▸ CAPÍTULO 3

Médico de família e comunidade na saúde pública

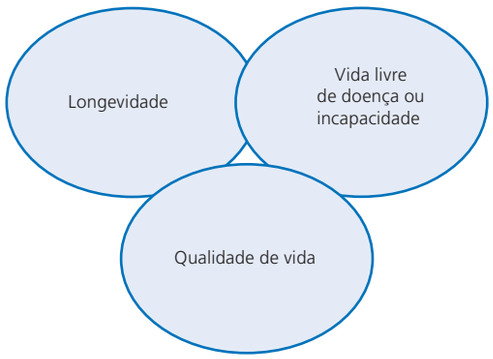
Salman Rawaf
David Laith Rawaf

Aspectos-chave

- A atenção primária à saúde (APS) é o princípio fundamental de todo sistema de saúde efetivo.
- A APS é oferecida por meio de equipes multidisciplinares, com o médico de família no centro dessas equipes.
- Um sistema de saúde é o produto da cultura de um país e do modo como as pessoas querem financiá-lo para assegurar igualdade e justiça.
- A APS e a saúde pública são aliadas naturais.
- A confiança no médico de família ("meu médico") e nos seus conselhos é fundamental para muitas intervenções em saúde pública em um nível individual.

Um serviço de saúde integrado visa a melhorar a saúde da população quanto à longevidade, à vida livre de doença ou incapacidade e uma alta qualidade de vida (Figura 3.1). Pode-se alcançar essa saúde de alta qualidade para a população por meio de sistemas de saúde com base no modelo de doença. As medidas de saúde baseadas na população, por meio de promoção da saúde, de proteção e de prevenção de doenças, têm maior impacto na melhora das condições de saúde da população do que os serviços de saúde pessoais.[1–4]

A atenção primária tradicional se concentra em serviços de saúde pessoais e na continuidade dos cuidados. A transformação da atenção primária deriva do crescimento populacional, do envelhecimento da população, da carga de doença e de avanços tecnológicos. A população atual necessita de uma atenção primária proativa e personalizada.[5] Porém, a maior parte das funções de saúde pública baseadas na população deve ser oferecida às pessoas no ambiente da atenção primária. A integração desses dois serviços é fundamental para a saúde da população e do indivíduo. Assim, o foco de ação nas duas esferas deve ser o fortalecimento dessa relação.



▲ **Figura 3.1**
Principais objetivos dos serviços e sistemas de saúde.

A saúde pública, a qual é algumas vezes chamada de medicina de saúde pública* ou medicina comunitária, é uma especialidade multidisciplinar definida como "a ciência e a arte de prevenir doenças, prolongar a vida e promover a saúde por meio de esforços organizados e escolhas informadas da sociedade, de organizações públicas e privadas, de comunidades e indivíduos".[6] No relato de Acheson, em *Public Health in England* (1988), a definição foi apenas encurtada para "a ciência e a arte de prevenir doenças, prolongar a vida e promover a saúde por meio de esforços organizados da sociedade".[7]

Barbara Starfield definiu a atenção primária como o primeiro nível de contato com o sistema de saúde para promover a saúde, prevenir doenças, cuidar de doenças comuns e manejar problemas de saúde crônicos.[8,9] Com o primeiro contato, o cuidado contínuo, abrangente e coordenado fornecido a populações indiferenciadas quanto a gênero, à doença ou a sistema orgânico, a atenção primária é, assim, a *espinha dorsal* de todo sistema de saúde efetivo. Nos países desenvolvidos, os serviços de atenção primária que visam a melhorar a saúde de toda a população são definidos como:

- Uma porta de entrada única para a saúde e os processo de cuidados em saúde.
- Disponibilidade 24 horas por dia.
- O *primeiro* e fundamental contato com os cuidados envolvendo avaliação, diagnóstico, triagem e manejo ou resolução de problemas definidos.

* No Brasil, também chamada de saúde coletiva.

- Uma função de acesso aos cuidados secundários por meio de referenciamentos seletivos.
- De longo prazo, com uma continuidade de cuidados pessoais e familiares.
- Avaliadores da morbidade clínica, bem como da saúde, de problemas sociais, além de necessidades locais de pequenas populações.
- Uma oferta proativa, de modo que o cuidado preventivo leve a intervenções precoces para evitar o aumento das necessidades de cuidados de saúde.
- Uma das partes interessadas nos problemas de saúde pública locais (o médico de família e comunidade tem a oportunidade de se tornar o líder, provedor e promotor da boa saúde na comunidade local).

A atenção primária é oferecida por meio de equipes multidisciplinares, com os médicos de família no centro dessas equipes. Os médicos de família (em muitos países da Europa e no Canadá, eles são chamados clínicos gerais) são profissionais médicos treinados em uma especialidade que promove a saúde, previne doenças, trata doenças agudas e crônicas e oferece continuidade de cuidados para todas as idades e ambos os sexos com o principal objetivo de melhorar a saúde individual (daqueles registrados no serviço) e da comunidade (daquela pequena população atendida). Eles têm habilidades especiais para lidar com pessoas portadoras de problemas de saúde complexos e comorbidades.[5]

Qualquer que seja a definição de atenção primária, de cuidados primários e de medicina de família, os fatos e as evidências mostram claramente que um sistema de saúde que não seja liderado pela atenção primária é um sistema fraco e caro, e que a atenção primária sem médicos de família com treinamento completo é de baixa qualidade. Os países mais orientados para a atenção primária têm populações com melhor saúde, e os serviços são oferecidos com custos mais baixos.[10]

Os valores da saúde pública e da medicina de família

Um sistema de saúde é o produto da cultura de um país e da maneira como as pessoas desejam financiá-lo para garantir a igualdade e a justiça. Não há sistema de saúde ideal. Cada sistema tem pontos fortes e fracos. Porém, os melhores sistemas são aqueles capazes de garantir a saúde de toda a população.[11] Garantir a saúde de toda a população é algo que não pode ser alcançado sem a cobertura universal abrangente por meio de uma atenção primária efetiva com foco não apenas nas doenças, mas também na saúde e nas formas de melhorá-la. Uma importante função de saúde pública é necessária dentro da atenção primária para proteger a saúde de populações e pessoas, promover a saúde e evitar doenças.

