretrizes foi no total de 67%, com variação considerável entre GP, consultores e recomendações específicas (Spies and Mokkink, 1999). Em anos recentes, um reconhecimento que a implantação da diretriz e a melhoria de qualidade tiveram uma abordagem de cima para baixo levou o colégio a estabelecer um serviço para identificar as necessidades dos GPs em nível local, fornecer aconselhamento e estímulo para o aprendizado e melhoria locais.

Os Países Baixos ilustram um modelo de desenvolvimento de diretrizes que os profissionais de saúde tomam a liderança. Em alguns outros países, os governos estabeleceram agências nacionais para fornecer as diretrizes e, normalmente, o custo-eficácia das intervenções clínicas é levado em conta em vez de somente a eficácia. Assim, os governos nesses países vem as diretrizes como sendo um mecanismo para minimizar despesas com tratamentos relativamente ineficazes e para assegurar igualdade de acesso à atenção efetiva.

Auditoria

A auditoria tem sido definida de várias maneiras. A definição mais genérica, e uma das mais comumente assumidas pelos profissionais de saúde, foi colocada como “um processo de melhoria de qualidade que busca aprimorar a atenção ao paciente e resultados através de revisão sistemática da atenção em relação a critérios explícitos e a implantação da mudança” (NICE, 2002). Essa visão da auditoria adere estreitamente ao ciclo da melhoria de qualidade (Figura 11.1) e incorpora o uso de uma gama ampla de atividades para implantar a mudança, desde intervenções educativas simples à revisão dos sistemas de atenção. Uma definição mais estreita da auditoria limita a expressão à coleta de dados sobre o desempenho. As avaliações da pesquisa sobre a eficácia da auditoria normalmente adota essa definição e restringe o método de implantar a mudança ao retorno dos dados sobre o desempenho dos profissionais de saúde.

Os projetos de auditoria liderados pelos próprios profissionais demonstraram alcançar tanto a participação como a melhoria nos aspectos da atenção na Dinamarca (Munck *et al.*, 1999) e Suécia (Melander *et al.*, 1999). Essa experiência foi aplicada também na Islândia e na Noruega (Munck *et al.*, 1998). A auditoria teve um papel importante nas atividades de melhoria da qualidade no Reino Unido desde 1991. A combinação de políticas de serviços de saúde novas, o financiamento com montante limitado e as estruturas locais para prover liderança e encorajamento, levaram à participação da maioria dos profissionais de saúde em atenção primária nos projetos de auditoria.

Médicos de Família e Comunidade relataram participar em média de três projetos a cada ano com mudanças na atenção implantadas em dois terços da auditoria (Hearnshaw *et al.*, 1998a). A maioria das auditorias estava relacionada com os aspectos da atenção clínica.

A auditoria com retorno pode (mas nem sempre o faz) levar ao desempenho aprimorado, mas a evidência indica que os efeitos normalmente são pequenos. Uma revisão de 22 estudos sobre a melhoria da prevenção na atenção primária demonstrou que os efeitos da auditoria e os retornos ficam numa variação de 4 a 26% de melhoria (Hulscher *et al.*, 1999). Uma revisão da solicitação de exames, os quais cobriam todos os setores da atenção em saúde, demonstrou que o retorno levou a mudanças em 13 entre os 21 estudos (Solomon *et al.*, 1998).

Técnicas de gestão da qualidade

Como os provedores de atenção primária normalmente são organizações muito pequenas, os métodos comerciais de melhoria de qualidade exigiram alguma adaptação antes de ser usado nesse setor. Todavia, existem exemplos de projetos nos quais esses métodos foram avaliados, por exemplo, nos Países Baixos (Geboers *et al.*, 1999) e no Reino Unido (Hearnshaw *et al.*, 1998b). Mais recentemente, alguns países começaram a introduzir programas de colaboração, trabalhando em parceria com o Instituto para a Melhoria da Atenção em Saúde em Boston (<http://www.ihl.org>). No Reino Unido, a Colaboração Nacional em atenção primária é um exemplo. Até 2004, a mesma tinha se engajado em 5.000 consultas clínicas cuidando de 32 milhões de pacientes ao introduzir períodos de espera menores e outras melhorias, tornando-o o maior programa de melhoria em saúde em todo o mundo (Equipe Nacional de Desenvolvimento da atenção primária, 2004). Quase certamente, esses métodos serão usados amplamente no futuro.

Outra iniciativa é o estabelecimento de esquemas de credenciamento na atenção em saúde ambulatorial alemã. Os esquemas de credenciamento (chamada certificação clínica na Alemanha) visam primordialmente a atenção especializada, mas, cada vez mais, as práticas GP buscarão credenciamento junto aos órgãos respeitadas. Até agora, o sistema de credenciamento validado foi estabelecido na Alemanha para a atenção em saúde ambulatorial e várias instituições comerciais e sem fins lucrativos oferecem produtos. Essas se baseiam no modelo DIN-ISO adaptado às exigências das clínicas privadas pequenas ou no modelo EFQM, o qual é uma adaptação europeia do prêmio Malcom Baldrige.

Políticas nacionais em melhoria da qualidade na atenção primária

Na pesquisa EQuIP em 17 países europeus, em 1991–2, seis tinham políticas nacionais sobre melhoria de qualidade em clínica de família (Dinamarca, Islândia, os Países Baixos, Noruega, Suécia e o Reino Unido) (Grol *et al.*, 1994). As políticas envolviam os governos nacionais e organizações profissionais e incluíam financiamento e legislação. Sete países tinham políticas em desenvolvimento (Finlândia, Alemanha, Hungria, Irlanda, Portugal e Espanha), e quatro países nem tinham uma política nem planos para desenvolver uma política (Bélgica, a República Tcheca, França e Itália). Os pesquisados responderam nessa pesquisa sobre os fatores que, segundo eles, seriam necessários para implantar a melhoria da qualidade. Os fatores mais frequentemente citados foram recursos, incluindo dinheiro e pessoal, além de estruturas de apoio tais como comitês profissionais, formação em técnicas de melhoria de qualidade, políticas que incluam liderança dos órgãos planejadores e de

classe apoiadas política e financeiramente; pesquisa em métodos efetivos de melhoria da qualidade; atividades para aumentar o interesse e a motivação pela melhoria da qualidade entre os GP; diretrizes clínicas e colaboração entre os países europeus para trocar ideias e experiências. A pesquisa foi repetida em 1994–5, dessa vez incluindo 26 países (21 da Europa, mais a Austrália, Canadá, Hong Kong, Nova Zelândia e os Estados Unidos) (Grol *et al.*, 1997). Era evidente que num período relativamente curto, o progresso terá sido feito em muitos países. Dezesesseis países relataram terem diretorias nacionais e redes para a melhoria da qualidade, 11 tinham programas específicos de treinamentos e 10 tinham uma estrutura jurídica cuidando da melhoria da qualidade de uma forma ou outra. Em 20 países, organizações acadêmicas e profissionais lideravam na promoção da melhoria de qualidade atenção primária. Apesar desses sinais de progresso, o estudo confirmou que as atividades de melhoria da qualidade era, naquela época, um empreendimento relativamente novo na maioria dos países europeus. Nenhum país tinha atingido o ponto em que a melhoria da qualidade se tornara uma parte normal do trabalho diário para os profissionais da atenção primária em saúde. Os recursos permaneciam com a necessidade mais comumente expressada para aumentar a atividade de melhoria da qualidade (mencionada em dez países), tais como apoio financeiro, hora extra ou pessoal dedicado. A criação de uma atitude positiva em relação à melhoria da qualidade entre os GPs foi mencionada entre os pesquisados em oito países; a educação, apoio político e recompensas ou incentivos foram, cada um mencionados em cinco e em quatro mencionaram a necessidade de indicadores e de ferramentas melhores para a melhoria da qualidade.

Em geral, as políticas surgiram numa data anterior nos países escandinavos e da Europa ocidental em comparação com os países CEE. Na seção a seguir, apresentamos esboços resumidos do progresso em países selecionados, agrupados naqueles países que foram os primeiros a introduzir os sistemas de melhoria da qualidade (a primeira onda), aqueles que rapidamente seguiram na sequência (a segunda onda) e aqueles que agora estão em processo de introdução dos sistemas de melhoria da qualidade. Baseamo-nos, em grande parte, nos relatórios EQuiP.

A primeira onda

Até 1992, todos os países nesse grupo tinham realizado progresso considerável na introdução de políticas nacionais sobre melhoria da qualidade na atenção primária, apoiado em estruturas locais, num marco jurídico ou sistemas formais de credenciamento. Tendiam também a ter sistemas de atenção primária em saúde bem desenvolvidos associados com

alta condição profissional dos GP, por exemplo, os colégios ou associações nacionais e tinham estabelecidos esquemas de treinamento. Por exemplo, em 1992, a proporção de GP que eram membros de colégios nacionais era: Dinamarca 100%, Finlândia 70%, Islândia 95%, Países Baixos 90%, Suécia 95%, e o Reino Unido 60% (Grol *et al.*, 1994). Na maioria desses países, as políticas iniciais foram desenvolvidas ainda mais em anos recentes, envolvendo tanto em mais gastos na melhoria da qualidade como maiores obrigações para os GPs e das práticas a serem feitas. Assim, os sistemas de melhoria da qualidade tornaram-se cada vez mais características integrais dos serviços de saúde.

Dinamarca

Já no início da década de 1990, a Dinamarca tinha uma política nacional, estruturas locais e um sistema de credenciamento e muitos GP participavam nos projetos de auditoria. Em 1995, um novo acordo entre a Associação Dinamarquesa de Médicos de Família e Comunidade e a Seguridade Nacional de Saúde foi realizado que incluiu um capítulo sobre a melhoria da qualidade. O financiamento foi disponibilizado e as autoridades locais estabeleceram comitês de melhoria da qualidade. Os comitês foram encarregados do desenvolvimento políticas locais e de liderarem projetos práticos. Os planos foram acordados também para o desenvolvimento de diretrizes nacionais (Jensen, 1996), e colégio de GP começou o desenvolvimento das diretrizes nacionais em 1998–9. As diretrizes foram usadas no contexto de grupos locais dos quais todos os GPs eram membros. As atividades de desenvolvimento da qualidade eram financiadas localmente com uma gama de projetos que incluíam visitas aos clínicos. Além disso, um sistema de atenção coordenada além dos limites dos hospitais foi estabelecido (Olesen and Jensen, 1999).

Finlândia

Embora uma política nacional tenha entrado parcialmente em operação até 1992, um marco jurídico estava em desenvolvimento e o credenciamento formal funcionava. Os profissionais haviam se interessado na melhoria da qualidade no final da década de 1980 e o projeto nacional de treinamento foi instituído na metade da década de 1990, com o treinamento dado através dos centros de saúde. Uma declaração de política nacional foi emitida em 1996, com todos os provedores sendo encorajados a formularem uma política sobre melhoria da qualidade. As diretrizes para os GPs tornaram-se disponíveis a partir de 1991 no formato eletrônico (Makela, 1996). As recomendações nacionais sobre a gestão da qualidade foram atualizadas em 1999 e aconselhavam as organizações de atenção em saúde a desenvolver retorno do paciente de modo regular, fornecendo formação continuada para o pessoal e usando as diretrizes. Os projetos nacionais realizados pelos centros

de saúde incluíam uma revisão contínua da atenção às pessoas com diabetes e outra para aqueles com hipertensão.

Islândia

Uma política nacional em melhoria da qualidade surgiu numa primeira etapa associada com um esquema formal de credenciamento, além da promoção pelo governo e organizações de classe. As atividades incluíam planos anuais de prática, estabelecimento de metas e trabalho com grupos de pacientes. Na metade da década de 1990, foi estabelecido um comitê para o desenvolvimento da qualidade e introduzidos os registros computadorizados. O Colégio Islandês de Médicos de Família tem um Conselho de Qualidade, o qual tem a tarefa de organizar as atividades. Essas incluíam a promoção dos círculos locais de qualidade e a realização de uma pesquisa com pacientes (Gudmundsson e Mixa, 1998).

Países Baixos

A melhoria da qualidade na atenção primária começou e foi coordenada pela classe, encorajada pelo governo. Desde a década de 1980, as organizações de classe têm programas nacionais para o desenvolvimento e implantação de diretrizes clínicas e para a formação continuada através de grupos de revisão por pares. Leis foram criadas que arranjam a autonomia profissional, os direitos do paciente sobre a escolha informada e a gestão da qualidade nas organizações de atenção em saúde (Lei da Qualidade de 1996 ou *Kwaliteitswet*). A lei sobre a autonomia profissional prevê um nível exigido de melhoria da qualidade que é necessário para o credenciamento como profissional. A lei sobre a gestão da qualidade é relevante para as clínicas com dois ou mais GP. Exige que a clínica publique relatórios anuais sobre a qualidade para prestar conta da qualidade da atenção prestada e para os esforços de melhorar a qualidade. Um GP pode satisfazer as exigências dessas leis através da participação nos programas de melhoria da qualidade da classe. As políticas nacionais sobre a melhoria da qualidade foram acordadas em conferências especiais quinquenais nas quais as organizações de provedores de atenção em saúde, pacientes, seguradoras e o governo participam.

Suécia

A Suécia, já em 1992, começara a implantar um marco jurídico para as atividades de melhoria da qualidade, tinha uma política nacional, estruturas locais e um esquema de credenciamento. O treinamento em melhoria da qualidade se tornou generalizado seguindo a nova legislação em 1994. Uso intensivo foi feito de uma coleção de métodos para a melhoria da qualidade, contida numa Caixa de Ferramentas de Qualidade, desenvolvida

pela Equip (Persson, 1995). Uma Junta Nacional foi criada em 1997, apoiada pela nova legislação, para alocar recursos para os conselhos locais para as atividades de melhoria da qualidade que incluíam a auditoria. A legislação exigia que os sistemas locais incluíssem métodos que respondessem aos pontos de vista e reclamações dos pacientes e meio para assegurar a competência clínica dos profissionais (Persson, 1997).

O Reino Unido

Alguns GP começaram a realizar auditoria a partir da década de 1970 e em 1983, o Colégio Real de Médicos de Família e Comunidade adotou uma meta de que, em 10 anos, todos os GPs deveriam incorporar o estabelecimento de padrões e revisão de desempenho como parte integral das suas vidas profissionais. O ano de 1991 viu a introdução de organizações (grupos de assessoria em auditoria médica) para apoiar e facilitar a auditoria por todos os GPs e equipes de atenção primária em saúde. Recursos limitados foram fornecidos para possibilitar esses grupos funcionarem, embora a participação em auditoria fosse voluntária. Em 1998, um sistema obrigatório novo – governança clínica – foi introduzido, o qual incorporava a auditoria numa coleção mais ampla de atividades de melhoria da qualidade. Ao mesmo tempo, foi criado um órgão nacional para o desenvolvimento de diretrizes. Desde então, outros órgãos nacionais foram criados para liderar os desenvolvimentos na segurança do paciente (Rubin *et al.* 2003) e cuidar do desempenho fraco entre um número limitado de médicos. Em 2004, ocorreu um significativo desenvolvimento na melhoria da qualidade. Foi introduzido um novo contrato baseado em incentivo, pagamento conectado à realização de metas para a atenção de condições selecionadas e a avaliação das experiências dos pacientes (Departamento de Saúde, 2003). Esse é, provavelmente, o exemplo mais avançado até hoje de códigos explícitos definindo a qualidade da atenção e a transferência de poder para determinar a qualidade dos profissionais para os planejadores.