As 10 funções fundamentais da saúde pública são delineadas para fornecer as ferramentas de melhora da saúde por meio de promoção da saúde, proteção e prevenção de doenças nos níveis de comunidade (população) e de indivíduos (Quadro 3.1). Compreender as necessidades de saúde da população é um processo muito importante e que deve ser contínuo.[12]

Em termos gerais, quando se observa a população inteira a qualquer momento em determinada população, vê-se que a carga de doenças agudas e de incapacidade é de cerca de 20% da população (10% para doenças agudas e 10% para incapacidade). Os 80% restantes são saudáveis ou convivem com um ou mais riscos para a saúde (p. ex., hipertensão, tabagismo, obesidade, dislipidemia, intolerância à glicose, etc.) (Figura 3.2).[13] Apesar disso, a

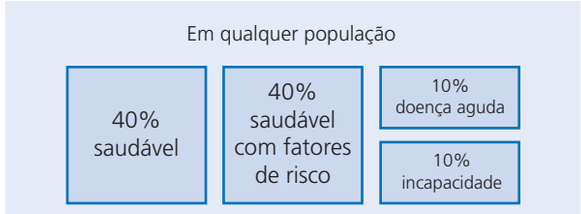
Quadro 3.1 | **Dez funções fundamentais da saúde pública**

1. Vigilância e avaliação da saúde e do bem-estar da população
2. Avaliação das evidências de efetividade das intervenções dos programas e serviços em saúde e em cuidados de saúde
3. Desenvolvimento e implementação de políticas e estratégias
4. Liderança estratégica e trabalho colaborativo para a saúde
5. Melhora da saúde
6. Proteção da saúde
7. Qualidade em saúde e serviços sociais
8. Saúde pública inteligente
9. Saúde pública acadêmica
10. Leis e regulamentações em saúde pública

Fonte: Adaptado com modificações de Faculty of Public Health, Royal Colleges of Physicians UK (http://www.fph.org.uk/what_is_public_health).

maioria dos sistemas de saúde se baseia em modelos de doenças com pouco ou nenhum gasto com a manutenção da saúde da população "saudável", ou com a identificação e abordagem precoce dos riscos à saúde. A maior parte dos gastos permanece concentrada em cuidados hospitalares (secundários) e em serviços especializados caros (terciários). Isso se deve, em grande parte, à forma como os médicos são preparados nas faculdades de medicina e subsequentemente treinados na medicina hospitalar, com pouca ou nenhuma exposição à saúde pública e à atenção primária. A prevenção e as intervenções de saúde pública costumam ser de longo prazo, e os políticos de todos os níveis, com sua perspectiva de curto prazo, costumam considerá-las difíceis.

Os clínicos gerais (médicos de família) britânicos são generalistas especializados que valorizam seu papel na coordenação e na integração de cuidados delineados conforme as necessidades e as circunstâncias de cada paciente registrado com eles. Esses profissionais lidam com doenças e problemas indiferenciados que ocorrem em diferentes sistemas biológicos ao mesmo tempo. Eles tratam todos, independentemente de idade e gênero. A clínica geral no Reino Unido engloba tudo o que é internacionalmente reconhecido sobre as vantagens de um sistema de saúde com atenção primária forte. Dados do National Health Service (NHS) britânico mostram claramente os substanciais benefícios em oferecer uma atenção primária abrangente baseada na clínica geral (medicina de família) para toda a população. Mais de 95% dos contatos de pacientes com o NHS ocorrem na atenção primária.[14] Os médicos de família só referenciam os pacientes para a atenção secundária em cerca de 5% das consultas.[15] Análises de atividades diárias do NHS claramente indicam o valor e a efetividade dos serviços de atenção primária, com



▲ Figura 3.2
Modelo de Rawaf para saúde e carga de doença.
Fonte: Adaptado de Rawaf e Marshall.[12]

Gusso_03.indd 20 24/09/2018 16:02:16

mais de 85% dos problemas resolvidos nesse nível, alto nível de satisfação dos pacientes e custo definitivamente baixo para o sistema de saúde.[16–18]

As evidências acumuladas indicam uma associação direta entre a saúde da população (morbidade/mortalidade) e o nível de provisão de atenção primária/medicina de família. Na Inglaterra, por exemplo, a taxa de mortalidade padronizada (TMP) para pessoas de 15 a 64 anos era menor (melhor) em regiões com maior oferta de clínicos gerais: cada clínico geral adicional por 10.000 pessoas (aumento de 15-20%) estava associado com redução de 6% na mortalidade.[19,20]

Em todo o Reino Unido, foi concluído que um aumento de 15 a 20% no suprimento de clínicos gerais por 10.000 pessoas estava significativamente associado com redução nas taxas de internação hospitalar de cerca de 14% para doenças agudas e de 11 por 100.000 para doenças crônicas.[19] Foram encontrados resultados semelhantes em outras pesquisas.[17]

As duas especialidades – saúde pública e medicina de família – têm valores que visam ao mesmo objetivo: melhorar a saúde da população por meio de cuidados pessoais e continuidade de cuidados, ou por meio de intervenções visando a populações de alto risco (p. ex., tabagistas), a toda a comunidade (p. ex., alimentação saudável) ou a toda a população (p. ex., fluoretação da água). A atenção primária e a saúde pública são aliados naturais.

Aliados naturais

A saúde pública e a medicina de família são duas especialidades diferentes com muitas coisas em comum. Em termos práticos, há uma considerável sobreposição em seus papéis, responsabilidades e funções entre saúde pública e atenção primária, especialmente em relação à proteção e à promoção da saúde e à prevenção de doenças e lesões. Há dois modelos possíveis para o trabalho conjunto: o primeiro modelo é a integração completa das duas, e o segundo se baseia em duas estruturas organizacionais distintas que permanecem independentes entre si, mas em que os profissionais continuam a trabalhar juntos e reforçam continuamente essa colaboração. Em ambos os modelos, pode-se considerar que a função de atenção primária já é bastante difícil sem se acrescentar a ela a responsabilidade pelas atividades de saúde pública daquela população. Porém, as evidências mostram claramente que a atenção primária e a saúde pública sairiam ganhando se essas funções fossem vistas como aliados naturais.[21]

O verdadeiro desafio para todo sistema de saúde é como fortalecer a relação entre atenção primária e saúde pública para reforçar de maneira sinérgica ambas as funções. No Reino Unido, o NHS oferece um excelente exemplo de forte colaboração entre duas especialidades distintas: atenção primária (no Reino Unido, chamada de clínica geral) e a saúde pública. Ambas as especialidades visam a melhorar a saúde da população atendida. A saúde pública consegue isso por meio da avaliação das necessidades de saúde, definição de prioridades, fornecimento de evidência de efetividade, desenvolvimento de estratégias para intervenções populacionais na promoção de saúde, proteção da saúde, prevenção de doenças e lesões e avaliação de impactos na saúde. A clínica geral concentra-se no cuidado pessoal e familiar, interagindo com a pessoa de forma holística. Por meio do cuidado pessoal e continuado, o clínico geral consegue implementar estratégias de saúde pública para um estilo de vida saudável (cessação do tabagismo, aconselhamento nutricional, controle do peso, aumento de atividades diárias, controle do estresse, etc.), reconhecimento precoce de doenças (rastreamento sistemático e oportuno), intervenção precoce para abordar fatores de risco (hipertensão, hiperlipidemia, tabagismo, etc.) e proteção da saúde (imunização, incluindo a vacina para influenza, notificação de doenças infecciosas, etc.).[22] Com a diminuição das doenças infecciosas e o aumento de doenças e condições relacionadas ao estilo de vida (doenças não transmissíveis), a colaboração entre saúde pública e atenção primária é fundamental para reduzir esse problema em comunidades e para reduzir os custos para o sistema de saúde.

Continuidade de cuidados

Muitas das intervenções de saúde pública para a prevenção e a promoção da saúde, em nível individual ou populacional, são de longo prazo e necessitam de envolvimento contínuo. A atenção primária, por meio da medicina de família, oferece um ambiente único para os cuidados pessoais e continuados. De fato, a maior continuidade de cuidados oferecida pelos clínicos gerais gera melhores desfechos de saúde, maior qualidade, pacientes mais satisfeitos e controle de custos.[22,23] A confiança no médico de família ("meu médico") e em seus conselhos é fundamental para muitas intervenções em saúde pública em nível pessoal. Essa confiança não pode ser obtida sem uma ligação de longo prazo com o "meu médico". Isso funciona por promover a confiança no médico e em seus conselhos, decisões personalizadas sobre intervenções apropriadas, cuidados mais efetivos fora do hospital, melhor direcionamento de intervenções caras para aqueles com mais chances de benefício, uso limitado de intervenções com taxa de dano significativa, melhor aceitação de doenças autolimitadas e apoio emocional.[23]

Modelos e exemplos de integração da saúde pública na medicina de família

A efetiva coordenação das esferas de saúde pública, com seu foco na população e na atenção primária, deve concentrar-se na educação e em serviços clínicos preventivos, na mudança de comportamento para o paciente individual e no cuidado pessoal e continuado. Isso pode ser obtido por meio de diversas abordagens – todas elas visando a melhorar a saúde individual e populacional. O objetivo de melhorar a saúde da população não pode ser alcançado sem os dois componentes de interação e apoio mútuo (saúde pública e atenção primária) em um sistema integrado cada vez mais complexo. Dentro da atenção primária, as mudanças estratégicas e operacionais devem incluir:[17,24,25]

- Direcionamento de ações e recursos para a melhora da saúde para as áreas mais necessitadas.
- A geração de capacidade na atenção primária para a oferta de cuidados proativos e preventivos.
- O fornecimento de intervenções precoces para evitar o aumento das necessidades de cuidados de saúde.

A literatura oferece várias possíveis abordagens para a integração da saúde pública na atenção primária dentro das três orientações estratégicas descritas, chegando-se a quatro categorias: 1) integração de profissionais de saúde pública na atenção primária (representantes de ambas as organizações trabalhando juntos em um cenário diferente);[26] 2) incorporação de funções de saúde pública em ambientes de atenção primária (incluindo serviços preventivos e de bem-estar como parte de pacotes de benefícios abrangentes e proativos); 3) construção de incentivos

Gusso_03.indd 21 24/09/2018 16:02:16

de saúde pública na atenção primária. Além disso, a partir do desenvolvimento da medicina de família, outra abordagem surgiu, na qual 4) a equipe da atenção primária (sobretudo médicos) é treinada em saúde pública (treinamento duplo ou médico de família com interesse especial em saúde pública).[27,28]

Integração de profissionais da saúde pública na atenção primária

Nesse modelo, não há sugestão de integração total de saúde pública e atenção primária, mas a integração de alguns profissionais de saúde pública nas equipes de atenção primária (Figura 3.3). O Irã adotou esse modelo na APS rural pelos últimos 30 anos, mas ele não foi estendido para áreas urbanas (cerca de 70% da população).[29]

Um dos objetivos da rede de APS no Irã era integrar as atividades de saúde pública, incluindo o controle da malária, o planejamento familiar, a saúde escolar e a saúde ambiental, nos serviços da atenção primária.[29] A equipe estendida está funcionando bem na abordagem dos cuidados pessoais e das necessidades locais de saúde pública das comunidades. O Brasil também integrou muitas das funções de saúde pública na atenção primária por meio de agentes comunitários de saúde (ACSs). Esses profissionais estão diretamente envolvidos com as famílias para dar suporte ao manejo de doenças crônicas, fazer a triagem de problemas como anemia e desidratação, manejar programas específicos para algumas doenças (p. ex., tuberculose), fornecer aconselhamentos sobre saúde sexual, fornecer cuidados de pré e pós-natal (p. ex., assistência à amamentação, avaliação do desenvolvimento infantil), rastreamento de câncer, suporte a programas de imunização, monitoramento de doenças infecciosas e conselhos para a promoção da saúde.[30]

Colocar um médico de saúde pública na prática pode não ser a abordagem ideal para a transferência de conhecimentos, embora tópicos importantes sejam adequados para essa intervenção, com potenciais benefícios a longo prazo para a saúde pública e a atenção primária.[31] Restrições de tempo limitam a capacidade dos médicos da atenção primária para cumprir as recomendações de serviços preventivos.[32]



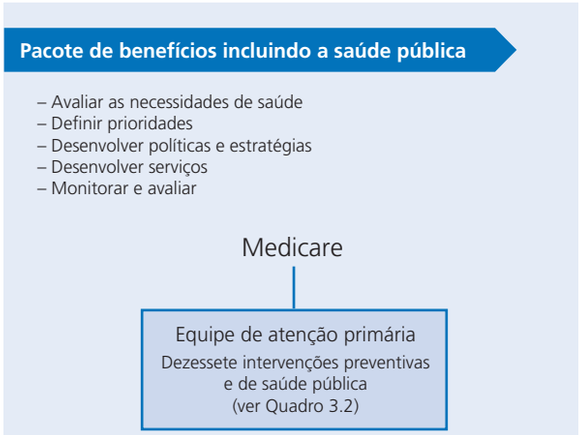
▲ Figura 3.3
Integração entre alguns profissionais de saúde pública e atenção primária.
CDC, Centro de Controle e Prevenção de Doenças.