A segunda onda

Nesses países, os sistemas para a melhoria da qualidade eram menos desenvolvidos no início da década de 1990, mas progresso substantivo foi realizado desde então. A proporção de GP membros de colégios nacionais em 1992 tendia a ser menor na maioria desses países em comparação com aqueles da primeira onda (por exemplo, a Bélgica 40%, França 15%, Irlanda 95%, Israel 25%, Itália 0%, Portugal 55% e Espanha 30%).

Áustria

Os círculos de qualidade foram primeiro introduzidos em 1994, e espalharam-se amplamente sob a liderança da Sociedade Austríaca de Médicos de Família e Comunidade (Glehr, 1997). Os líderes dos círculos de qualidade receberam treinamento dado pela sociedade e uma pesquisa de GP mostrou que viam o envolvimento na melhoria da qualidade como necessária. As diretrizes foram desenvolvidas para uso dos círculos de qualidade (Glehr, 1999), e uma pesquisa com os membros do círculo de qualidade confirmou o ponto de vista positivo dos médicos sobre eles.

Bélgica

As diretrizes e os grupos de revisão por pares formaram a base do sistema de melhoria da qualidade na Bélgica desde 1995, aproximadamente. Os grupos de revisão foram apoiados através de treinamento de líderes e grupos, manuais de instrução e procedimentos de avaliação. A participação nos grupos de revisão por pares é obrigatória para obter o credenciamento. Além disso, algumas auditorias nacionais foram realizadas, por exemplo, na atenção das pessoas com a diabetes tipo 2. O autorregistro e a auditoria dos aspectos do desempenho pelos GP foram estabelecidos já há alguns anos e foram realizados congressos nacionais de melhoria da qualidade.

França

A Agência Nacional para o Desenvolvimento da Avaliação Médica (ANDEM) foi criada em 1990 para desenvolver diretrizes e métodos da avaliação dos serviços, incluindo os métodos para auditorias (Doumenc e Lafont, 1997). Entretanto, naquela época, não havia uma política nacional generalizada, marco jurídico ou estruturas locais para as atividades de melhoria da qualidade. Em 1997, a ANDEM foi substituída pela Agência Nacional de Credenciamento e Avaliação em Atenção em Saúde (ANAES), a qual estabeleceu, em 1999, serviços locais de apoio para a melhoria da qualidade em todas as regiões do país. Esses serviços locais receberam a responsabilidade da conscientização dos médicos e de iniciar as auditorias. Os programas foram estabelecidos para a formação em melhoria da qualidade, além do desenvolvimento das diretrizes. (Samuelson, 1999). Desde 2002, os programas tanto para os GPs como para especialistas foram criados para apoiar a participação voluntária nas atividades de autoavaliação. Os líderes locais foram treinados e lhes foi dado as ferramentas de melhoria da qualidade para apoiar o seu trabalho. Ao mesmo tempo, o ensino sobre a melhoria da qualidade foi introduzido no currículo da graduação em medicina em todo o país.

Alemanha

As questões de garantia da qualidade são obrigatórias no Livro 5 do Código Social para a atenção em saúde pública e através das recomendações da associação médica alemã para a atenção em saúde privada. Apesar dos recursos limitados para apoiar as atividades de melhoria da qualidade, os profissionais da atenção primária iniciaram, cada vez mais, projetos. Esses incluíram o desenvolvimento de diretrizes e dos círculos de qualidade; descobriu-se que 1.600 círculos de qualidade funcionavam em 1997 (Gerlach e Szecsenyi, 1997). Entre outras organizações profissionais, a Sociedade Alemã de Médico de Família e Comunidade criou um programa para o desenvolvimento de diretrizes (Gerlach e Szecsenyi, 1998).

Os últimos desenvolvimentos (tais como as iniciativas de credenciamento e gestão de doenças) mostram que na atenção em saúde pública, as iniciativas de melhoria da qualidade para a atenção da GP estão mudando de uma abordagem rígida e obrigatória para a gestão da qualidade. O uso de uma cesta equilibrada de diretrizes obrigatórias e o estímulo das iniciativas voluntárias têm sido visto como importantes.

Irlanda

Por muitos anos, os grupos CME foram ativos em toda a Irlanda. O Colégio Irlandês de Médicos de Família e Comunidade agora tem um Programa de Qualidade na Clínica que estabeleceu um programa de aprendizado à distância e apoia os grupos CME locais. As diretrizes foram desenvolvidas e, durante 1999, progresso foi feito no desenvolvimento de grupos CME em grupos de melhoria de qualidade ou de revisão por pares (Boland e O'Riordan, 1999).

Itália

Um número limitado de diretrizes foi produzido até 1996, normalmente por sociedades de especializações. Desde então, um número maior de diretrizes foi publicado e cresceu rapidamente o interesse na medicina baseada em evidência. Os programas locais e regionais de desenvolvimento da qualidade foram incluídos nos acordos profissionais com as autoridades de saúde a partir de 1997. A Sociedade Italiana de Garantia da Qualidade promoveu a revisão por pares e os círculos de qualidade, além de uma unidade de atenção primária. Além disso, diversos grandes projetos regionais de melhoria da qualidade foram realizados.

Portugal

Um nível considerável de progresso aconteceu em Portugal durante um período relativamente curto de tempo. O Ministério da Saúde criou um Departamento Central para a

Promoção e Garantia da Qualidade, o qual tem uma liderança vigorosa assim como apoio prático. Instituiu diversos programas, incluindo, por exemplo, um projeto para monitorar os indicadores de resultado nos centros de saúde ou para aprimorar a satisfação do paciente. As diretrizes estão também sendo desenvolvidas (Pisco, 1997). Uma estratégia de saúde foi lançada em 1998 com o objetivo de iniciar uma cultura nova centrada no pacientes que incluiria um sistema de qualidade total em atenção em saúde. O projeto MoniQuOr (Avaliação e Monitoramento da Qualidade Organizacional nos Centros de Saúde) tem sido um elemento da estratégia e envolveu a avaliação de todos os centros de atenção primária em saúde. Prêmios foram oferecidos aos centros de saúde que oferecessem os níveis mais altos de serviço.

Suíça

Um número menor de círculos de qualidade foi introduzido no início da década de 1990 e, já em 1995, 180 líderes tinham sido treinados. Uma lei entrou em vigência em 1996 sob a qual os provedores de atenção eram obrigados a implantar programas de melhoria de qualidade. Os aspectos desses programas poderiam ser fornecidos por organizações e as atividades incluíam grupos de revisão por pares ou círculos de qualidade, além do desenvolvimento de diretrizes (Kuenzi e Egli, 1996). A primeira diretriz nacional foi lançada em 1997, e tratava da dor de coluna.

Terceira onda

A terceira onda é composta principalmente pelos países CEE. Os sistemas preexistentes baseados no modelo Shemasko careciam de incentivos para melhorar a qualidade, mas essa questão agora está sendo tratada nas reformas do serviço de saúde. A gestão da clínica foi desenvolvida pobremente e isso está sendo retificado, sendo um benefício à habilidade de realizar melhoria da qualidade em nível da clínica (Jack *et al.*, 1997). Além do que, a melhoria da qualidade tem sido vista como uma ajuda em elevar a situação dos GPs que, com frequência, é baixa no sistema de atenção em saúde, por exemplo., na Bulgária (Goranov e Balaskova, 1998) e na Eslováquia (Jurgova, 1998).

Croácia

O desenvolvimento de um programa de melhoria da qualidade é recente. O credenciamento para os médicos e o sistema de reclamações dos pacientes foram os primeiros elementos. Órgãos de classe iniciaram, em 1998, uma associação de classe para a garantia da qualidade na atenção em saúde e, naquela época, as atividades voluntárias de melhoria

da qualidade entre os médicos de família aumentavam incluindo, por exemplo, auditorias e círculos de qualidade (Tiljak, 1998a). Foram treinados facilitadores do projeto nas técnicas de melhoria de qualidade e a experiência foi passada para outros profissionais através de oficinas e conferências (Tiljak, 1998b). A assistência no treinamento de profissionais nos métodos de melhoria da qualidade foi obtida de especialistas nos Países Baixos.

República Tcheca

Em geral, o progresso na República Tcheca foi antes dos outros países CEE. Um sistema de credenciamento estava em funcionamento no início da década de 1990 e o país foi o primeiro entre os CEE a ter representante na EQuiP. Isso foi seguido por diversos projetos locais de melhoria da qualidade, mas a principal tarefa, a partir do início da década de 1990, foi o estabelecimento da profissão de Médicos de Família e Comunidade. Os departamentos das universidades e os programas de treinamento fomentaram o desenvolvimento e no final da década de 1990, as iniciativas de melhoria da qualidade começaram a incluir o desenvolvimento de diretrizes e uma variedade de métodos de implantação.

Estônia

Na Estônia, o treinamento para GP foi instituído em 1991 e a Sociedade Estoniana de Médicos de Família foi estabelecida no mesmo ano. Já em 1995, a sociedade organizava reuniões sobre melhoria da qualidade (Lember, 1996). O interesse no uso dos métodos de melhoria da qualidade foi ampliado para a pesquisa sobre a satisfação do paciente com a atenção primária (Polluste *et al.*, 2000).

Polônia

Nas reformas que se seguiram ao colapso do comunismo na Polônia, um Colégio de Médicos de Família foi criado em 1992. As atividades de melhoria da qualidade não estavam entre as primeiras prioridades durante essas mudanças. A formação e o desenvolvimento profissional vieram primeiro, mas agora a melhoria da qualidade ganha mais importância e está sendo introduzida na clínica diária (Windak, 1998). Os representantes da Polônia participaram na primeira Escola de Verão em Garantia de Qualidade no Médico de Família e Comunidade em 1994. Mais tarde, esses indivíduos tiveram um papel de liderança no desenvolvimento de atividades na Polônia. Embora uma tentativa anterior para estabelecer grupos de revisão por pares tenha fracassado, os projetos de melhoria da qualidade em temas que incluíram infecções do trato respiratório superior e hipertensão foram implantados (Windak *et al.*, 1998). Um Centro Nacional para a Avaliação da Qualidade foi criado recentemente e o trabalho inicial incluiu a preparação de uma pesquisa com pacientes.

Eslovênia

Após a declaração da independência em 1991, foram implantadas as reformas no sistema de atenção em saúde. A atenção primária foi estabelecida no regime anterior com a provisão de local e a criação da sociedade eslovena de médicos de família em 1966. Contudo, o treinamento tardava em chegar. O interesse na melhoria da qualidade aumentou na última década e os cursos e materiais de ensino foram rapidamente disponibilizados a partir de 1994. As atitudes relativas à melhoria da qualidade são positivas entre os médicos de família. A participação na revisão por pares agora é obrigatória e o número de projetos realizados pelos profissionais da atenção primária para avaliar o seu próprio trabalho aumenta (Kersnik, 1997).

Turquia

Na Turquia, as reformas progrediram vagarosamente durante diversas décadas, sendo o objetivo geral fortalecer a atenção primária. A medicina de família ainda é uma disciplina nova e teve que se estabelecer dentro do sistema de atenção em saúde. O treinamento vocacional foi introduzido, os departamentos de Medicina de Família e Comunidade nas universidades foram criados, mas a melhoria da qualidade ainda está numa etapa inicial (Basak and Saatci, 1998). As atividades iniciada em 2001 incluíam a administração de uma pesquisa com mais de 1.000 pacientes, além da criação de um grupo central para definir as normas para os sistemas de registros.

Tendências emergentes

A seção anterior demonstrou que os sistemas de melhoria da qualidade estão sendo introduzidos na atenção primária na maioria dos países europeus, embora em ritmos diferentes em grupos de países diferentes, dependentes, em grande medida, do nível de desenvolvimento da profissão de Medicina de Família e Comunidade. Nessa seção, consideramos resumidamente duas tendências iniciais que podem ser detectadas, especialmente entre aqueles países que embarcaram primeiro na melhoria da qualidade. A primeira delas é o desenvolvimento de normas comuns de atenção e sistemas de melhoria da qualidade, e a segunda é o papel cada vez maior dos pacientes na criação de políticas e na avaliação da qualidade.

Normas Europeias Comuns

Do mesmo modo que aconteceu com o desenvolvimento da melhoria da qualidade dentro dos países, os passos iniciais em nível internacional foram dados no campo do

treinamento vocacional e as normas comuns para o treinamento foram acordadas na UE. Os desenvolvimentos relativos à atenção clínica estão numa etapa inicial e a maioria das atividades foi liderada pelos órgãos de classe. Diversos grupos europeus de colaboração surgiram com um interesse compartilhado numa condição particular, tais como diabetes ou doenças coronarianas do coração. O objetivo desses grupos é compartilhar ideias e gerar apoio para a atenção aprimorada. Alguns grupos têm emitido diretrizes. Um desses exemplos são as recomendações da força tarefa conjunta sobre a doença coronariana do coração (Wood *et al.*, 1999). Contudo, embora essas tenham sido desenvolvidas por profissionais, a maioria era de especialistas em vez de GP. Uma declaração foi publicada sobre a melhoria da atenção nas interfaces entre a atenção primária e secundária (Kvamme *et al.*, 2001), e ideias sobre uma visão europeia comum em torno os aspectos da melhoria da qualidade foram propostas, por exemplo, uma declaração da EQuiP sobre o papel dos indicadores (Lawrence e Olesen, 1997).

Embora muitos governos nacionais tenham desenvolvido e promovido diretrizes clínicas nacionais, não começaram em concordar nas diretrizes europeias comuns. Existem razões óbvias para isso. Como países diferentes têm sistemas de atenção em saúde diferentes e diferentes níveis de recurso alocados para a atenção em saúde, a aplicação uniforme de normas clínicas comuns pela Europa seria virtualmente impossível. Contudo, a longo prazo é provável que algum nível comum surja nos sistemas de atenção de saúde da Europa e as diretrizes ou normas comuns serão possíveis então. É também concebível que pressão de profissionais e pacientes naqueles estados que gastam menos em saúde acelerarão esse processo.