Inclusão de serviços preventivos e de bem-estar como parte de pacotes de benefícios abrangentes e proativos

O Medicare dos EUA reconheceu que as intervenções preventivas no nível dos cuidados pessoais dentro do contexto da atenção primária gerarão redução de custos e benefícios adicionais à saúde. O Medicare oferece uma gama de serviços preventivos e de saúde pública com a atenção primária.[33] (Quadro 3.2 e Figura 3.4)

Burton e colaboradores investigaram se a adição de serviços preventivos aos benefícios de pessoas mais velhas incluídas no Medicare afetaria sua utilização e custos. Parece haver um modesto benefício em saúde sem impacto negativo nos custos. Esse achado proporciona uma base quantitativa inicial para a discussão sobre se a extensão dos benefícios do Medicare para a inclusão de uma consulta geral preventiva de um médico da atenção primária, passando de serviços essenciais para abrangentes.[34]

Porém, Cohen e colaboradores,[35] embora apoiem a iniciativa, ressaltam que amplas generalizações (como aquelas de candidatos à presidência) podem ser enganadoras. Essas afirmações sugerem que recursos substanciais podem ser economizados por meio da prevenção. Embora algumas medidas preventivas realmente economizem dinheiro, a grande maioria revisada na literatura de economia em saúde não o faz. São fundamentais as análises cuidadosas de custos e os benefícios de intervenções específicas, em vez de amplas generalizações. Essas análises poderiam identificar não apenas as medidas que geram economia de custos, mas também as medidas preventivas que oferecem benefícios substanciais à saúde em relação a seu custo líquido. As análises deveriam identificar os tratamentos que geram economia ou que são altamente eficientes (i. é., custo-efetivos)[35] Outro estudo de Burton e colaboradores[36] demonstra a dificuldade de obter mudanças de comportamento em relação à saúde nas pessoas mais velhas com uma consulta anual preventiva com seu médico da atenção primária abrangendo rastreamentos e imunizações, além de aconselhamento comportamental em saúde dirigido pelo médico. Há necessidade de mais estudos para determinar se seria efetivo um programa mais intenso de aconselhamento pelo profissional da atenção



▲ Figura 3.4
Incorporação de intervenções de saúde pública no pacote de benefícios.

Gusso_03.indd 22 24/09/2018 16:02:16

Quadro 3.2 | **Intervenções preventivas e de saúde pública dentro do Medicare dos EUA**

Medidas preventivas	Frequência oferecida
Rastreamento para aneurisma de aorta abdominal	US única para pessoas de risco
Medida da massa óssea	Uma vez a cada 24 meses
Rastreamentos cardiovasculares	Testes para níveis de colesterol, lipídeos e triglicerídeos a cada 5 anos
Rastreamento para diabetes	Para pessoas com 65 anos ou mais, sobrepeso, história familiar de DM (pais, irmãos), de DMG ou parto de bebê com mais de 4,5 kg
Treinamento em automanejo do diabetes	Treinamento
Vacina para influenza	Sazonal, uma vez por ano
Testes para glaucoma	Uma vez ao ano para pessoas de risco
Vacina para hepatite B	Pessoas de risco alto ou médio
Rastreamento para HIV	Anual ou até três vezes durante a gestação
Papanicolau e exame pélvico (inclui exame das mamas)	A cada 24 meses (12 para mulheres de alto risco)
Consultas preventivas	Apenas nos primeiros 12 meses
Visita única preventiva de "boas-vindas ao Medicare"	O Medicare cobre uma revisão de saúde, educação e aconselhamento sobre serviços preventivos, incluindo determinados rastreamentos, vacinas e encaminhamentos para outros cuidados, quando necessário
Consulta anual de revisão de saúde	Consulta anual de revisão de saúde para desenvolver ou atualizar um plano de prevenção personalizado com base nos fatores de risco e na saúde atual O Medicare cobre essa consulta uma vez a cada 12 meses
Vacina pneumocócica	Uma única vez
Rastreamento para câncer de próstata	Uma vez a cada 12 meses para homens com mais de 50 anos
Mamografia de rastreamento	A cada 12 meses para mulheres com mais de 40 anos
Aconselhamento sobre cessação do tabagismo	O Medicare cobrirá até oito consultas presenciais durante um período de 12 meses

DM, diabetes melito; DMG, diabetes melito gestacional; US, ultrassonografia.

primária, para mudanças comportamentais em saúde entre pessoas idosas.

Esses estudos iniciais e outros subsequentes têm mostrado que o benefício de serviços preventivos para os beneficiários mais velhos do Medicare seria um modesto benefício na saúde sem impacto negativo nos custos. Atualmente, o Medicare oferece uma gama de serviços preventivos de saúde pública dentro de seu programa de atenção primária (Quadro 3.2).

Funções de atenção primária dentro do ambiente de saúde pública

Em países em que a atenção primária não oferece cobertura universal e especialmente naqueles que operam em grande parte por iniciativa privada (p. ex., os EUA), as agências de saúde pública têm exercido um importante papel como provedoras, em última instância, para as pessoas em desvantagem social.[37] Esse modelo tende a se desenvolver por meio de oportunidades, em vez de projetos, abordando apenas as necessidades específicas de determinados grupos, e não de toda a população. Esse modelo deve ser a exceção, e não a regra. Reforçar a saúde pública com a cobertura universal e o acesso a tudo, independentemente da capacidade de pagar, deve ser o objetivo de todos os sistemas de saúde modernos.