O envolvimento do paciente

O acordo de normas europeias comuns está numa etapa inicial, mas o progresso para um envolvimento maior dos pacientes está mais avançado. Isso sugere a existência de um movimento social geral em toda a Europa de poder aos pacientes e as limitações crescentes no poder dos profissionais. Em nível dos pacientes individuais, é amplamente aceito agora que os médicos e enfermeiras deveriam buscar ativamente envolver os pacientes em sua própria atenção. A Medicina de Família e Comunidade se comprovou amena a esse desenvolvimento já que desenvolveu uma perspectiva sobre a relação médico-paciente que dá ênfase nas perspectivas e circunstâncias do paciente: o chamado método clínico centrado no paciente. Em nível de política, os legisladores em vários países responderam à pressão das organizações de pacientes ou de seus representantes em participar na revisão dos sistemas de reclamações e para criar estruturas que possibilitem os pacientes ou seus representantes

participarem nas decisões sobre o desenho dos serviços. Tipicamente, tais desenvolvimentos estão mais avançados nos países no grupo da primeira onda escrito acima e que nesses países os programas de desenvolvimento de diretrizes nacionais dão importância no envolvimento dos representantes dos pacientes no acordo das recomendações das diretrizes. O Reino Unido é um exemplo.

Pesquisas sobre a opinião do paciente tornaram-se populares também tanto entre os planejadores como entre os profissionais. Em anos recentes, um número grande de pacientes na Europa foi indagado sobre os seus pontos de vista relacionados com os serviços em atenção primária disponíveis para eles. O desenho de instrumentos de pesquisa válidos exige especialização e agora vários instrumentos padrão estão disponíveis e têm sido amplamente usados. Um exemplo é a pesquisa de avaliação da Medicina de Família e Comunidade (GPAS) que busca os pontos de vista dos pacientes sobre os serviços de Medicina de Família e Comunidade (Bower *et al.*, 2002), outro é o questionário sobre a satisfação na consulta (CSQ) especificamente relacionada com as consultas em Medicina de Família e Comunidade (Baker, 1996), e um terceiro, o diário de carreira do paciente, relacionado ao processo de referência da Medicina de Família e Comunidade para a atenção especializada (Baker *et al.*, 1999). Um grupo colaborador de pesquisadores internacionais e os GPs associados com a EQuiP, desenvolveram um questionário europeu padronizado para as avaliações dos pacientes de Medicina de Família e Comunidade (EUROPEP) (Grol and Wensing, 2000). Esse instrumento foi desenvolvido a partir de um contexto internacional. O questionário (23 itens) focaliza as prioridades do paciente pela Medicina de Família e Comunidade, o qual foi criado através de pesquisas entre os pacientes em diversos países (ver Caixa 11.1) (Grol *et al.*, 1999). A versão final foi traduzida para 15 idiomas: dinamarquês, holandês, inglês, finlandês, francês, alemão, grego, hebraico, islandês, norueguês, português, esloveno, espanhol, sueco e turco.

Trabalho de pesquisa em 15 países em 1999–2000, incluindo mais de 25.000 pessoas, mostrou que os pacientes geralmente tinham avaliações positivas da atenção de Medicina de Família e Comunidade. Na maioria dos aspectos, mais de 80% dos pacientes acham que a atenção recebida era boa ou excelente, embora tenha sido encontrada variação considerável dentro dos países. Por exemplo, análise maior mostrou que os pacientes nas clínicas com poucos médicos e poucos outros provedores de atenção tinham avaliações mais positivas da disponibilidade da Medicina de Família e Comunidade (Wensing *et al.*, 2002). Numa série de estudos no Reino Unido, Baker (1997) demonstrou que os pacientes não somente preferem as clínicas menores, mas, também, que vários profissionais e planejadores preferiam clínicas maiores e, conseqüentemente, a proporção de clínicas maiores aumentou. Assim, a

pesquisa sobre o ponto de vista dos pacientes não pode ser assumida a gerar o envolvimento do paciente nas decisões. Métodos adicionais são exigidos para garantir que os pacientes ou os seus representantes participem no processo decisório e nas decisões sobre o desenho e provisão dos serviços. Desenvolvimento maior do envolvimento do pacientes provavelmente dependerá da introdução ampla de métodos práticos adequados para uso em nível local, tais como painéis do cidadão, grupos de consulta comunitária ou representação nos órgãos decisórios. Embora os exemplos isolados de tais iniciativas possam ser encontrados em alguns países, elas ainda são incomuns.

Caixa 11.1 As 10 prioridades principais dos pacientes relacionadas à Medicina de Família e Comunidade na Europa

- Tempo na consulta para ouvir, conversar e explicar
- Disponibilidade rápida nas emergências
- Confidencialidade sobre a informação do paciente
- Informação sobre a enfermidade
- Oportunidade de conversar sobre problemas de saúde
- Possibilidade de marcar consulta em pouco tempo
- GP participa em cursos sobre novos desenvolvimentos na medicina
- Serviços de prevenção
- Avaliação crítica da medicação e aconselhamento
- Explicação adequada do diagnóstico e do tratamento

Conclusões e desenvolvimentos futuros

Nesse capítulo, vimos como as políticas e métodos de melhoria da qualidade foram amplamente adotados na atenção primária na Europa, ao mesmo tempo em que a profissão de Medicina de Família e Comunidade estabeleceu-se e a atenção primária em geral obteve um papel mais importante nos serviços de saúde. A extensão na qual a melhoria da qualidade foi introduzida, contudo, variou entre os países. O processo parece depender primeiro da criação de uma profissão de médico de família e comunidade, tanto com programas formais de treinamento como da liderança nacional dentro da própria profissão, geralmente no contexto de um colégio ou associação. Uma vez alcançada essa etapa, alguns profissionais exploram os métodos de melhoria da qualidade e, então, assumem o papel de convencimento de outros a seguirem a sua liderança. No devido tempo, os

planejadores reconhecerão a oportunidade apresentada por uma profissão de Medicina de Família e Comunidade vigorosa para ampliar o papel dos serviços de atenção primária e uma característica integral desse desenvolvimento é a introdução de sistemas formais e financiados para possibilitar as atividades de melhoria da qualidade. Esse processo começou mais cedo nos países da Europa ocidental e do norte, mas, rapidamente, foi absorvido na Europa do sul. Encontrou também o seu caminho na reforma dos sistemas de atenção em saúde dos países CEE, embora o desenvolvimento em muitos desses países estejam numa etapa inicial. O Reino Unido avançou nessa direção mais do que a maioria dos países, como ilustrado pelo trabalho financiado pelo setor da Equipe de Desenvolvimento da atenção primária Nacional e, em 2004, contratou Médicos de Família e Comunidade baseado em metas explícitas de qualidade.

Caso retornemos à definição de qualidade esboçada no início desse capítulo, a mesma pode-se supor que a evolução da melhoria da qualidade é uma consequência da mudança na autoridade para julgar a qualidade da atenção dos profissionais para os pacientes e planejadores. Contudo, tem sido na realidade, um processo mais complexo. O posicionamento da profissão de GP teve que ser aprimorado em quase todos os países antes que a melhoria da qualidade iniciasse, indicando que, antes de qualquer coisa, os GPs adquiriram autoridade sobre a qualidade e as normas. Uma vez que os GPs adquiriram autoridade, alguns dentre eles reconheceram que a autoridade deveria ser compartilhada com os planejadores e pacientes. A especificação das responsabilidades dos profissionais pela participação na melhoria da qualidade em legislação ou regulamentações é um exemplo da substituição dos códigos implícitos (nesse caso, assume-se que os GPs ajam para manter ou melhorar a qualidade) como descrito no início desse capítulo. A introdução da melhoria da qualidade pode também ser vista como um aspecto do compartilhamento da autoridade com os planejadores. Como discutido acima, os pacientes ainda têm de ser envolvidos na melhoria da qualidade além de meramente preencher de questionários e, portanto, a próxima etapa do compartilhamento da autoridade com os pacientes somente começou a acontecer.

Os métodos do envolvimento do paciente têm sido amplamente limitados a pesquisas e qualquer efeito dessas atividades sobre a qualidade ou o desenho de serviços é difícil de se detectar. Uma mudança mais fundamental é exigida antes de um compartilhamento da autoridade genuíno com os pacientes possa ser alcançado. A exposição pública da informação sobre o desempenho dos serviços – ou profissionais de saúde individuais – pode ser um elemento das iniciativas exigidas para realizar isso. O acesso maior do paciente à informação sobre a gestão da doença pode ser outro elemento, por exemplo, o fornecimento de diretri-

zes para o público. Permitir o acesso do paciente aos seus próprios registros clínicos é outro elemento potencial. O papel que os sistemas de consulta locais podem ter foi delineado acima. Contudo, apesar da disponibilidade dessas abordagens, pouco progresso é visível, mesmo no grupo dos países da primeira onda.

Outro desafio é o de alcançar melhorias genuínas na atenção. Apesar da adoção ampla das atividades de melhoria da qualidade, evidência convincente sobre o seu impacto sobre a qualidade da atenção é difícil de encontrar. A evidência da pesquisa mostrou que alguns métodos podem, algumas vezes, levar a melhorias, mas a meta da realização rotineira da mudança no contexto dos sistemas de melhoria da qualidade da atenção primária não foi obtida. A explicação pode estar no fracasso em identificar a abordagem mais eficaz. Caso seja esse o caso, tudo que é necessário é introduzir uma nova abordagem que mostre ser promissora em outro contexto. A caça por uma nova técnica que garantirá o sucesso é velha no campo novo da pesquisa sobre a melhoria da qualidade, e o exemplo mais recente é o da teoria dos sistemas de adaptação complexos (Plsek, 2001). É ainda muito cedo para julgar se essa abordagem de fato provará ser a solução para o desafio de mudar o desempenho, mas a disseminação dos sistemas de melhoria da qualidade descritos nesse capítulo traz uma lição que não deveria ser ignorada.

A adoção dos sistemas de melhoria da qualidade dependeu do desenvolvimento preliminar da profissão de Medicina de Família e Comunidade. Uma vez que esse desenvolvimento alcance certo nível, o passo inicial na melhoria da qualidade é dado em quase todos os países. Essa reflexão leva à conclusão que para tornar os sistemas de melhoria da qualidade realmente efetivos precisamos, mais uma vez, analisar a situação da profissão. A restauração e o revigoramento do profissionalismo provavelmente comprovarão ser a chave para a próxima etapa da melhoria da qualidade na Europa. Essa, de alguma maneira, é uma conclusão surpreendente dada a premissa geral de uma tendência na qual os pacientes e os planejadores obtêm o poder a custa dos profissionais, todavia caso os profissionais tenham pouco autoridade sobre a qualidade da atenção, eles terão pouca autoridade a ser compartilhada com os demais e terão somente um poder limitado para melhorar a qualidade.

Em alguns países, os planejadores já instituíram programas para melhorar a liderança nas instituições de atenção em saúde. Esse é um passo importante em revitalizar a profissão, mas outros passos são também necessários. Os colégios e as associações nacionais precisam considerar as reformas para fortalecer a sua habilidade em promover uma cultura, fornecer normas e criar a autoestima que faça melhorias da qualidade firmes uma parte rotineira do

trabalho dos GP. Os planejadores precisam cuidar também das muitas pressões sobre os GPs causadas pela demandas crescentes, falta de recursos e, alguns países, número inadequado de médicos e enfermeiras. Caso o impedimento fundamental para transformar a qualidade da atenção seja a energia cadente da profissão, não se pode esperar progresso substantivo até que reformas tais como essas tenham sido implantadas. Contudo, o progresso gradual, mas limitado ainda ocorrerá. Tais desenvolvimentos incluirão o progresso naqueles países que ainda não estabeleceram solidamente os programas de melhoria da qualidade. Terão que decidir no comprometimento dos recursos necessários e introduzir as regulamentações ou legislações que tornem a melhoria da qualidade um componente integral dos sistemas para administrar a atenção clínica. Os desenvolvimentos futuros em todos os países devem, provavelmente, incluir o interesse crescente na segurança do paciente e a fuga do erro, além do uso de técnicas para facilitar o trabalho em equipe efetivo..

Referências

Baker, R. (1996). Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations, *British Journal of General Practice*, 46: 601–605.

Baker, R. (1997). Will the future GP remain a personal doctor? *British Journal of General Practice*, 47: 831–834.

Baker, R. (2001). Principles of quality improvement. Part one – defining quality, *Journal of Clinical Governance*, 9: 89–91.

Baker, R. and Grol, R. (2002). Principles and models for quality improvement, in Jones, R. (ed.) *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Oxford: Oxford University Press.

Baker, R., Preston, C., Cheater, F. and Hearnshaw, H. (1999). Measuring patients' attitudes to care across the primary/secondary interface: the patient career diary, *Quality in Health Care*, 8: 154–160.

Basak, O. and Saatci, E. (1998). The developments of general practice/family medicine in Turkey, *European Journal of General Practice*, 4: 126–129.

Bero, L., Grill, R. and Grimshaw, J.M. (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote implementation of research findings by health care professionals, *British Medical Journal*, 317: 465–468.

Boland, M. (1991). My brother's keeper, *British Journal of General Practice*, 41: 295–300.

Boland, M. and O'Riordan, M. (1999). A report from Ireland, *European Journal of General Practice*, 5: 81–82.

Bower, P., Mead, N. and Roland, M. (2002). What dimensions underlie patient responses to the General Practice Assessment Survey? A factor analytic study, *Family Practice*, 19: 489–495.

Buntinx, F., Winkens, R., Grol, R. et al. (1993). Influencing diagnostic and preventive performance in ambulatory care by feedback and reminders. A review, *Family Practice*, 10: 219–228.

Department of Health (2003). *Investing in General Practice: The New General Medical Services Contract*. London: Department of Health. (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/19/67/04071967.pdf>, accessed 28 October 2004).

- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. I: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Doumenc, M. and Lafont, M. (1997). Practice evaluation: what's new in France? *European Journal of General Practice*, 3: 161.
- Eliasson, G., Berg, L., Carlsson, P., Lindstrom, K. and Bengtsson, C. (1998). Facilitating quality improvement in primary health care by practice visiting, *Quality in Health Care*, 7: 48–54.
- Elwyn, G., Rhydderch, M., Edwards, A. et al. (2004). Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity Matrix, *Quality and Safety in Health Care*, 13: 287–94.
- Geboers, H., Van der Horst, M., Mokkink, H. et al. (1999). Setting up improvement projects in small scale primary care practices: feasibility of a model for continuous quality improvement, *Quality in Health Care*, 8: 36–42.
- Gerlach, F. and Beyer, M. (1998). New concept for continuous documentation of development of quality circles in ambulatory care: initial results from an information system in Germany, *Quality in Health Care*, 7: 55–61.
- Gerlach, F. and Szecsenyi, J. (1997). A report from Germany, *European Journal of General Practice*, 3: 32.
- Gerlach, F. and Szecsenyi, J. (1998). Communication section, *European Journal of General Practice*, 4: 171–172.
- Gerlach, F.M., Beyer, M. and Romer, A. (1999). Quality circles in ambulatory care: state of development and future perspective in Germany, *International Journal for Quality in Health Care*, 10: 35–42.
- Glehr, R. (1997). Events in Austria, *European Journal of General Practice*, 3: 78.
- Glehr, R. (1999). An update from Austria, *European Journal of General Practice*, 5: 165–166.
- Goranov, M.N. and Balaskova, M.I. (1998). General practice in Bulgaria, *European Journal of General Practice*, 4: 37–38.
- Grol, R. and Wensing, M. (2000). *Patients evaluate general/family practice. The Europep instrument*. WOK, University of Nijmegen and Wonca/EQUIP.
- Grol, R., Baker, R., Roberts, R. and Booth, B. (1997). Systems for quality improvement in general practice: A survey in 26 countries, *European Journal of General Practice*, 3: 65–68.
- Grol, R., Baker, R., Wensing, M. and Jacobs, A. (1994). Quality assurance in general practice: the state of the art in Europe, *Family Practice*, 11: 460–467.
- Grol, R. (1994). Quality improvement by peer review in primary care: a practical guide, *Quality in Health Care*, 3: 147–152.
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J. et al. (1999). Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison, *Family Practice*, 16: 4–11.
- Gudmundsson, G.H. and Mixa, O. (1998). A report from Iceland, *European Journal of General Practice*, 4: 171.
- Hearnshaw, H., Baker, R. and Cooper, A. (1998a). A survey of audit activity in general practice, *British Journal of General Practice*, 48: 979–981.
- Hearnshaw, H., Reddish, S., Peddie, D., Baker, R. and Robertson, N. (1998b). Introducing a quality improvement programme to primary health care teams, *Quality in Health Care* 7: 200–208.

- Hulscher, M.E.J.L., Wensing, M., Grol, R. *et al.* (1999). Interventions to improve the delivery of preventive services in primary care, *American Journal of Public Health*, 89: 737–746.
- Jack, B., Nagy, Z. and Varga, Z. (1997). Health care reform in central and eastern Europe. Family medicine in Hungary, *European Journal of General Practice*, 3: 152–8.
- Jensen, P.B. (1996). Progress in quality improvement in Denmark, *European Journal of General Practice*, 2: 89–90.
- Jurgova, E. (1998). The transposition of Slovak health care system and its influence on primary care services, *European Journal of General Practice*, 4: 34–36.
- Kersnik, J. (1997). Quality improvement in general practice in Slovenia, *European Journal of General Practice*, 3: 110–111.
- Kuenzi, B. and Egli, N. (1996). Progress from Switzerland, *European Journal of General Practice*, 2: 134.
- Kvamme, O.J., Olesen, F. and Samuelson, M. (2001). Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP), *Quality in Health Care*, 10: 33–39.
- Lancaster, T., Silagy, C., Fowler, G. *et al.* (1998). Training health professionals in smoking cessation, *The Cochrane Library*, 4.
- Lawrence, M. and Olesen, F. (1997). Indicators of quality in health care, *European Journal of General Practice*, 3: 103–108.
- Lember, M. (1996). Revaluation of general practice/family medicine in the Estonian health care system, *European Journal of General Practice*, 2: 72–73.
- Macfarlane, F., Greenhalgh, T., Schofield, T. and Desombre, T. (2004). RCGP Quality Team Development programme: an illuminative evaluation, *Quality and Safety in Health Care*, 13: 356–362.
- Makela, M. (1996). Quality assurance in Finnish health care, *European Journal of General Practice*, 2: 90–91.
- Melander, E., Bjorgell, A., Bjorgell, P., Ovhed, I. and Molstad, S. (1999). Medical audit changes physicians' prescribing of antibiotics for respiratory tract infections, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 17: 180–184.
- Munck, A.P., Gahm-Hansen, B., Sogaard, P. and Sogaard, J. (1999). Long-lasting improvement in general practitioners' prescribing of antibiotics by means of medical audit, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 17: 185–190.
- Munck, A.P., Hansen, D.G., Lindman, A., Ovhed, I., Forre, S. and Torsteinsson, J.B. (1998). A Nordic collaboration on medical audit, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 16: 2–6.
- National Primary Care Development Team (2004). *National Primary Care Development Team*. Manchester: National Primary Care Development Team (<http://www.npdt.org/>, accessed 24 January 2005).
- NICE (2002). *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. National Institute for Clinical Excellence. Abingdon: Radcliffe Medical Press.
- Olesen, F. and Jensen, P.B. (1999). A report from Denmark, *European Journal of General Practice*, 5: 38.
- Persson, L. (1995). Activities in Sweden, *European Journal of General Practice*, 1: 129.

- Persson, L. (1997). A update on quality development in Sweden, *European Journal of General Practice*, 3: 77.
- Pisco, L. (1997). A report from Portugal, *European Journal of General Practice*, 3: 32.
- Plsek, P. (2001). Redesigning health care with insights from the science of complex adaptive systems. Appendix B in Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm*. Washington, DC: National Academy Press, 309–322.
- Polluste, K., Kalda, R. and Lember, M. (2000). Primary health care system in transition: the patient's experience, *International Journal of Quality in Health Care*, 12: 503–509.
- Rubin, G., George, A., Chinn, D.J. and Richardson, C. (2003). Errors in general practice development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors, *Quality and Safety in Health Care*, 12: 443–447.
- Samuelson, M. (1999). A report from France, *European Journal of General Practice*, 5: 37–8.
- Solomon, D.H., Hashimoto, H., Daltroy, L. et al. (1998). Techniques to improve physicians' use of diagnostic tests. A new conceptual framework, *Journal of the American Medical Association*, 280: 2020–2027.
- Spies, T.H. and Mokkink, H.G.A. (1999). *Toetsen aan standaarden. Het medisch handelen van huisartsen in de praktijk getoetst*. Nijmegen/Utrecht: WOK/NHG.
- Thomson, M.A., Oxman, A.D., Davis, D.A. et al. (1998). Outreach visits to improve health professional practice and health care outcomes, *The Cochrane Library*, 3.
- Tiljak, H. (1998a). Quality assurance in GP/FM in Croatia, *European Journal of General Practice*, 4: 88–89.
- Tiljak, H. (1998b). An update from Croatia, *European Journal of General Practice*, 4: 130.
- Timmermans, A.E. and In't Veld, C.J. (2001). The implementation of guidelines in the Netherlands, *Zeitschrift für Arztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 95: 719–724.
- UEMO (1997). UEMO Statement on Quality Assurance in general practice (UEMO 94/055), in UEMO. *European Union of General Practitioners Reference Book 1996/97*, 28–30. London: Kensington Publications Ltd.
- Wensing, M., Van der Weijden, T. and Grol, R. (1998). Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *British Journal of General Practice*, 48: 991–997.
- Wensing, M., Vedstedt, P., Kersnik, J. et al. (2002). Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison, *International Journal of Quality in Health Care*, 14: 111–118.
- Windak, A. (1998). The return of old family doctors in the new Europe, *European Journal of General Practice*, 4: 168–170.
- Windak, A., Tomasiak, T. and Kryj-Radziszewska, E. (1998). The Polish experience of quality improvement in primary care, *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 24: 232–239.
- Wood, D., De Backer, G., Faergeman, O., Graham, I., Mancina, G. and Pyorala, K. (1999). Prevention of coronary heart disease in clinical practice, *European Journal of General Practice*, 5: 154–161.
- Worrall, G., Chaulk, P. and Freake, D. (1997). The effects of clinical practice guidelines on patient outcomes in primary care: a systematic review, *Canadian Medical Association*, 156: 1705–1712.



capítulo doze

O papel das novas tecnologias da informação e comunicação na atenção primária

Mårten Kvist e Michael Kidd



Introdução

Os avanços tecnológicos rápidos na medicina foram continuados durante o século passado. Na atenção primária, o impacto das novas tecnologias tem sido variável já que essas, com frequência, foram cooptadas e aproveitadas por clínicos baseados em hospitais. Desde a década de 1960, contudo, um campo do desenvolvimento tecnológico teve efeitos rapidamente crescentes na organização e no fornecimento da atenção primária: o desenvolvimento e a implantação das tecnologias da informação e da comunicação orientadas clinicamente.

Esse capítulo explora o impacto dessas novas tecnologias da informação e comunicação na atenção primária. Inicia pela discussão dos princípios da utilização da tecnologia da informação e comunicação (ICT) e as consequências da sua utilização na arena clínica, através da distinção entre as “tecnologias duras” dos sistemas clínicos em relação às “tecnologias suaves” da prática clínica. Debates recentes de política no campo da e-saúde têm hipnotizado o desenvolvimento de um “paciente future”, o qual aproveitará o desenvolvimento da era da informação e os acessos ao conhecimento e práticas da atenção em saúde numa escala global. A verdade sempre é mais mundana, assim iniciamos a nossa análise relatando a principal “tecnologia” da prática clínica – o encontro estruturado entre o clínico e o paciente – com o campo potencial dos agentes tecnológicos que podem ser levados à atuação. A mudança para as tecnologias da informação na atenção primária anda paralelamente com duas mudanças sociais mais amplas na organização da medicina: a mudança voltada para a prática clínica centrada no paciente e o movimento na direção das decisões compartilhadas. Além disso, a coordenação da atenção, com o tempo e através dos níveis da provisão, pode ser melhorada para troca mais fácil da informação e isso oferece novas oportunidades para a continuidade da atenção. Isso leva a uma discussão das ferramentas de gestão da informação (a) *dentro da* interação médico-paciente no encontro; (b) no provimento de *insumo externo* no benefício da consulta dentro de um episódio e (c) como uma ferramenta facilitando a *coordenação* dos serviços de atenção primária entre provedores/níveis de atenção.

Esse capítulo vai além discutindo o papel dos registros eletrônicos, as diretrizes e apoio à decisão. Analisa a necessidade de equipamento e a qualidade da infraestrutura de telecomunicação tais como computadores, redes e telemática. Os profissionais (mas os pacientes também) precisam estar preparados para a utilização da ICT e as consequências dos seus papéis. Esses assuntos são discutidos na seção sobre formação e treinamento. Existirá também a necessidade de uma nova legislação para possibilitar maiores desenvolvimentos sem danificar a segurança e o aspecto confidencial da informação. Esse assunto é tratado

no final do capítulo. Finalmente, algumas tecnologias ICT estão listadas, as quais podem prover melhor atenção ao paciente quando tratadas apropriadamente.

A ICT e a qualidade e coordenação da atenção

Um relatório do governo australiano analisou o papel da tecnologia da informação na qualidade da atenção em saúde (AHMAC, 1996). Esse relatório incluiu as recomendações que:

1. *Informação é central na melhoria da segurança e qualidade da atenção em saúde.* Os sistemas rotineiros de retorno são requeridos para informar os trabalhadores da atenção em saúde dos resultados da sua atenção e fornecer informação aos legisladores e consumidores da atenção em saúde para produzir as mudanças necessárias no sistema de saúde.
2. *Há uma discordância entre o uso da tecnologia para fornecer atenção às pessoas e o uso da tecnologia para assegurar que a atenção dada é segura.* As reações adversas evitáveis continuam a ocorrer apesar dos melhores esforços dos médicos, administradores e governo. Sistemas computadorizados de apoio à decisão oferecem o potencial para revolucionar a segurança através do uso de alertas e aviso. Podem melhorar também a continuidade da atenção pelo aprimoramento do fluxo da informação entre os provedores da atenção em saúde.
3. *O uso da tecnologia tem riscos.* Não somente os riscos de possíveis quebras de privacidade e confidencialidade, mas também os riscos de falha no uso da tecnologia em sistemas de atenção em saúde cada vez mais complexos e o risco de lesões e mortes evitáveis que continuam ocorrendo nos sistemas de atenção em saúde caso soluções não sejam encontradas.

Uma área importante da melhoria da qualidade tem sido na utilização de pacotes de receituário computadorizado. Foi demonstrado claramente que esses podem ser usados para prover ao médico de família e comunidade informações sobre medicamentos individuais, acesso a diretrizes clínicas e avisos sobre contraindicações potenciais, reações adversas e alergias. Receitas geradas no computador são legíveis e exatas. Além do que, os sistemas permitem auditorias das prescrições a pacientes individuais e para a população de pacientes do médico.

A qualidade da atenção em saúde na Medicina de Família e Comunidade pode ser melhorada também através do uso da gestão médica eletrônica, sistemas de apoio a decisões clínicas e fluxos de informação aprimorados entre o médico de família e comunidade e o restante do sistema de atenção em saúde.

O escopo do conhecimento clínico necessário para o provimento seguro, competente e atual da atenção primária em saúde está em expansão constante. A maioria dos médicos aceita agora que não podemos ter todos os fatos que precisamos decorridos. Uma mudança cultural é evidente à medida que os clínicos buscam informação atual baseada na melhor evidência disponível, tentativas de acessar diretrizes clínicas atuais e protocolos de tratamento, e buscam respostas para questões clínicas que surgem durante uma consulta.

Não é coincidência que a cultura da medicina baseada em evidência tenha surgido ao mesmo tempo em que a revolução da tecnologia da informação e, particularmente numa época quando os recursos de informação do mundo tornaram-se disponíveis a todos através da Internet. Os computadores fornecem soluções possíveis para muitos dos desafios colocados pelos defensores da medicina baseada em evidência. Têm o potencial para auxiliar no planejamento da gestão de pacientes, na coordenação da sua atenção, na provisão de formação profissional continuada e no processo de acessar as conclusões da pesquisa clínica. A assistência baseada no computador pode também auxiliar os médicos a se tornarem provedores mais eficientes e efetivos da atenção em saúde caso sejam usados cuidadosamente na consulta (Purves, 1996). Assim, a tecnologia da informação tem o potencial de ser o marco no provimento da atenção primária moderna baseada na evidência.

O papel dos registros eletrônicos, diretrizes e apoio à decisão

O registro eletrônico do paciente é uma ferramenta necessária para fornecer atenção em saúde centrada no paciente com segurança e de modo eficiente no ambiente da informação moderna da atenção em saúde (Heard *et al.*, 2000). A utilização apropriada da informação sobre os contatos do paciente com a atenção primária em saúde exige o uso dos registros eletrônicos do paciente.

A maneira na qual os dados são introduzidos nos registros médicos eletrônicos precisa estar estruturada de forma que permita a recuperação dos dados mais tarde. Sistemas de codificação diferentes foram desenvolvidos para atenção primária em diferentes partes do mundo. Os códigos de leitura estão em uso no Reino Unido. A Suécia desenvolveu o seu próprio sistema de codificação. A 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (ICD-10) é usada em muitos países mesmo que não seja o sistema mais apropriado para atenção primária em saúde. Baseado na fragilidade reconhecida do sistema ICD para uso na atenção primária em saúde, o Comitê de Classificação da WONCA (A Organização Mundial de Médicos de Família) desenvolveu um sistema de codificação tridimensional chamado de Classificação Internacional da atenção primária (ICPC). A segunda edição desse sistema de

codificação, o ICPC-2, foi publicada em 1998 e é apropriada para codificar as razões para os encontros (RFE) entre os médicos e os pacientes. A codificação RFE pode ser também conectada aos procedimentos de diagnóstico, medicamentos, procedimentos terapêuticos e diagnósticos.

O projeto Transhis foi capaz de demonstrar a superioridade dessa classificação para uso na atenção primária em saúde no Japão, Países Baixos e Polônia (Okkes *et al.*, 2002). O ICPC tem sido aceito como padrão de codificação numa série de países europeus, incluindo Bélgica, Dinamarca, França, Países Baixos, Noruega, Portugal e em algumas partes da Finlândia.

Os GP e os seus pacientes expressam com frequência preocupação sobre o impacto possível do uso dos registros eletrônicos do paciente na relação paciente-médico. É possível manter uma relação tão próxima quando o médico se comunica frequentemente com um computador durante cada consulta em vez de dar exclusivamente atenção a cada paciente individualmente? Na prática, isso não deveria causar qualquer problema real caso cada paciente seja informado sobre como a informação é colocada, caso o médico garanta que tempo adequado será gasto na comunicação direta com o paciente e caso o paciente esteja engajado como parceiro no processo. O uso de registros computadorizados pode mesmo aumentar a confiança, caso os pacientes sintam que tal informação pode ser usada para gerar melhorias na sua atenção em saúde.

Um das habilidades-chaves que será exigida dos médicos da atenção primária será a habilidade em acessar, avaliar, selecionar e aplicar as diretrizes adequadas de tratamento, adaptada às circunstâncias locais e em comunicar e registrar as variações no plano de tratamento a partir das diretrizes (Coiera, 1998). Contudo, há um problema em obter conclusões da pesquisa clínica e as recomendações médicas baseadas em evidência na prática clínica diária. Uma razão para isso é que muitos clínicos acham difícil obter acesso rápido e em tempo hábil às revisões sistemáticas, aos resumos baseados na evidência e os relatórios científicos originais que podem ser relevantes na atenção ao paciente individual que esteja à sua frente.

O pronto acesso a conhecimentos relevantes através do computador torna-se uma realidade. A conexão com a internet significa que, à medida que novas conclusões da pesquisa são feitas e as diretrizes são adaptadas, o conhecimento disponível ao clínico através de um computador poderia ser atualizado continuamente. Ainda há, infelizmente, um problema

com a consolidação da informação nas bases de dados das revisões sistemáticas e a preparação de diretrizes para o fornecimento através de CD-ROM ou *web sites* (Langley *et al.*, 1998).

Apoio computadorizado à decisão clínica através do computador na mesa do GP pode, contudo, oferecer uma solução prática. Acredita-se que as ferramentas de apoio eletrônico à decisão em breve tornar-se-ão, cada vez mais, um componente integral da Medicina de Família e Comunidade de alta qualidade (Kidd e Mazza, 2000). No futuro, um sistema de apoio à decisão clínica será capaz de comparar as características do paciente com uma base de conhecimento confiável e orientar, então, um clínico ao oferecer aconselhamento específico do paciente e em situação específica. Acredita-se que ao incorporar diretrizes baseadas em evidência, o processo de decisão clínica pode ser aprimorado e, assim melhorando a qualidade da atenção.

Atualmente, apoio computadorizado rudimentar à decisão clínica para a gestão de medicamento e atenção preventiva já é uma realidade para muitos GP. O uso clínico mais popular dos computadores na Medicina de Família e Comunidade em muitos países é a geração de receitas. Os usuários de programas computadorizados de receitas em alguns países estarão familiarizados com sistemas de avisos para intervenções de saúde preventiva com prazos de validade vencidos e avisos gerados por computadores sobre contraindicações potenciais, eventos adversos ou reações alérgicas nas decisões de prescrição (Nolan *et al.*, 1999). Em muitos casos, esses avisos baseiam-se em elementos das diretrizes da prática clínica para a administração terapêutica e atenção preventiva.

Outra área importante para desenvolvimento e adoção nesse campo bem poderia ser o uso de apoio à decisão clínica relacionada à interpretação dos resultados dos exames de patologia e radiologia. Em muitos países, os Médicos de Família e Comunidade já estão conectados *online* aos seus provedores de patologia e recebem eletronicamente os resultados dos exames patológicos. Em breve, assistência computadorizada na interpretação de resultados de diagnóstico em relação a detalhes num registro médico eletrônico de um paciente individual poderia começar acontecer e o aconselhamento poderia ser generalizado através de avisos gerados a partir de diretrizes clínicas apropriadas.

A gestão de doenças crônicas apresenta um desafio maior. O registro médico eletrônico é visto, atualmente, como um elemento essencial para disparar o provimento de diretrizes na gestão de doenças crônicas e agudas. Como mencionado anteriormente, existem impedimentos para a realização total do potencial do registro eletrônico do paciente. No

Reino Unido, por exemplo, existiu foi difícil fazer com que os médicos usassem o registro eletrônico total do paciente, embora muito da pesquisa atualmente disponível refere-se a *softwares* passados que frequentemente não tinham funcionalidade e rapidez (Watkins *et al.*, 1999; Ellis e Kidd, 2000).

Independentemente do que aconteça, o estilo individual da consulta de muitos médicos bem pode ter que mudar caso essas características devam ser utilizadas. Muitos GPs estão cientes há tempo de que o computador se torna algo como uma imposição na relação médico-paciente e que impede o fluxo da comunicação (Purves *et al.*, 1998). Essa situação será exacerbada à medida que mais tempo e atenção durante as consultas deva ser dado à informação na tela do computador à custa da comunicação direta entre o médico e o paciente.

Outro problema-chave é que a maioria das diretrizes clínicas não foi desenvolvida num formato que permita incorporação fácil nos sistemas computadorizados de apoio à decisão. Não se trata da simples transferência de diretrizes impressas em papel para um formato computadorizado (Purves, 1996). Todo o processo do desenvolvimento das diretrizes pode e ter de mudar e ter de mudar caso devamos adequar a informação fornecida pela diretriz com os processos decisórios do clínico individualmente.

A necessidade de apoiar as tecnologias: computadores, redes e telemática

Com a evolução rápida da tecnologia da informação, grandes possibilidades foram identificadas para o manejo de grandes quantidades de dados sobre as necessidades das populações em atenção em saúde. Em 1993, foi criado um grupo de trabalho na UE para identificar como os aplicativos da telemática na Medicina de Família e Comunidade, no marco da atenção primária em saúde, poderiam ser desenvolvidos para melhorar ainda mais a qualidade da atenção em saúde na Europa (De Maeseneer e Beolchi, 1994). No Reino Unido, o governo decidiu iniciar, em 1989, a coleta de dados financeiros de todas as clínicas, o que deu ímpeto a um crescimento rápido na informatização da atenção primária. As pesquisas sobre a computação na Medicina de Família e Comunidade sugerem que mais de 95% das clínicas no Reino Unido têm agora computadores (Gilles, 2000). O uso dos computadores para tarefas clínicas e administrativas específicas é muito variável.

Em outros países, o uso de computadores normalmente é dependente de como a atenção primária está organizada (clínicas individuais ou em grupo, a existência de um sistema de lista de pacientes, um sistema de seguridade nacional, etc.). Mesmo se computadores sejam usados na maioria das clínicas em certos países, a extensão na qual o pessoal da atenção primária usa os computadores em seu trabalho diário varia.

É difícil quantificar o uso clínico atual dos computadores nas consultas. Enquanto alguns clínicos numa série de países têm registros médicos eletrônicos completos e movem-se na direção do conceito "A Clínica Sem Papel" (Ellis, 2001), outros usam os seus computadores para um ou mais propósitos clínicos dentro de uma variedade deles. Essas incluem, entre outras, os relatórios e cartas de referência em editores de texto, prescrição e gestão de medicamentos eletronicamente, apoio nas decisões em doenças crônicas, chamadas e avisos sobre intervenções em atenção preventiva, acesso aos recursos da informação eletrônica, conectividade eletrônica à patologia e outros provedores de serviços, além da coleta de dados e relatórios para satisfazer as exigências governamentais ou os imperativos financeiros.

Taxas de uso de computadores em consultas de atenção primária variam também significativamente entre os países. Na Pesquisa Europeia dos Perfis de Tarefas dos GP, encontrou-se que havia uma grande variação entre os 30 países europeus num percentual (0-74%) de todos os GPs utilizando computadores para os registros do paciente (Boerma e Fleming, 1998). Enquanto os GPs em países como o Reino Unido, Países Baixos e a Escandinávia foram os primeiros a adotarem, muitos colegas em outras partes do mundo, particularmente nos Estados Unidos, ainda estão por adotar a computação clínica em grande escala. Numa pesquisa europeia sobre o uso do computador, concluiu-se que havia uma correlação entre um sistema melhor estruturado de atenção primária, com listas de pacientes, função de cão de guarda pelo GP, organização em clínicas de grupos e a taxa de uso maior do computador entre os GPs (Strobbe *et al.*, 1995).

Num trabalho objetivando testar a viabilidade de derivar indicadores de qualidade comparativa em 18 clínicas dentro de um grupo de atenção primária no Reino Unido, os pesquisadores fizeram uma auditoria retrospectiva usando sistemas de informática na clínica (McColl *et al.*, 2000). Concluíram que era possível derivar oito dos 26 indicadores em todas as clínicas e que as clínicas precisarão conformidade e compatibilidade maior de sistema de informática, habilidades aprimoradas com os computadores para o seu pessoal e o financiamento apropriado para derivar os indicadores.

Conectar computadores juntos numa rede interna dentro de uma clínica cria a oportunidade para o compartilhamento maior da informação sobre os pacientes entre os profissionais de saúde. Os dados do paciente podem ser armazenados tão seguramente quanto em arquivos de papel. Ligar redes de computadores através de *modems* ou com a transmissão de dados usando a internet aumenta ainda mais as possibilidades para o compartilhamento dos dados do pacientes com outros profissionais de saúde em locais diferentes, mas é claro faz surgir preocupações relativas à segurança e privacidade. Mesmo o uso de *e-mails* pode acelerar e aumentar a eficiência de muitas das atividades diárias dos GP. Deveria ser enfatizado, contudo, que uma rede apresenta somente um meio, enquanto o conteúdo é composto pelas mensagens transferidas dentro daquela rede (por ex., diretrizes eletrônicas). Algumas vezes esses conceitos são misturados, o que resulta em confusão porque as exigências e os obstáculos são diferentes.

O acesso fácil à internet pode fornecer ao clínico acesso imediato às diretrizes de tratamento, a qual pode ou não ser continuamente atualizada. Uma rede numa clínica de grupo pode fornecer acesso a CD-ROM compartilhados contendo informação médica. Isso pode incluir manuais, diretrizes baseadas em evidência, formulários de drogas, coleção de fotografias de condições dermatológicas, etc. O acesso fácil a tais diretrizes num momento em que sejam necessitados pode aprimorar a conformidade do clínico às diretrizes de tratamento (Young e Beswick, 1995; Mäkelä e Kunnamo, 2001).

O uso eficiente das novas ferramentas de comunicação exige um nível de informatização entre outros provedores e organizações da atenção em saúde. Um sistema ideal teria todos os trabalhadores em saúde que necessitem entrar com informação do paciente com acesso fácil a um computador, preferivelmente localizado dentro do seu ambiente de trabalho imediato. Essa pode estar num computador de mesa do GP ou a tecnologia móvel para permitir visitas aos hospitais e domicílios. Caso o acesso seja feito com mais dificuldade, então é mais provável que a informação seja manuseada de modo mais tradicional. Isso resultará em registros informatizados que podem não ter informação essencial sobre pacientes individualmente.

Howcroft e Mitev realizaram um estudo de caso empírico em 2000 do uso da internet e as dificuldades entre a gestão da clínica médica no RU. Eles relataram os resultados de entrevistas com 37 GPs e, como conclusão, encontraram que a maioria dos GPs queriam ligações eletrônicas locais, especialmente relacionadas com a atenção secundária. Dado o nível existente da informatização, um número surpreendente de GP falhou no uso da tec-

nologia da internet e viram pouco benefício da sua utilização. Alguns GP eram entusiastas da tecnologia, enquanto outros eram positivamente “tecnofóbicos”. Clínicas gerais não-fiduciárias em áreas socialmente carentes eram muito menos desejosos de abraçar a gestão da informação e a tecnologia. Uma explicação sugerida para isso baseia-se nas prioridades quando enfrentadas com a opção de ‘navegar’ nas supervias da informação em oposição a tratar pacientes gravemente enfermos vivendo em áreas carentes, o anterior pode ser simplesmente relegado como menos importante.

A telemedicina é por definição uma ciência focada na transmissão de informação em saúde numa rede eletrônica, mas praticamente focalizou nos problemas com a transmissão tanto de imagens fixas e ao vivo. Quando câmeras são conectadas aos computadores, as imagens digitais podem ser facilmente transferidas através de uma rede existente para outros destinos e ser recuperada com a mesma qualidade com que foram gravadas. Imagens de raios-X foram transferidas entre hospitais e radiologistas por mais de 35 anos. A mesma técnica pode ser também usada nas situações de atenção primária que têm equipamentos de raios-X mas sem radiologista no local. Existem investimentos consideráveis exigidos na infraestrutura básica e as necessidades deveriam ser cuidadosamente analisadas antes da aquisição de tecnologia cara. A experiência acumulada a partir desses centros que introduziram a tecnologia da telemedicina revela que em mais de 50% dos casos de telemedicina foram usados em propósitos educacionais (Wootton, 2001). Custos em tempo e viagem podem ser economizados pelos profissionais de saúde, mas esforços maiores são necessários para preparar os eventos educacionais mediados como videoconferências. Em alguns momentos, a transmissão de imagens ao vivo pode ser lenta e as imagens distorcidas. Esse problema pode ser eliminado usando linhas de transmissão de dados rápidas.

Desde 1995, a Universidade de Queen, Irlanda do Norte, organizou consultas teledermatológicas em tempo real usando vídeo conferências para uma série de instituições de atenção primária em saúde os resultados foram bastante impressionantes (Loane, 1999). Esse exemplo foi seguido, mais tarde, por outras, por exemplo, em Nottingham (Lawton *et al.*, 2004).