Construção de incentivos de saúde pública na atenção primária

O NHS britânico é um sistema de saúde com financiamento público que oferece uma ampla gama de serviços de saúde gratuitos para os moradores do Reino Unido. Por meio de um registro de 100% e de uma forte função de acesso, o clínico geral (atenção primária) no Reino Unido oferece cuidados de saúde pessoais de forma continuada. Ao longo de seus 70 anos de história, o NHS introduziu várias mudanças e incentivos para a promoção da saúde da população por meio da clínica geral/atenção primária (e até de outros serviços), melhora da qualidade dos serviços e direcionamento para determinadas condições e populações.[38] Antes da introdução do Quality and Outcome Framework (QOF), havia pouca experiência com o uso de incentivos na clínica geral. Esses incentivos geram aumento nas taxas de imunização, nas taxas de citologia cervical, no rastreamento para câncer de mama e em muitas intervenções de saúde pública (Quadro 3.3).[39]

Introduzido em 2004 como parte do novo General Medical Service Contract, o QOF é um sistema de incentivos voluntários para os clínicos gerais que os remunera conforme o cuidado dos pacientes, fornecendo medidas de qualidade em cuidados preventivos. O QOF dá uma indicação do alcance global de um serviço por meio de um sistema de pontos. Os serviços visam a oferecer ao público intervenções de saúde pública e cuidados de alta qualidade em várias áreas, para as quais é definida uma pontuação. Para simplificar, quanto maior o escore, maior a recompensa financeira do serviço. O pagamento final é ajustado para levar em conta o tamanho da população atendida e a pre-

Quadro 3.3 | **Algumas atividades de saúde pública na atenção primária**

- Imunizações e vacinações (incluindo influenza e de emergência)
- Programas nacionais de rastreamento para crianças e adultos
- Detecção precoce do risco à saúde (principalmente em relação a DNTs: tabagismo, álcool, hipertensão, hiperlipidemia, hiperglicemia)
- *Check-ups* (p. ex., *check-up* de saúde do NHS, introduzido em 2009)[40]
- Controle e manejo de DNTs (dentro do National Policies and National Service Frameworks)
- Programas de educação em saúde
- Programas para mudanças de comportamento
- Participação do público (autocuidado, clubes de saúde, etc.)

DNTs, doenças não transmissíveis.

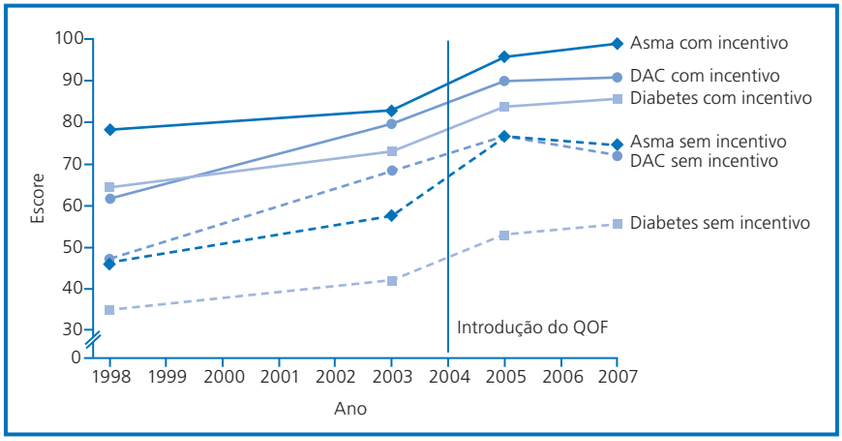
Gusso_03.indd 23 24/09/2018 16:02:16

valência do problema em questão. Os resultados são publicados anualmente.

O QOF tem cinco componentes principais, conhecidos como domínios. Cada domínio consiste em um grupo de medidas de alcance, conhecido como indicadores, contra os quais o serviço é pontuado conforme seu nível atingido. Há mais de 150 indicadores, os quais incluem fatores clínicos (65 indicadores), organização, serviços adicionais, experiência do paciente e cuidado holístico (Quadro 3.4). Um exemplo de indicador para diabetes é mostrado na Tabela 3.1.[41]

Desde a introdução do QOF, quase todos os serviços foram arrolados no esquema e aumentaram em cerca de 25% a sua renda com esse novo método de pagamentos adicionais. Em geral, os escores médios de qualidade para aspectos de cuidados ligados a incentivos foram maiores do que os aspectos de cuidados não ligados a incentivos (Figura 3.5).[42]

Apesar de conquistas modestas, especialmente nos estágios iniciais, o QOF não escapou das críticas e das análises criteriosas. De fato, Sigfrid e cols., em 2006, salientaram que prioridades clínicas definidas pelo estado colocam em risco a iden-



◄ Figura 3.5
Incentivos e qualidade e desfechos de cuidados na atenção primária.
DAC, doença arterial cononariana.

Quadro 3.4 | **Cinco principais componentes e indicadores do Quality and Outcome Framework**

Clínicos					
2004/05	**Acrescentados em 2006/07**	**Organizacionais**	**Serviços adicionais**	**Experiência da pessoa**	**Cuidado holístico**
DAC*	IC*	Educação e treinamento	Rastreamento cervical	Duração da consulta	Cuidado holístico
AVC/AIT	Cuidados paliativos	Manejo de medicamentos	Vigilância de saúde infantil	Avaliação da pessoa	
Hipertensão	Demência	Comunicação com a pessoa	Serviços contraceptivos*		
Diabetes*	Depressão*	Manejo de práticas	Serviços de maternidade		
DPOC	DRC	Registros e informações sobre pessoas			
Epilepsia	FA				
Hipotireoidismo	Obesidade				
Câncer	Dificuldades de aprendizado				
Saúde mental	DCV*‡				
Asma					
Tabagismo					

DAC, doença arterial coronariana; AVC, acidente vacular cerebral; AIT, ataque isquêmico transitório; DPOC, doença pulmonar obstrutiva crônica; DCV, doença cardiovascular; IC, insuficiência cardíaca; FA, fibrilação atrial; DRC, doença renal crônica.