Todas as disciplinas onde as imagens têm um papel importante no processo de diagnose podem usar a telemedicina. Quando um cabo de vídeo é movido de uma câmera para um microscópio ou equipamento de endoscopia, as imagens ao vivo podem ser facilmente transmitidas de um médico de família e comunidade para um especialista num local distante. Durante a última década houve desenvolvimentos em telerradiologia, teledermatologia,

telepatologia, teleortopedia, telecirurgia e teleoftalmologia (Kvist, 1996; Lamminen e Nevalainen, 1999; Gonzales *et al.*, 2001). A telepsiquiatria é um campo com oportunidades enormes e bons resultados foram demonstrados em muitos estudos (Mielonen *et al.*, 1998; Gammon, 1999).

Estudos sobre diferenças na interpretação entre radiologistas avaliando imagens de filmes reais e imagens de telas, copiadas e transferidas para sítios distantes e avaliadas em telas de computador, mostraram boa correlação (Krupinski *et al.*, 1996). Teoricamente, caso as imagens feitas inicialmente com equipamento de raios-X digital não deveria haver diferença alguma na qualidade já que a informação idêntica está disponível em sítio remoto. A tendência é em direção ao equipamento de raios-X digital onde nenhum filme seja necessário na realidade. Contudo, o custo alto de tal equipamento ainda resultará no equipamento de raios-X normal como uma alternativa exigida para clínicas de grupo de tamanho limitado.

Na Finlândia, a primeira demonstração de telegastroscopia foi realizada em 1995 com o médico especialista a 900 quilômetros de distância do paciente, fornecendo retorno imediato sobre a situação gástrica da mucosa gástrica e o melhor local para uma biópsia possível (Kvist, 1995). Nos casos onde as gastroscopias foram realizadas por clínicos com experiência insuficiente (menos de 100-300 procedimentos), a adição de uma consulta por telemedicina com um clínico mais experiente ou treinamento com simulador endoscópico pode tornar isso um método mais confiável de pesquisa (Bar-Meir, 2001).

Todas as endoscopias são exemplos ilustrativos onde a telemedicina pode adicionar valor aos procedimentos realizados em atenção primária. Experiências com diagnóstico de ultrassom à distância do abdômen superior mostraram que é possível usá-la também para esses propósitos (Korman, 1995). Num estudo piloto no norte da Noruega, um GP foi provido com o equipamento necessário para realizar consultas otorrinolaringológicas usando as conexões da telemedicina. Essa habilidade do clínico foi aumentada e muitos pacientes evitaram a viagem de 700 km até a clínica universitária mais próxima (Pedersen *et al.*, 1999).

O custo-eficácia dos serviços da telemedicina precisa ainda ser completamente avaliado. Levando em conta os investimentos necessários na tecnologia nova, parece que para o uso clínico regular pode haver pouca, se alguma, economia dos recursos da atenção em saúde. Contudo, os pacientes podem se beneficiar com economia significativa em tempo de viagem até os especialistas ou redução nos atrasos entre a apresentação inicial dos sintomas e o tempo que um diagnóstico correto pode ser feito e iniciado o tratamento apropriado.

A Internet chegou ao mesmo tempo em que os consumidores em saúde começam a questionar seriamente a relação médico-paciente tradicional e a ter um papel maior na gestão da sua própria atenção em saúde (Jadad, 1999; Eysenback, 2000). Caso os GPs devam continuar com sendo um marco confiável do provimento da atenção em saúde em cada um dos nossos países, eles precisam começar a se adaptar às mudanças nas expectativas dos seus pacientes e o uso da internet pelos pacientes com uma ferramenta para a atenção em saúde.

O visionário da internet, Nicholas Negroponte, escreveu: 'Na Internet, ninguém precisa saber que você é um cachorro' (Negroponte, 1995). Qualquer um pode criar um sítio na rede sobre um tema relacionado com a saúde e reivindicar ser um especialista. A Internet está infestada com sítios potencialmente perigosos e os pacientes precisam estar atentos a todas as informações obtidas através dela. Como fazem os seus GP, cabe a cada pessoa fazer um juízo sobre a qualidade de um sítio. Precisa-se escrutinar a fonte da informação. 'Posso confiar na informação nesse sítio? Posso confiar no autor? As suas qualificações e afiliações parecem genuínas? É essa informação atual?' Muitos grupos de consumidores e de organizações médicas e órgãos de classe oferecem *links* para outros sítios que eles avaliaram e que acreditam ser benefício dos seus afiliados e de outros visitantes das suas próprias *home pages*. Bem pode existir um local para a *home page* de cada Medicina de Família e Comunidade se tornar o portal para informação útil e validada na internet, especificamente escolhida para a sua população de pacientes. Uma pesquisa *online* mostrou que 50% dos que responderam estariam interessados em usar um sítio na rede operado pelo consultório dos seus próprios médicos (Pyke, 1999).

Um dos desafios mais recentes para os GPs é o paciente que se apresenta com informação obtida através de uma pesquisa na Internet. Isso parece ser especialmente relevante para as pessoas com problemas crônicos de saúde que podem ter um grau de insatisfação com algum aspecto da gestão atual da sua atenção em saúde. Uma abordagem é tentar determinar o que motivou essa pessoa a levar essa informação e quais preocupações o levaram a essa missão de busca factual (Kidd, 2001).

Torna-se aparente também que muitos pacientes gostariam de se comunicar com os seus médicos *online*. Consultas cibernéticas com os pacientes através de *e-mails* ou pela internet representam um desafio para os métodos tradicionais de provimento da atenção clínica. O *e-mail* poderia ser usado pelos pacientes para solicitar os resultados de exames de

patologia e de radiologia, solicitar a repetição de receitas ou cartas de referência ou fazer perguntas que possam ter surgido após a consulta ter acabado.

Contudo, a comunicação por *e-mail* traz alguns riscos. Assim como os GPs desenvolveram métodos para lidar com consultas com clientes baseadas no telefone, eles precisam desenvolver também meios para cuidar das solicitações de informação recebidas via Internet. Existem riscos à segurança da informação personalizada da saúde enviada por *e-mail*. Existem os riscos do paciente mal interpretar a informação fornecida por *e-mail*. Existem riscos que os médicos terminem com um volume enorme de trabalho extra não pago no computador.

Isso coloca desafios adicionais para a relação médico-paciente. Cada mensagem de *e-mail* para um paciente se torna um documento jurídico. É possível que o *e-mail*, através da criação de uma “relação virtual” que não existia anteriormente, poderia criar um dever da relação da atenção onde o médico não tinha a intenção de criar uma. É possível que os médicos possam se achar com responsabilidade de responder a questionamentos que, de outra forma, não teria sido possível receber. Os atrasos na resposta podem trazer riscos adicionais para os pacientes (Kidd *et al.*, 2002). Contudo, esses desenvolvimentos podem revolucionar também o provimento da atenção em saúde no lugar de visitas discretas periódicas ao médico, contato e gestão de aconselhamento podem ser possíveis de serem fornecidos de uma maneira contínua e em andamento. Isso poderia se tornar uma ferramenta clínica poderosa com a capacidade adicional do monitoramento em domicílio e a transmissão baseada na internet dos sinais vitais e dos resultados patológicos em domicílio. O papel do GP poderia tornar-se até mesmo mais central na gestão de muitos problemas crônicos de atenção em saúde. Continuidade verdadeira da atenção poderia se tornar uma realidade já que o sistema de informática do GP permite ao médico acompanhar diariamente a atenção dos pacientes, individualmente

Para os gestores da atenção em saúde foi disponibilizada recentemente uma nova tecnologia na internet para os administradores de Fundos Fiduciários de atenção primária. Mapas interativos baseados na rede de classificação por estrelas do PCT estão acessíveis para todos os administradores que queiram comparar o desempenho do seu fundo com os resultados correspondentes de outros fundos. Ao agir como uma alternativa aprimorada ou complementar às interfaces *online* puramente textuais, os mapas interativos podem dar maior poder ainda às organizações e à aqueles que tomam decisões (Boulos, 2004).

Formação e treinamento

A formação e o treinamento da mão de obra clínica são essenciais caso as novas tecnologias devam ser incorporadas com sucesso na Medicina de Família e Comunidade e terem um impacto sobre a atenção clínica. Muitos autores trataram da necessidade de incluir o treinamento em tecnologia da informação nos programas de formação clínica e têm delineado modos de formar trabalhadores e estudantes da atenção em saúde sobre como usar a tecnologia da informação na sua prática clínica diária (Hardy *et al.*, 1996; Carlile e Sefton, 1998; Lawson *et al.*, 1998; Kidd e McPhee, 1999). Infelizmente, muitos profissionais da atenção em saúde acham que a formação atual sobre o uso de computadores na atenção em saúde pode ser muito fria e não muito atraente, particularmente se a ênfase estiver na tecnologia em vez das suas aplicações na atenção em saúde. Trabalhar com cenários clínicos e identificar as questões de informação e as suas aplicações como aprendizes podem ser estratégias de educação muito mais efetivas (Serviço Nacional de Saúde, 1997). Contudo, somente a formação sobre o uso básico do computador não é suficiente para os profissionais da atenção em saúde. Os médicos precisam também estar equipados com capacidades avançadas na gestão da informação caso devam ser capazes de vencer os desafios da medicina baseada em evidência, fornecer atenção verdadeiramente coordenada e enfrentar os problemas associados com a sobrecarga de informação.

Figura 12.1 Dez habilidades básicas em informática para os profissionais da atenção em saúde

1. Organizar a informação eletrônica (por ex., nomear documentos, criar diretórios, mover arquivos e renomear arquivos).
2. Usar o pacote de processador de texto para gerar documentos simples.
3. Entrar e manipular dados usando uma planilha.
4. Procurar um banco de dados simples;
5. Realizar pesquisas e acessar sítios relevantes na Rede Mundial (*World Wide Web*) e bancos de dados relacionados à saúde relevantes.
6. Recuperar/baixar documentos eletrônicos de diversas fontes e transferir dados de um aplicativo para outro.
7. Explicar as razões para redes eletrônicas e dar exemplos do seu uso na atenção em saúde.
8. Enviar, recuperar e dar ciência de *e-mails* e anexos.
9. Identificar exemplos do uso da tecnologia da informação como uma ferramenta efetiva no provimento e gestão da atenção em saúde.
10. Avaliar o uso efetivo dos sistemas de informação no Serviço Nacional de Saúde. Discutir por que os exemplos diferentes deveriam estar em papel ou no formato eletrônico.

Fonte: Serviço Nacional de Saúde (1999).

Tem sido questionado que a formação sobre a tecnologia da informação para os trabalhadores na atenção em saúde exige uma abordagem de três pontas (Koschmann, 1995). Os clínicos precisam aprender sobre computadores (i.e., as suas aplicações potenciais na atenção em saúde). Precisam aprender através dos computadores (i.e., como usar a tecnologia para receber formação contínua). Mais fortemente, precisam aprender com os computadores (i.e. através do uso dessa tecnologia como parte do seu trabalho diário e através do uso das suas características para dar-lhes assistência para identificar e satisfazer as necessidades de formação enquanto trabalham).

O Serviço Nacional de Saúde no Reino Unido produziu recomendações para o treinamento em informática da saúde na formação dos seus clínicos (Serviço Nacional de Saúde, 1999). Essas recomendações identificam elementos comuns em toda a prática clínica relevante a todos os trabalhadores na atenção em saúde e provêem aconselhamento sobre estratégias educacionais. Os elementos tratados são: comunicação, gestão do conhecimento, qualidade e gestão de dados, confidencialidade e segurança, usos secundários dos dados e da informação clínica, auditoria clínica e de serviço, sistema de funcionamento clínico e telemedicina, e teleatenção. As recomendações fornecem também uma lista de dez habilidades básicas em informática que são exigidas por todos os profissionais da atenção em saúde (Figura 12.1). Uma lista mais visada clinicamente das habilidades essenciais da informática clínica (Coiera, 1998) foi recomendada para os profissionais da atenção em saúde na Austrália (Figura 12.2).

Juntas essas recomendações podem formar a base para um currículo de formação em informática para GP e outros trabalhadores em atenção primária em saúde.

Aspectos jurídicos e segurança de dados

A introdução de tecnologia nova pode enfrentar também barreiras quando surgem conflitos com a legislação em países individuais. Em alguns casos, a legislação não prevê ou se atualizou com os desenvolvimentos que acontecem na atenção clínica. A transferência de registros totalmente sem papel pode não ser possível juridicamente sem a revisão da legislação em alguns países. As mesmas regras se aplicam ao armazenamento de imagens de raios-X. Os dados desses arquivos imensos de imagem podem causar problemas e necessitar de abordagens novas para arquivamento. Embora soluções técnicas estejam com frequência disponíveis, investimento considerável pode ser também exigido. Uma exigência das autoridades de saúde é que, a partir de um ponto de vista jurídico, deveria ser possível auditar todas as mudanças que tenham sido feitas nos registros originais, tanto por data e conteúdo como por provedor. Existem soluções técnicas para esses problemas.

Maneiras novas de interagir com os pacientes usando a telemedicina ou através da internet podem trazer outros desafios legislativos. Essas consultas novas podem transcender as fronteiras geográficas tradicionais e é possível consultar pacientes em outras partes do mesmo país ou através das fronteiras internacionais. Essas inovações não ficam facilmente onde os sistemas jurídicos e regulatórios são, com frequência, muito 'jurisdição-específica', e assume-se que o provimento do serviço clínico aconteça da maneira 'tradicional', face a face.

Figura 12.2 Dez habilidades essenciais em informática clínica

1. Entender a dinâmica e a natureza incerta do conhecimento médico, e ser capaz de manter conhecimento e habilidades pessoais atualizados.
2. Saber como pesquisar e acessar conhecimento segundo base estatística da evidência científica.
3. Entender alguns dos modelos de lógica e estatística do processo de diagnose.
4. Interpretar dados clínicos incertos e relacionar com artefatos e erro.
5. Estruturar e analisar decisões clínicas em termos de riscos e benefícios.
6. Aplicar e adaptar conhecimento clínico às circunstâncias individuais do paciente.
7. Acessar, avaliar, selecionar e aplicar uma diretriz de tratamento, adaptá-la às circunstâncias locais e comunicar e registrar as variações nos planos de tratamentos e resultados.
8. Estruturar e registrar dados clínicos numa forma apropriada para a tarefa clínica imediata, para comunicação com colegas ou para propósitos epidemiológicos.
9. Selecionar e operar o método de comunicação mais apropriado para uma tarefa dada (por ex., conversa face a face, telefone, e-mail, vídeo, correio de voz, carta).
10. Estruturar e comunicar mensagens de maneira mais adequada para o destinatário, tarefa e meio de comunicação escolhido.

Fonte: Coiera (1998).

É aparente que a introdução dos sistemas ICT pode 'elevar o nível' das expectativas, particularmente sobre privacidade, segurança e confidencialidade da informação pessoal de saúde. Existem, até agora, poucos princípios jurídicos estabelecidos, mas a aplicação dos 'primeiros princípios' dará alguma orientação preliminar. Esses princípios demonstram que 'no fundo' se trata do profissional ter ou não exercitado atenção 'razoável'. O computador provavelmente é visto como uma ferramenta. Como todas as demais ferramentas, espera-se que os profissionais que escolherem usar ICT saibam usar com segurança tais ferramentas.

Os GP podem se achar juridicamente expostos caso se confie numa ferramenta eletrônica de apoio à decisão clínica que 'leve-os a se perderem'. É possível que dano ao paciente possa ser causado pelo uso de ferramentas de alta tecnologia. Em tal situação, os usuários podem reivindicar que a tecnologia era errada, enganosa ou confusa. O fabricante poderia responder que a culpa foi o erro do usuário.

Do mesmo modo, os clínicos podem – num futuro não tão distante – se achar expostos juridicamente caso falhem ao usar de forma apropriada as ferramentas eletrônicas de apoio às decisões clínicas e os sistemas computadorizados de registros dos pacientes. As expectativas comunitárias e jurídicas provavelmente mudarão à medida que a tecnologia se torne mais generalizada e aceita como a ‘melhor’ prática clínica. Os clínicos podem ser criticados se desligarem as ferramentas de apoio à decisão com informação de interação entre drogas ou se falharem em acessar as diretrizes de melhores práticas tidas como disponíveis na Internet (Milstein e Togno, 2001).

A reorganização do NHS na Inglaterra em 303 Fundos Fiduciários de atenção primária em 2002 aumentou as expectativas de que poderiam ser agentes poderosos para mudar num NHS mais delegado, clinicamente voltado e respondendo mais localmente. Existe, contudo, uma crença crescente de que esses fundos tenham fracassado em satisfazer essas expectativas e que as organizações sejam, talvez, ineficazes. Reorganização maior poderia reduzir o número de fundos de atenção primária para cerca de 100–150 em toda a Inglaterra. Assim, a reestruturação organizacional parece promover uma mudança de volta ao tamanho das unidades originais, das quais os fundos foram criados originalmente. A mudança como uma onda das estruturas organizacionais enfatizou a importância da tecnologia da informação em bom funcionamento nas redes públicas de saúde, mas não há evidência definitiva de que a reorganização estrutural dos Fundos Fiduciários de atenção primária seria benéfica para os pacientes (Fahey *et al.*, 2003; Walshe *et al.*, 2004).

Conclusões

ICT oferece boas oportunidades para desenvolver ainda mais um papel de coordenação na atenção primária em saúde. O uso das novas tecnologias da informação e telecomunicação dentro da consulta na atenção primária pode ampliar o seu alcance e tornar os seus limites mais permeáveis. O uso generalizado do *e-mail* e da internet pelos pacientes ‘alfabetizados na informação’ pode reformatar a interação médico-paciente, mas traz junto problemas de controle da qualidade relacionados à informação, além de licenciamento e confiança. Caso os limites da interação médico-paciente devam se tornar maleáveis pela internet e *e-mail*, elas serão também reformatadas pelos novos sistemas de comunicação dentro das próprias organizações da atenção em saúde, em especial a telemedicina. Essas tecnologias não mudam simplesmente os procedimentos pelos quais a informação se move através dos sistemas da atenção em saúde, mas impactam também na identidade profissional dos clínicos que a utilizam.

A proliferação e a expansão das novas tecnologias na atenção primária em saúde trazem a visão não somente do “paciente do futuro”, mas também do “clínico do futuro”. As novas tecnologias confrontam os clínicos com novas questões éticas sobre segurança e confiabilidade, privacidade e evidência, além da globalização do conhecimento médico e da prática clínica. Movemo-nos em direção a uma prática baseada em ICT com condições e exigências especiais.

À medida que o uso do computador na Medicina de Família e Comunidade torna-se mais generalizado, a evidência dos benefícios em qualidade se acumula. As revisões sistemáticas dos estudos sobre os efeitos dos sistemas de apoio à decisão clínica informatizados no desempenho dos médicos demonstraram melhorar a prescrição dos antibióticos, dosagem das drogas, atenção preventiva e outros aspectos da atenção primária médica (Sullivan e Mitchell, 1995; Balas *et al.*, 1996; Pestonik *et al.*, 1996; Baker, 1997; Beilby e Silagy, 1997; Hunt *et al.*, 1998; Mitchell e Sullivan, 2001). Bgz ytr). O bom conhecimento dessas oportunidades oferecidas pela tecnologia da ICT é necessário caso o futuro GP deva estar no banco do motorista da atenção primária.

As condições para uma atenção primária baseada na ICT são:

- ▶ continuidade entre atenção/paciente e do médico conhecer a cada;
- ▶ organização da prática/escala da prática;
- ▶ sistemas de financiamento/seguro;
- ▶ cooperação entre atenção primária e secundária;
- ▶ habilidades do pessoal;
- ▶ sistemas/programas compatíveis em seu próprio idioma/disponibilidade de sistemas de codificação e classificação;
- ▶ legislação;
- ▶ infraestrutura;
- ▶ infraestrutura profissional bem desenvolvida (CME, produção de diretriz);
- ▶ pacientes informados.

Referências

AHMAC (Australian Health Ministers' Advisory Council) (1996) Taskforce on Quality in Australian Health Care of the Australian Health. Canberra: Department of Health and Aged Care, Australia.

Baker, R. (1997). Review: computerized reminders increase the rate of use of most preventive services, *ACP Journal Club* 126(3): 80.

- Balas, E.A., Austin, S.M., Mitchell, J.A., Ewigman, B.G., Bopp, K.D., Brown, G.D. (1996). The clinical value of computerized information services: a review of 98 randomized clinical trials, *Archives of Family Medicine* 5(5): 271–278.
- Bar-Meir, S. (2001). Training models – why and how, in *Poster Abstracts from the Falk Symposium on Medical Imaging in Gastroenterology and Hepatology*, in Hannover, Germany, 28–29.9, 19. www.falkfoundation.com/pdf/FS124-Internet.pdf.
- Beilby, J.J. and Silagy, C.A. (1997). Trials of providing costing information to general practitioners: a systematic review, *Medical Journal of Australia* 167(2): 89–92.
- Boerma, W.G.W. and Fleming, D.M. (1998). *The Role of General Practice in Primary Health Care*. London: World Health Organization.
- Boulos, K.M.N. (2004). Web GIS in practice: an interactive geographical interface to English Primary Care Trust performance ratings for 2003 and 2004, *International Journal of Health Geographics* 3(1): 16.
- Carlile, S. and Sefton, A.J. (1998). Healthcare and the information age: implications for medical education, *Medical Journal of Australia* 168: 340–343.
- Coiera, E. (1998). Medical informatics meets medical education, *Medical Journal of Australia* 168: 319–320.
- De Maeseneer, J. and Boelchi, L. (1994). Telematics in primary health care: a concerted action (AIM-PRIMACARE A 2015), *Computer Methods and Programs in Biomedicine* 45: 145–147.
- Ellis, N. (2001). *Going Paperless: A Guide to Computerisation in Primary Care*. Abingdon: Radcliffe Medical Press.
- Ellis, N. and Kidd, M.R. (2000). What lessons can Australia learn from the computerisation of General Practice in the United Kingdom? *Medical Journal of Australia* 172: 22–24.
- Eysenback, G. (2000). Consumer health informatics, *British Medical Journal* 320: 1713–1716.
- Fahey, D.K., Carson, E.R., Cramp, D.G. and Muir Gray, J.A. (2003). User requirements and understanding of public health networks in England, *Journal of Epidemiology and Community Health* 57(12): 938–944.
- Gammon, D. (1999). Telepsychiatry in Norway, in Wootton, R. (ed.) *European Telemedicine 1998/1999*. London: Kensington Publications Ltd, 89–90.
- Gilles, A. (2000). Information support for general practice in the new NHS, *Health Libraries Review* 17: 91–96.
- Gonzales, F., Iglesias, R., Suarez, A., Gomez-Ulla, F. and Perz, R. (2001). Teleophthalmology link between primary health care centre and a reference hospital, *Med Inform Internet Med* 26(4): 251–263.
- Hardy, J.L., Conrick, M., Foster, J., McGuinness, B. and Bostock, E. (1996). Computerised education for health professionals, in Hovenga, E., Kidd, M. and Cesnik, B. (eds), *Health Informatics: An Overview*. Melbourne: Churchill Livingstone.
- Heard, S., Givel, T., Schloeffel, P. and Doust, J. (2000). The benefits and difficulties of introducing a national approach to electronic health records in Australia. Report to the electronic health records taskforce. Adelaide: Commonwealth Department of Health and Aged Care.
- Howcroft, D. and Mitev, N. (2000). An empirical study of Internet usage and difficulties among medical practice management in the UK, *Internet Research: Electronic Networking Applications and Policy* 10: 170–181.

- Hunt, D.L., Haynes, R.B., Hanna, S.E. and Smith, K. (1998). Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes – a systematic review, *Journal of the American Medical Association*, 280(15): 1339–1346.
- Jadad, A.R. (1999). Promoting partnerships: challenges for the internet age, *British Medical Journal*, 319: 761–764.
- Kidd, M.R. (2001). General practice and consumers on the Internet, *Australian Family Physician* 4.
- Kidd, M.R. and Mazza, D. (2000). Clinical practice guidelines and the computer on your desk, *Medical Journal of Australia* 173: 373–375.
- Kidd, M.R. and McPhee, W. (1999). The “Lost Generation”: IT education for healthcare professionals, *Medical Journal of Australia* 171: 510–511.
- Kidd, M.R., Milstein, B. and Togno, J. (2002). The computer on your desk: new roles, new rules and new challenges for general practice, *New Zealand Family Physician* 29(4): 226–228. (<http://www.rnzcp.org.nz/NZFP/Issues/Aug2002/Kidd-August-02.pdf>, accessed 17 February 2004).
- Korman, M. (1995). Presentation at the National Conference in Telemedicine, Turku, Finland, 24–25 October.
- Koschmann, T. (1995). Medical education and computer literacy: learning about, through, and with computers, *Academic Medicine*, 70(9): 818–821.
- Krupinski, E.A., Weinstein, R.S. and Rozek, L.S. (1996). Experience-related differences in diagnosis from medical images displayed on monitors, *Telemedicine Journal* 2: 101–108.
- Kvist, M. (1995). Telemedicine. Presentation at the Annual Medical Conference, Helsinki, Finland, 11 January.
- Kvist, M. (1996). Telemedicine applications in Finland 1996. Helsinki: National Agency for Welfare and Health; FinOHTA publication No 2. (<http://www.stakes.fi/finohta/e/reports/002/r002f.html>, accessed 17 February 2004).
- Lamminen, H. and Nevalainen, J. (1999). Telemedicine in orthopaedics, in Wootton, R. (ed.) *European Telemedicine 1998/1999*. London: Kensington Publications Ltd, 93–96.
- Langley, C., Faulkner, A., Watkins, C., Gray, S., and Harvey, I. (1998). Use of guidelines in primary care – practitioners’ perspectives, *Family Practice* 15: 105–111.
- Lawson, K., Armstrong, R. and Van der Weyden, M. (1998). A sea change in Australian medical education, *Medical Journal of Australia* 169: 653–658.
- Lawton, S., English, J., McWilliam, J., Wildgust, L. and Patel, R. (2004). Development of a district-wide teledermatology service, *Nursing Times* 100(14): 38–41.
- Loane, M. (1999). Real-time dermatology, in Wootton, R. (ed.) *European Telemedicine 1998/1999*. London: Kensington Publications Ltd, 76–78.
- Mäkelä, M. and Kunnamo, I. (2001). Implementing evidence in Finnish primary care. Use of electronic guidelines in daily practice, *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 19(4): 214–217.
- McColl, A., Roderick, P. and Smith, H. *et al.* (2000). Clinical governance in primary care groups: the feasibility of deriving evidence-based performance indicators, *Quality in Health Care* 9: 90–97.
- Mielonen, M-L., Ohinmaa, A., Moring, J. and Isohanni, M. (1998). The use of videoconferencing for telepsychiatry in Finland, *Journal of Telemedicine and Telecare* 4: 125–131.
- Milstein, B. and Togno, J. (2001). *Legal Issues in General Practice Computerisation*. Barton: General Practice Computing Group. (http://www.gpcg.org/publications/docs/projects2001/GPCG_Project22_01.pdf, accessed 17 February 2004).

Mitchell, E., and Sullivan, F. (2001). A descriptive feast but an evaluative famine: systematic review of published articles on primary care computing during 1980–97, *British Medical Journal* 322: 279–282.

National Health Service (1997). *Approaches for informatics in postgraduate medical and dental education: an account from four national pilot sites. National Health Service Education and Training Program in Information Management and Technology for Clinicians*. London: NHS.

National Health Service (1999). *Learning to Manage Health Information*. Bristol: National Health Service Executive.

Negroponte, N. (1995). *Being Digital*. New York: Knopf.

Nolan, A., Norquay, C., Dartnell, J., and Harvey, K. (1999). Electronic prescribing and computer-assisted decision support systems, *Medical Journal of Australia* 171(10): 541–543.

Okkes, I.M., Polderman, G.O., Fryer, G.E. et al. (2002). The role of family practice in different health care systems: a comparison of reasons for encounter, diagnoses, and interventions in primary care populations in the Netherlands, Japan, Poland, and the United States, *The Journal of Family Practice* 51: 72. (www.jfponline.com/content/2002/01/jfp_0102_00072.asp, accessed 17 February 2002).

Pedersen, S., Haga, D. and Arild, E. (1999). Tele-otorhinolaryngology (tele-ENT), in Wootton, R. (ed.) *European Telemedicine 1998/1999*. London: Kensington Publications Ltd.

Pestonik, S.L., Classen, D.C., Scott Evans, R. and Burke, J.P. (1996). Implementing antibiotic practice guidelines through computer-assisted decision support: clinical and financial outcomes, *Annals of Internal Medicine* 124(10): 884–890.

Purves, I. (1996). Facing future challenges in general practice: a clinical method with computer support, *Family Practice* 13(6): 536–543.

Purves, I., Nestor, G. and Williams, K. (1998). Testing of PRODIGY continues, *British Medical Journal* 316: 776.

Pyke, B. (1999). The rise of the Internet health consumer: impacts of the Internet on the doctor-patient relationship. (<http://www.cyberdialogue.com/pdfs/wp/wp-cch-1999-doctors.pdf>, accessed 19 February 2004).

Strobbe, J., De Maeseneer, J. and Ceenaeme, R. (1995). A picture of primary health care in Europe, in de Maeseneer, J. and Beolchi, L. (eds) *Telematics in Primary Care in Europe*. Amsterdam: IOS Press.