***Pontos e indicadores que mudaram em 2008/09.**

‡Acrescentados na revisão de 2008/09.

Gusso_03.indd 24 24/09/2018 16:02:16

Tabela 3.1 | **Exemplo de indicadores Quality and Outcome Framework para diabetes**

Domínio de qualidade	Indicador	Pontos	Limiar (%)
Estrutural	O médico pode produzir um registro de todas as pessoas com 17 anos ou mais com DM, especificando se tem DM1 ou DM2	6	Não aplicável
Processo	A porcentagem de pessoas com DM com registro de HbA1c ou equivalente nos últimos 15 meses	3	40-90
Processo	A porcentagem de pessoas com DM com registro do IMC nos últimos 15 meses	3	40-90
Processo	A porcentagem de pessoas com DM com registro da PA nos últimos 15 meses	3	40-90
Desfecho	A porcentagem de pessoas com DM nos quais a última HbA1c era de 7 ou menos nos últimos 15 meses	17	40-50
Desfecho	A porcentagem de pessoas com DM nos quais a última PA era de 145/85 ou menos	18	40-60
Desfecho	A porcentagem de pessoas com DM cuja última medida de CT nos últimos 15 meses era de 5 mmol/L ou menos	6	40-70

DM, diabetes melito; DM1/DM2, diabetes melito tipo 1/tipo 2; HbA1C, hemoglobina glicada; IMC, índice de massa corporal; PA, presão arterial; CT, colesterol total.

Fonte: NHS employers.[41]

tidade disciplinar do clínico geral. Eles notaram que, para fazer as pessoas seguirem determinados tratamentos em busca de retorno financeiro, arriscavam a perda da identidade profissional e reputação; e, mais importante, que a simples presença desse sistema é profundamente corrosiva para a prática ética da medicina. Citando um clínico geral do Reino Unido: "A profissão foi essencialmente subornada para implementar um programa de manejo de doenças com base na população que costuma entrar em conflito com o caráter individualizado e centrado no paciente que tem a clínica geral.[43] Uma visão semelhante foi expressa por Fleetcroft e Cookson,[44] apontando que os pagamentos no novo contrato não refletem prováveis ganhos de saúde para a população. Existe o perigo de que a atividade clínica possa se desviar em direção a atividades de alta carga de trabalho e com eficiência apenas marginal, em detrimento de atividades mais custo-efetivas. Se a melhora da saúde da população é o objetivo primário do NHS, então os incentivos "conforme o serviço realizado" (FFS, do inglês *fee for service*) devem refletir prováveis ganhos de saúde, em vez da carga de trabalho.[44] Outros autores se preocuparam com a perda da autonomia clínica devido ao aumento do controle central da prática clínica.[45]

Em uma revisão Cochrane que investigou o efeito do sistema FFS no comportamento dos médicos da atenção primária, o FFS resultou em mais consultas/contatos com a atenção primária, mais consultas com especialistas e mais serviços diagnósticos e curativos, mas menos referenciamentos para hospitais e menos repetições de prescrição quando comparado com o sistema de capitação.[46] Embora o National Institute for Health and Clinical Effectiveness (NICE) esteja revisando os indicadores do QOF e as formas como os clínicos gerais estão trabalhando para melhorar a saúde e a qualidade de cuidados,[47] até o momento, a avaliação mostrou modestas melhoras nos cuidados para asma e diabetes, redução nas desigualdades no manejo de DNTs e limitação do aumento das internações de emergência,[48,49] além de aumento na frequência de monitoramento dos pacientes com doença mental grave.[50] Porém, muitos autores vislumbram um futuro brilhante para uma atenção primária proativa moldada por incentivos como os do QOF.[50,51]

Nas reformas de saúde dos EUA, há um debate continuado sobre como os sistemas de pagamento podem ter a melhora da saúde como prioridade fundamental. Foram propostas três maneiras possíveis de melhorar a integração entre saúde pública e atenção primária. Primeiro, cada americano deve ter acesso a serviços clínicos preventivos apropriados para si e sem copagamentos. Segundo, deve haver um apoio financeiro para iniciativas baseadas na comunidade necessárias para melhorar a saúde e os cuidados de saúde dos moradores da comunidade. Por fim, os recursos para a abordagem das necessidades gerais de cuidados de saúde de uma população devem ser moldados por uma mistura entre as necessidades de saúde da comunidade e os esforços desta, conforme refletidos por medidas que indiquem tendências nos determinantes da saúde da população.[52] Porém, para a efetiva implementação de indicadores nacionais de desempenho, há muitas barreiras a serem vencidas nos níveis individuais, dos serviços e de grupos da atenção primária. Há necessidade de treinamentos e recursos adicionais para as melhoras na coleta e na qualidade dos dados, junto com maior educação de todos os membros das equipes da atenção primária, além de medidas para manter o desenvolvimento organizacional dentro dos serviços. A menos que essas barreiras sejam abordadas, os indicadores de desempenho poderiam inicialmente aumentar variações aparentes entre os serviços.[53]

Treinamento da equipe da atenção primária em saúde pública

Com as evidências cada vez maiores sobre o valor das intervenções de saúde pública na atenção primária, sobre a importância de oferecer (e avaliar) um cuidado centrado na pessoa,[54] de abordar o número crescente de doenças não transmissíveis e de incentivar estilos de vida positivos e saudáveis em indivíduos e comunidades,[22] muitos médicos e enfermeiros da atenção primária estão sendo treinados em saúde pública. Por exemplo, o United Nations Relief and Works Agency (UNRWA) para refugiados palestinos no Oriente Médio oferece assistência, proteção e defesa para cerca de 5 milhões deles, registrados na Jordânia, Líbano, Síria e no território ocupado da Palestina enquanto

Gusso_03.indd 25 24/09/2018 16:02:16

aguardam uma solução para seus problemas. Por meio da rede de instituições de atenção primária e clínicas móveis da agência em quatro países, os serviços oferecem cuidados preventivos, medicina geral e cuidados especializados para cada estágio da vida. Em uma população que vive em circunstâncias especiais, como refugiados dentro do próprio país sob ocupação ou em países vizinhos desde 1948, principalmente em condições adversas, as necessidades de saúde pública são muito altas. Muitos médicos e enfermeiros na agência estudaram um programa de saúde pública ou pretendem fazê-lo, o objetivo é a completa integração entre atenção primária e saúde pública. Os serviços de atenção primária da UNRWA não operam de forma independente do sistema de saúde do país onde se localizam e são financiados quase exclusivamente por contribuições voluntárias dos estados membros da Organização das Nações Unidas (ONU). Porém, há cada vez mais coordenação entre a atenção primária do estado e a UNRWA com o objetivo de coordenar as políticas, minimizar as duplicações e reforçar os avanços em ambos. No Reino Unido, alguns médicos de família estão desenvolvendo interesse especial em saúde pública por meio de programas formais de treinamento descritos como clínicos gerais com interesses especiais (CGIE).[27] Esse modelo de suporte institucional para a integração entre atenção primária e saúde pública (incentivos, estrutura de coordenação) pode ser o mais efetivo para a integração desses dois serviços para melhorar a saúde da população.

Como integrar serviços de atenção primária e de saúde pública?

Para implementar, de maneira isolada ou combinada, quaisquer desses modelos discutidos em relação à integração entre saúde pública e atenção primária, várias etapas devem ser seguidas para garantir o sucesso e a efetividade na oferta de serviços que satisfaçam as necessidades de saúde da população. Entre essas etapas estão:

1. Identificar as intervenções e as funções da saúde pública que devem ser integradas aos serviços de cuidados pessoais da atenção primária, com base nas necessidades de saúde da população (incluindo serviços de proteção, de prevenção e de promoção da saúde para indivíduos e suas famílias).
2. Identificar o papel do departamento de saúde pública no monitoramento da saúde de toda a população, incluindo dados da atenção primária e de serviços hospitalares.
3. Desenvolver serviços de atenção primária com uma abordagem mais baseada na população. Isso necessitará de mudanças na educação e treinamento de profissionais da atenção primária (médicos, enfermeiros e outros). O treinamento conjunto deve ser a regra, não a exceção.
4. Conduzir avaliações regulares conjuntas das necessidades de saúde para os serviços de atenção primária, a fim de garantir que as capacidades sejam desenvolvidas conforme as necessidades de saúde da população.
5. Os currículos das faculdades de medicina devem incluir elementos teóricos e práticos sobre a integração entre saúde pública e atenção primária. Os locais de treinamento devem exemplificar essa integração.
6. Explorar os avanços tecnológicos que apoiam a integração entre saúde pública e atenção primária (redes sociais, celulares, internet, etc.).

Há muitas barreiras para a integração, tais como as atitudes de profissionais, o medo do aumento da carga de trabalho, a resistência a mudanças, a falta de informações, a falta de comunicação entre os dois grupos de profissionais, as fronteiras organizacionais, as burocracias existentes, a falta de incentivos e de financiamento e as incertezas associadas às reformas.

A integração terá sucesso na abordagem das necessidades de saúde da população e na garantia da saúde de toda a população quando os serviços de saúde pública e de atenção primária forem bem financiados pelo estado, quando forem capazes de oferecer toda a gama de serviços e quando esses serviços forem oferecidos por profissionais de saúde bem treinados. A atenção primária é a espinha dorsal de todo bom sistema de saúde. Os médicos de família têm importância fundamental para adequar a atenção primária, sendo que a relação entre os usuários dos serviços e a equipe da atenção primária é fortalecida pela continuidade de cuidados, pelo cuidado personalizado, pela oferta de serviços próximo das moradias e por serviços delineados especificamente para as necessidades de saúde locais. Um dos indicadores de uma relação excelente com a equipe da atenção primária ocorre quando as pessoas descrevem orgulhosamente os profissionais de saúde como "meu médico", "meu enfermeiro" e "meu conselheiro".

CONCLUSÃO

O capítulo oferece claras evidências de que a integração dos serviços de saúde pública na atenção primária criará benefícios significativos para as pessoas registradas com o serviço (melhores serviços pessoais), para o sistema (menor custo) e para toda a população (intervenções de saúde pública acumulativas). É assim que deve ser a moderna atenção primária: proativa e abrangente.

REFERÊNCIAS

1. Rose G. 1985. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol. 1985; 14(1):32-38.

2. Rose G. Environmental health: problems and prospects. J R Coll Physicians Lond. 1991;25(1):48-52.

3. Rose G. 1992. The strategy of preventive medicine. New York: Oxford University; 1992

4. World Health Organization. Framework on integrated, people centred health services. Sixty-nine World Health Assembly A69/39 [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [capturado em 09 abr. 2018]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf

5. Department of Health and Social Care.Transforming primary care. London: DH/NHS; 2014 [capturado em 09 abr. 2018]. Disponível em: https://www.gov.uk/government/publications/plans-to-improve-primary-care

6. Winslow CEA. The untilled fields of public health. Science. 1920;51(1306):23-33.

7. Acheson D. Public health in England. Report of the Committee of inquiry into the future development of the public health function. London: Stationery Office Books; 1988.

8. Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994;344(8930):1129-1133.

9. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457-502.

10. Starfield B. Refocusing the system. N Engl J Med. 2008 359(20):2087-2091

11. Wanless D. Securing good health for the whole population. London: HM Treasury; 2004

12. Rawaf S, Marshall F. Drug misuse: the ten steps for needs assessment. Public Health Med. 1999;1:21-26

13. Rawaf S. Health in wandsworth: the independent Annual report of the director of public health. London: WPCT; 2004.

14. Royal College of General Practice. Discover general practice [Internet]. London: RCGP; 2017 [capturado em 09 abr. 2018]. Disponível em: http://www.rcgp.org.uk/training-exams/discover-general-practice.aspx

15. National Audit Office 2005. Patient choice at the at the point of GP referral [Internet].London: NAO; 2005 [capturado em 09 abr. 2018]. Disponível em: https://www.nao.org.uk/report/patient-choice-at-the-point-of-gp-referral/

16. Foot C, Naylor C, Imison C The quality of GP diagnosis and referral. London: King's Fund; 2010.

Gusso_03.indd 26 24/09/2018 16:02:16

17. Shi L The impact of primary care: a focused review. Scientifica (Cairo). 2012;2012:432892.

18. Roland M, Everington S. Tackling the crisis in general practice: if general practice fails, the whole NHS fails. BMJ 2016;352:i942

19. Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? J Public Health Med. 2002;24(4):252-254.