Sullivan, F. and Mitchell, E. (1995). Has general practitioner computing made a difference to patient care? A systematic review of published reports, *General Practice* 311: 848–852.

Walshe, K., Smith, J., Dixon, J. et al. (2004). Primary care trusts. Premature reorganisation, with mergers, may be harmful, *British Medical Journal*, 329: 871–872.

Watkins, C., Harvey, I., Langley, C., Gray, S. and Faulkner, A. (1999). General practitioners' use of guidelines in the consultation and their attitudes to them, *British Journal of General Practice* 49: 11–15.

Wootton, R. (2001). Recent advances: telemedicine, *British Medical Journal* 323: 557–560.

Young, A. and Beswick, K. (1995). Protocols used by UK general practitioners, what is expected of them and what solutions are provided, *Computer Methods and Programs in Biomedicine* 48: 85–90.

Referências-chave para leitura adicional

1. www.globalfamilydoctor.com (*web site* da WONCA, Organização Mundial dos Médicos de Família, apresentando conexões a diversos recursos úteis para os provedores da atenção primária médica).
2. www.gpcg.org (*web site* do Grupo de Médico de Família e Comunidade Informatizada, a organização nacional mais avançada para a atenção primária médica na Austrália, apresentando recursos voltados para as necessidades dos Médicos de Família e Comunidade envolvidos na informatização da consulta).
3. www.imia.org (*web site* da Associação Internacional da Informática Médica com conexões a recursos que promovem a informática na atenção em saúde e pesquisa biomédica).
4. www.phcsg.org.uk (*web site* do Grupo de Especialistas na atenção primária em Saúde da Sociedade Britânica de Informática com conexão ao *The Journal of Primary Care Informatics*).
5. www.amia.org (*web site* da Associação Americana de Informática Médica com conexão ao *Journal of the American Medical Informatics Association*, um jornal de revisão por pares publicação bimensal contendo artigos sobre todos os aspectos da informática médica).
6. www.fimnet.fi/telemedicine/index2.html (*web site* da Sociedade Filandesa de Telemedicina com conexões úteis para *web sites* de Telemedicina).
7. www.americantelemed.org (*web site* da Associação Americana de Telemedicina).

Agradecimentos

Esse capítulo baseia-se nas seguintes publicações anteriores dos autores:

Kidd, M.R. (2001). General practice and consumers on the Internet, *Australian Family Physician* 4.

Kidd, M.R., Milstein, B. and Togno, J. (2002). The computer on your desk: new roles, new rules and new challenges for general practice. *New Zealand Family Physician* 29(4): 226–228 (<http://www.rnzcgp.org.nz/NZFP/Issues/Aug2002/Kidd-August-02.pdf>, accessed 17 February 2004).

Kidd, M.R. and Mazza, D. (2000). Clinical practice guidelines and the computer on your desk, *Medical Journal of Australia* 173: 373–375.

Kidd, M.R. and McPhee, W. (1999). The “Lost Generation”: IT education for healthcare professionals, *Medical Journal of Australia* 171: 510–511.

Kvist, M. (1991). Telephone contacts in Finnish urban general practice [Dissertation]. Turku University Publication, series D, No. 71, Turku.

Kvist, M. (1996). Telemedicine applications in Finland 1996. Helsinki: National Agency for Welfare and Health, 1996; FinOHTA publication No. 2 (<http://www.stakes.fi/finohta/e/reports/002/r002f.html>, accessed 15 March 2004).

Livros relacionados da Open University Press

Aquisição em www.openup.co.uk ou peça pelo seu livreiro local

SISTEMAS DE SEGURIDADE SOCIAL EM SAÚDE NA EUROPA OCIDENTAL

Richard B. Saltman, Reinhard Busse e Josep Figueras (eds)

- ▶ Quais são as características que definem um sistema de Seguridade Social em Saúde?
- ▶ Como o sucesso é medido nos sistemas SHI?
- ▶ Como se desenvolvem os sistemas SHI em resposta a pressões externas?

Usando a Seguridade Social em Saúde em 7 países na Europa Ocidental – Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Luxemburgo, Países Baixos e Suíça – assim como Israel, este livro importante revisa as dimensões estruturais e organizacionais centrais bem como as reformas e inovações recentes.

Cobrindo uma gama ampla de questões de política, o livro:

- ▶ Explora as pressões que estes sistemas de saúde enfrentam para serem mais eficientes, mais efetivos, além de mais respostas
- ▶ Revisa os seus sucessos em cuidar destas pressões
- ▶ Examina as implicações da mudança na estrutura da SHI como são definidas atualmente
- ▶ Baseia-se em lições de políticas sobre experiências passadas e os desenvolvimentos prováveis no futuro nos sistemas SHI numa maneira útil para legisladores na Europa e em outros lugares, o *Sistemas de Seguridade Social em Saúde na Europa Ocidental* será interessante para estudantes de política e gestão em saúde bem como gestores e legisladores em saúde.

Contribuidores

Helmut Brand, Jan Bultman, Reinhard Busse, Laurent Chambaud, David Chinitz, Diana M.J. Delnoij, André P. den Exter, Aad A. de Roo, Anna Dixon, Isabelle Durand-Zaleski, Hans F.W. Dubois, Josep Figueras, Bernhard Gibis, Stefan Greâ, Bernhard J. Guntert, Jean Hermesse, Maria M. Hofmarcher, Martin McKee, Pedro W. Koch-Wulkan, Claude Le Pen, Kieke G.H. Okma, Martin Pfaff, Richard B. Saltman, Wendy G.M. van der Kraan, Jurgen Wasem, Manfred Wildner, Matthias Wismar.

Índice

Lista de contribuidores – Introdução – Prefácio – Agradecimentos – Parte Um – Seguridade social em saúde em perspectiva: o desafio de sustentar a estabilidade – A base histórica e social dos sistemas de seguridade social em saúde – Organização e financiamento dos sistemas de seguridade social em saúde – Avaliando os sistemas de seguridade social em saúde nas questões de política atuais e futuras – Parte Dois – O desafio para solidariedade – Governança e (auto) regulamentação nos sistemas de seguridade social em saúde – Solidariedade e concorrência nos países com seguridade social em saúde – Questões organizacionais chave – Mudando os Critérios para as decisões sobre benefícios nos sistemas de seguridade social em saúde – Contratar e pagar provedores nos sistemas de seguridade social em saúde – O papel do seguro privado de saúde nos países com seguridade social em saúde – O papel em mutação do indivíduo nos sistemas de seguridade social em saúde – além da atenção aguda – Prevenção e saúde pública nos sistemas de seguridade social em saúde – atenção de longo prazo nos sistemas de seguridade social em saúde – Índice.

328pp

0 335 21363 4 (Paperback) 0 335 21364 2 (capa dura)

POLÍTICA DE SAÚDE E A AMPLIAÇÃO DA UNIÃO EUROPEIA

Martin McKee, Laura MacLehose e Ellen Nolte (eds)

Os legisladores nacionais europeus concordam de maneira geral sobre os objetivos centrais que deveriam buscar os seus sistemas de saúde. A lista é direta: acesso universal para todos os cidadãos, atenção efetiva para melhores resultados em saúde, uso eficiente dos recursos e serviços de alta qualidade em resposta às pre-ocupações dos pacientes. É a fórmula que ressoa pelo espectro político e a qual, em diversas, algumas vezes configurações inventivas, têm atuado nas campanhas eleitorais nacionais europeias mais recentes.

- ▶ Embora possa haver consenso nas questões mais gerais, as expectativas diferem entre os países da UE e, com a ampliação em 2004, a questão se tornou mais complexa. Este livro busca avaliar o impacto do processo de ampliação e analisar os desafios à frente no campo da saúde e da política de saúde. Escrito por analistas líderes de política de saúde, o livro analisa um conjunto de áreas incluindo:
 - ▶ investimento na atenção em saúde
 - ▶ recrutamento internacional de enfermeiras e médicos
 - ▶ saúde e segurança
 - ▶ controle de doenças comunicáveis
 - ▶ Política farmacêutica europeia

Política de Saúde e a Ampliação da União Europeia será do interesse de estudantes em política de saúde, economia, política e gestão pública, bem como gestores e legisladores de saúde.

Índice

Saúde e ampliação – O processo de ampliação – Situação da saúde e as tendências nos países candidatos – Saúde e atenção em saúde nos países candidatos à União Europeia: Desafios comuns, circunstâncias diferentes, políticas diversas – Inves-tir em saúde para a adesão – Integração da Alemanha Oriental na UE: investimento e resultados em saúde – Os desafios da livre movimentação dos profissionais de saúde– Livre movimentação dos profissionais de saúde: A experiência polonesa– O mercado para os médicos– Não do nosso próprio quintal? O Reino Unido, a Europa e o recrutamento internacional de enfermeiras– Livre movimentação dos pacientes – Fechando o fosso: Saúde e segurança – Controle de doença comunicável: Detecção e gestão de doença comunicável – surtos além das fronteiras– Livre Comércio ver-sus a proteção da saúde: Os exemplos do álcool e tabaco – Oportunidades para melhoria intersectorial da saúde nos novos Estados Membros – o caso da avaliação do impacto da saúde – Política farmacêutica Europeia e as implicações para os Membros Estados atuais e para os países candidatos– Lições da Espanha: Adesão, direitos de propriedade intelectual e farmacêutica– Olhando além das novas fronteiras: Pacto de Estabilidade nos países do sudeste da Europa e adesão e saúde – Índice

312pp

0 335 21353 7 (paperback) 0 335 21354 5 (capa dura)

RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE NA EUROPA

Carl-Ardy Dubois, Martin McKee, e Ellen Nolte

Os recursos humanos no serviço de saúde são as determinantes-chave do desempenho do serviço de saúde. O recurso humano é o insumo maior e mais caro da atenção em saúde, ainda assim pode ser o mais desafiador a se desenvolver. Este livro analisa alguns dos desafios mais importantes enfrentados pelas profissões da saúde na Europa e as respostas potenciais a estes desafios.

O livro analisa como os processos regulatórios e as práticas atuais relacionadas aos aspectos-chaves da gestão das profissões de saúde podem facilitar ou inibir o desenvolvimento de respostas efetivas aos desafios futuros enfrentados pelos sistemas de atenção em saúde na Europa. Os autores documentam como os sistemas de atenção em saúde na Europa estão enfrentando os desafios existentes em relação à força de trabalho da saúde e identificar as estratégias que sejam provavelmente as mais efetivas na otimização da gestão dos profissionais da saúde no futuro. *Recursos Humanos para Saúde na Europa* é leitura-chave para legisladores e pós-graduados cursando gestão dos serviços de saúde, política de saúde e economia da saúde. É também de interesse para os profissionais de recursos humanos.

Contribuidores

Carl Afford, Rita Baeten, James Buchan, Anna Dixon, Carl-Ardy Dubois, Sigrún Gunnarsdóttir, Yves Jorens, Elizabeth Kachur, Karl Krajic, Suszy Lessof, Ann Mahon, Alan Maynard, Martin McKee, Ellen Nolte, Anne Marie Rafferty, Charles Shaw, Bonnie Sibbald, Ruth Young.

Índice

Prefácio – Recursos humanos para a saúde na Europa – Analisando tendências, oportunidades e desafios – Migração dos trabalhadores em saúde na Europa: problema de política ou solução de política? – Mudando as fronteiras profissionais – Estruturas e tendências na formação da profissão de saúde na Europa – Gestão do desempenho dos profissionais da saúde – Gestores da atenção em saúde como um componente crítico da força de trabalho na atenção em saúde – Incentivos na atenção em saúde: a mudança na ênfase do implícito para o explícito – Aprimorando as condições de trabalho – Reformatando a regulamentação da força de trabalho nos sistemas de atenção em saúde europeus – Os desafios da transição na CEE e o NIS da antiga URSS – O impacto da legislação e da política da EU – Movendo adiante: construindo um marco estratégico para o desenvolvimento da força de trabalho da atenção em saúde – Índice.

288pp

0 335 21855 5 (Paperback) 0 335 21856 3 (capa dura)

AQUISIÇÃO PARA MELHORAR O DESEMPENHO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Editado por Josep Figueras, Ray Robinson e Elke Jakubowski

Aquisição é tida como a chave para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde. Contudo, apesar do papel central da função da aquisição nas reformas em vários sistemas de saúde, há muito pouca evidência sobre o seu desenvolvimento ou o seu impacto real nos objetivos da sociedade. Este livro trata deste fosso e fornece:

- ▶ Um relato abrangente da teoria e da prática da aquisição para os serviços de saúde em toda a Europa
- ▶ Uma análise atualizada da evidência sobre as abordagens diferentes das aquisições
- ▶ Apoio aos legisladores e envolvidos já que formulam as estratégias de aquisições de modo que possam aumentar a eficácia e melhorar o desempenho em seu próprio contexto nacional
- ▶ Uma avaliação dos papéis de interseção dos cidadãos, do governo e dos provedores. Escrito por analistas de política de saúde líderes, este livro é essencial para os legisladores em saúde, planejadores e gestores assim como pesquisadores e estudantes no campo dos estudos de saúde.

Contribuidores

Toni Ashton, Philip Berman, Michael Borowitz, Helmut Brand, Reinhard Busse, Andrea Donatini, Martin Dlouhy, Antonio Duran, Tamás Evetovits, André P. van den Exter, Josep Figueras, Nick Freemantle, Julian Forder, Péter Gaál, Chris Ham, Brian Hardy, Petr Hava, David Hunter, Danguole Jankauskiene, Maris Jesse, Ninel Kadyrova, Joe Kutzin, John Langenbrunner, Donald W. Light, Hans Maarse, Nicholas Mays, Martin McKee, Eva Orosz, John Øvretveit, Dominique Polton, Alexander S. Preker, Thomas A. Rathwell, Sabine Richard, Ray Robinson, Andrei Rys, Constantino Sakellarides, Sergey Shishkin, Peter C. Smith, Markus Schneider, Francesco Taroni, Marcial Velasco-Garrido, Miriam Wiley.

Índice

Lista de quadros – Lista de caixas – Lista de figuras – Lista de contribuidores – Introdução dos Editores da Série – Prefácio – Agradecimentos – Parte Um – Introdução – Organização da aquisição na Europa – Aquisição para aprimorar os sistemas de saúde – Parte Dois – Teorias da aquisição – Papel dos mercados e concorrência – Compradores como agentes públicos – Aquisição para promover a saúde da população – Assessorando o comprador: Administração e governo – Compradores, provedores e contratos – Aquisição para a qualidade da atenção – Aquisição e provedores pagos – Respondendo à aquisição: Perspectivas do provedor – Índice.

320pp

0 335 21367 7 (Paperback) 0 335 21368 5 (capa dura)