20. Baker R, Honeyford K, Levene LS, Mainous AG 3rd, Jones DR, Bankart MJ, et al.Population characteristics, mechanisms of primary care and premature mortality in England: a cross-sectional study. BMJ Open. 2016;6(2):e009981.

21. Wang W, Shi L, Yin A, Mao Z, Maitland E, Nicholas S, et al. Contribution of primary care to health: an individual level analysis from Tibet, China. Int J Equity Health. 2015 Nov 30;14:107.

22. Ruano A, Furler J, Shi L. Interventions in primary care and their contributions to improving equity in health. Int J Equity Health. 2015;14:153.

23. Hill AP, Freeman GK. Promoting continuity of care in general practice. London: RCGP; 2011.

24. Watt G. For information and discussion: supporting health improvement in primary care. Glasgow: University of Glasgow; 2006.

25. Bream E. Prevention 2010: engagement and concordance: evidence overview. A resource for pilots [Internet]. Edinburgh: NHS; 2006 [capturado em 09 abr. 2018]. Disponível em: http://scotland.gov.uk/Resource/Doc/924/0031658.pdf

26. Ciliska D, Ehrlich A, DeGuzman A. Public health and primary care Toronto: PHRED; 2005

27. Bradley S, McKelvey SD. General practitioners with a special interest in public health; at last a way to deliver public health in primary care. J Epidemiol Community Health. 2005;59:920-923

28. Carter J. How can a GP perticpate in public health [Internet] London: BMJ Career; 2014 [capturado em 09 abr. 2018]. Disponível em: http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=360.

29. Asadi-Lari M, Sayyari AA, Akbari ME, Gray D. Public health improvement in Iran--lessons from the last 20 years. Public Health. 2004;118(6):395-402.

30. Wadge H, Bhatti Y, Carter A, Harris M, Parston G, Darzi A. Brazil's family health strategy: using community health care workers to provide primary care. New York: Commonwealth Fund; 2016

31. Ayres PJ, Pollock CT, Wilson A, Fox P, Tabner T, Hanney I.Practical public health in a primary care setting: Discrete projects confer discrete benefits but a long-term relationship is needed. J Manag Med. 1996;10(4):36-48.

32. Yarnall KS, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? Am J Public Health. 2003;93(4):635-641.

33. Centres for Medicare and Medicaid Services. Medicare's preventive services [Internet]. Baltimore: Medicare; 2011 [capturado em 09 abr. 2018]. Disponível em: https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10110.pdf.

34. Burton LC, Steinwachs DM, German PS, Shapiro S, Brant LJ, Richards TM, et al. Preventive services for the elderly: would coverage affect utilization and costs under Medicare? Am J Public Health. 1995;85(3):387-391.

35. Cohen JT, Neumann PJ, Weinstein MC. Does preventive care save money? Health economics and the presidential candidates. N Engl J Med. 2008;358(7):661-663.

36. Burton LC, Paglia MJ, German PS, Shapiro S, Damiano AM. The effect among older persons of a general preventive visit on three health behaviors: smoking, excessive alcohol drinking, and sedentary lifestyle. Prev Med. 1995;24(5):492-497.

37. Starfield B. Public health and primary care: a framework for proposed linkages. Am J Public Health. 1996;86(10):1365-1369.

38. Schneider EC, Sarnak DO, Squires D, Shah A, Doty MM. Mirror, mirror: international comparison reflects flaws and opportunities for better US healthcare [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2017 [capturado em 09 abr. 2018]. Disponível em: http://www.commonwealthfund.org/interactives/2017/july/mirror-mirror/

39. Baker D, Middleton E. Cervical screening and health inequality in England in the 1990s. J Epidemiol Community Health. 2003;57(6):417-423.

40. Robson J, Dostal I, Madurasinghe V, et al. NHS Health check comorbidity and management: an observational matched study in primary care. Br J Gen Pract. 2017; 65 (655):e86-e89.

41. NHS employers [Internet]. Leeds: NHS; c2018 [capturado em 08 abr. 2018]. Disponível em: http://www.nhsemployers.org/

42. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. N Engl J Med. 2009;361(4):368-378.

43. Sigfrid LA, Turner C, Crook D, Ray S. Using the UK primary care Quality and Outcomes Framework to audit health care equity: preliminary data on diabetes management. J Public Health (Oxf). 2006;28(3):221-225.

44. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? J Health Serv Res Policy. 2006;11(1):27-31.

45. Exworthy M, Wilkinson EK, McColl A, Moore M, Roderick P, Smith H, The role of performance indicators in changing the autonomy of the general practice profession in the UK. Soc Sci Med. 2003;56(7):1493-1504.

46. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(3):CD002215.

47. The National Institute for Health and Care Excellence. About the Quality and Outcomes Framework (QOF) [Internet]. London: NICE; 2011 [capturado em 09 abr. 2018]. Disponível em: https://www.health-ni.gov.uk/articles/about-quality-and-outcomes-framework-qof

48. Roland M, Guthrie B. Quality and Outcomes Framework: what have we learnt? BMJ. 2016;354:i4060.

49. Marshall M, Roland M. The future of the Quality and Outcomes Framework in England. BMJ. 2017;359:j4681.

50. Kontopantelis E, Olier I, Planner C, Reeves D, Ashcroft DM, Gask L, et al. Primary care consultation rates among people with and without severe mental illness: a UK cohort study using the Clinical Practice Research Datalink. BMJ Open. 2015;5(12):e008650.

51. Robson J, Boomla K. Quality and Outcomes Framework could be a unique new national information resource. BMJ. 2017;359:j5502.

52. McGinnis JM. Observations on incentives to improve population health. Prev Chronic Dis. 2010;7(5):A92.

53. Wilkinson EK, McColl A, Exworthy M, Roderick P, Smith H, Moore M, et al. Reactions to the use of evidence-based performance indicators in primary care: a qualitative study. Qual Health Care. 2000;9(3):166-74.

54. Amati F, McDonald A, Majeed A, Dubois E Rawaf S. Implementation and evaluation of patient-centred care in experimental studies from 2000-2010: systematic review. Int J Person Centered Med. 2011;1(2): 348-57.

Gusso_03.indd 27 24/09/2018 16:02:16